

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

KARINE VANESSA PEREZ

“ENTRE O REAL E O IDEAL, EXISTE O POSSÍVEL”: A PROPOSTA DA CLÍNICA
DO TRABALHO INSTITUCIONAL COMO DISPOSITIVO DE ATENÇÃO À SAÚDE
MENTAL DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Porto Alegre

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

KARINE VANESSA PEREZ

“ENTRE O REAL E O IDEAL, EXISTE O POSSÍVEL”: A PROPOSTA DA CLÍNICA DO
TRABALHO INSTITUCIONAL COMO DISPOSITIVO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL
DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do Grau de Doutora em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Perez, Karine Vanessa

"ENTRE O REAL E O IDEAL, EXISTE O POSSÍVEL": A PROPOSTA DA CLÍNICA DO TRABALHO INSTITUCIONAL COMO DISPOSITIVO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) / Karine Vanessa Perez. -- 2017.

310 f.

Orientador: Álvaro Roberto Crespo Merlo.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Saúde Mental e Trabalho. 2. Psicodinâmica do Trabalho. 3. Clínica do Trabalho Institucional. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). 5. Saúde do Trabalhador. I. Merlo, Álvaro Roberto Crespo, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

KARINE VANESSA PEREZ

“ENTRE O REAL E O IDEAL, EXISTE O POSSÍVEL”: A PROPOSTA DA CLÍNICA DO
TRABALHO INSTITUCIONAL COMO DISPOSITIVO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL
DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do Grau de Doutora em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo

Tese defendida e aprovada em _____ de 2017.

Banca Examinadora:

Prof^a. Janine Janine Kieling Monteiro (Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos)

Prof^a. Dr^a. Jaqueline Tittoni (Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS/PPGPSI)

Prof^a. Dr^a. Carla Garcia Bottega (Universidade Estadual do Rio Grande do Sul - UERGS)

Porto Alegre

2017

Dedico esta tese à todas as pessoas que, de diversas maneiras, lutam para fazer a diferença no contexto da saúde no trabalho.

Em especial às/os estudantes que anseiam por um mundo melhor e me movem a buscar com eles. Também às trabalhadoras e trabalhadores que, de diferentes modos chegaram até mim, dividiram suas vidas, suas dores e seus amores pelo trabalho que desenvolvem.

*“Sonhar o sonho impossível,
Sofrer a angústia implacável,
Pisar onde os bravos não ousam,
Reparar o mal irreparável,
Amar um amor casto à distância,
Enfrentar o inimigo invencível,
Tentar quando as forças se esvaem,
Alcançar a estrela inatingível:
Essa é a minha busca.”*

*Dom Quixote
[Miguel de Cervantes]*

AGRADECIMENTOS

*Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.*

*Mãos dadas – Poema da obra Sentimento do Mundo
[Carlos Drummond de Andrade]*

Chegar ao fim de um longo percurso composto por investimento acadêmico, profissional e afetivo só é possível com o suporte de muitas pessoas, por isso digo que esta tese foi escrita por “muitas mãos”. Por meio do apoio e cuidados recebido durante os anos de doutorado, pessoas significativas, merecem o meu sentimento de gratidão e afeto.

Em primeiro lugar, agradeço a minha mãe Orlanda que, desde que me conheço por gente incentivou a mim e às minhas irmãs a dedicarem-se aos estudos. Obrigada por seu amor incondicional, paciência e presença significativa em todos os dias de minha vida. Não há palavras para agradecer todo investimento e cuidado destinado em minha educação. Igualmente, agradeço às minhas irmãs pelo apoio nos anos do doutorado e pela compreensão nos momentos de ausência neste período.

Agradeço ao meu amor, meu companheiro de vida Rafael por dividir o cotidiano comigo, os bons e os nem tão bons momentos, por estar sempre presente com sua energia, seu riso e suporte durante os anos do doutorado e especialmente nos momentos finais. Sem dúvidas, a conclusão deste trabalho tem muito do teu incentivo, do teu amor e do teu cuidado comigo e com a Lola.

A Lola, minha companheirinha de escrita, por seu amor desmedido e sua doçura, que tornou meus dias difíceis mais leves e amáveis.

Agradeço ao meu orientador Álvaro pela oportunidade de aprender e crescer profissionalmente no percurso da pós-graduação. Sou grata por compartilhar tanto

conhecimento e experiência no âmbito da saúde e trabalho e por acreditar no meu potencial como pesquisadora.

Agradeço ao Professor Thomas pela afetuosa acolhida durante o período de doutorado/estágio-sanduíche. Pelas trocas compartilhadas, aprendizagens, pela vivência profissional e pessoal inigualável que um período do exterior nos proporciona.

Agradeço às colegas, atuais e de tempos passados, do grupo de pesquisa Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho (LPdT), pelo auxílio no desenvolvimento, discussões e leitura do material, em especial Aline, Ana Luisa, Andrea, Elisangela, Jane, Mayara, Marcele, Thiele, Vinícius. Sem dúvidas o apoio de vocês foi imprescindível para a elaboração deste trabalho. Agradeço também a Maria do Carmo pelas trocas e auxílio nos momentos finais da escrita da tese.

Agradeço aos professores e colegas do CriDIS (Centre de Recherches Interdisciplinaires, Démocratie, Institutions, Subjectivité), pela acolhida, em especial a Ana Suzina, Julia, Liz, Natalia e Raul que tornaram meus dias em Louvain-la-Neuve muito mais alegres e divertidos. Agradeço ao professor Eric Hamaoui e ao CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers) pela possibilidade de acompanhar as aulas no período que estive na França. Também sou grata às amigas feitas em Paris, especialmente à Laurita, Maria Noel e Nathália; também à Carmem por me apresentar a Mariana e o Dirceu que com afeto e leveza proporcionaram momentos muito especiais.

Agradeço às professoras Jaqueline, Janine e Carla pelos momentos de aprendizagens compartilhados ao longo da minha formação e, principalmente, por aceitarem compor a banca e contribuir na construção deste trabalho. Também agradeço a professora Maria Gabriela, por suas preciosas contribuições na banca de qualificação.

Às amigas Cristiane e Letícia pela presença de vocês em minha vida e pelos momentos de descontração, principalmente quando era necessário desopilar, agradeço pelo apoio, incentivo e amizade sempre!

Agradeço a Aline e a Angela pelo apoio, suporte e acolhida sempre que necessário.

Aos colegas da Unisc, especialmente do departamento de Psicologia, pelo incentivo, apoio e auxílio no período do doutorado, agradeço principalmente a Betina, Dulce, Gabrielly,

Gisele, Fabiane, Jerto, Karla, Marcus, Silvia, Simone Bedin e Teresinha. A convivência com vocês torna os dias no trabalho mais alegres.

Agradeço as trocas proporcionadas pela relação com minhas alunas e alunos que, mesmo nos momentos de dificuldades e cansaço, com seus olhos brilhantes, me incentivavam a seguir adiante. Sou grata a todos os momentos em que, ensinando, aprendo com eles. Em especial as minhas orientandas de trabalho de conclusão, Daniela, Renata, Sharyel e Yohanna, com as quais compartilhei no último ano as angústias e percalços da pesquisa e, por fim, a conclusão de trabalhos belíssimos. À Caroline e a Cíntia também pelos meses de convivência e pelas riquíssimas trocas no campo da Saúde e Trabalho.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional pelos ensinamentos e trocas ao longo dos anos do doutorado. Também a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por proporcionar uma educação pública e de qualidade, contribuindo imensamente na minha formação profissional e pessoal. À CAPES pela concessão da bolsa e oportunidade de financiar o desenvolvimento desta pesquisa.

Agradeço as trabalhadoras e trabalhadores que encontrei ao longo do meu percurso acadêmico e profissional. Foi a partir destes encontros que esta tese foi possível de ser realizada. Suas falas, vivências e partilha do vivido foram essenciais na elaboração desta pesquisa. Em especial, agradeço a todas as pessoas que participaram desta pesquisa como sujeitos, dividindo seu fazer, suas angústias e realizações da vida no trabalho.

Aos amigos e amigas de perto e de longe que, mesmo inomináveis, contribuíram direta ou indiretamente para o planejamento, execução e conclusão deste projeto de vida que é o percurso do doutorado. Agradeço pelos afetos e pelos modos como chegaram até mim cooperando também para que este sonho fosse possível...

RESUMO

A construção desta tese está alicerçada na inter-relação entre profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito às questões relativas a saúde mental relacionada ao trabalho. Existem atualmente propostas relativas a políticas e ações voltadas à saúde dos trabalhadores, porém o campo de práticas, neste contexto, não tem produzido respostas significativas para atender as demandas de sofrimento psíquico do trabalho. Assim, esta pesquisa se propôs a compreender de que modo os profissionais da saúde percebem a saúde mental relacionada ao trabalho vivenciada pelos usuários do SUS. O embasamento teórico e metodológico está fundamentado na Psicodinâmica do Trabalho e nas teorias voltadas para a Saúde Mental e Trabalho. O método de pesquisa foi baseado na Psicodinâmica do Trabalho, em que foi realizada uma adaptação da proposta *strictu sensu*, sendo composta pela pré-pesquisa, pesquisa propriamente dita e pela perlaboração como validação. Participaram da pesquisa mulheres e homens que atuam como profissionais da saúde no SUS. O material de análise e interpretação resultou de 15 entrevistas individuais e 4 coletivas, totalizando 69 participantes. Além disso, registros realizados no diário de campo também integraram o material analisado, fundamentando assim a observação clínica. Os resultados se propuseram a atender aos objetivos da investigação e originaram cinco eixos-temáticos, sendo estes: Trabalho e Subjetividade: Entre Saberes e Fazeres; Saúde Mental e Trabalho no SUS: Articulações em Rede; Organização do Trabalho nos Serviços do SUS; Produção de Saúde e Adoecimento no Trabalho; Pesquisa-Intervenção como Possibilidade de Reflexão-Transformação. Ao falar do trabalho, é necessário dizer sobre o trabalhador, desse modo, esta pesquisa abordou tanto as especificidades do fazer desses profissionais, quanto a dinâmica de prazer e sofrimento vivenciada por eles. Observou-se que a percepção sobre a saúde mental relacionada ao trabalho dos usuários é atravessada pelo reconhecimento da centralidade do trabalho e do potencial criativo/destrutivo dos modos de trabalhar. Identificou-se a elaboração de estratégias defensivas e estratégias de resistência para lidar com as adversidades do trabalho. Para que seja possível colocar em circulação a Clínica do Trabalho para os usuários-trabalhadores, é primordial a constituição de uma Clínica do Trabalho Institucional voltada para os profissionais da saúde. Enfatiza-se assim, a importância dos espaços de fala e escuta, em que os profissionais do SUS possam compartilhar aquilo que faz sofrer no meio laboral, dando a esta carga psíquica um lugar de potência e transformação. A partir desse acolhimento poderão então estar disponíveis para um cuidado integral e humanizado, relativo a saúde dos trabalhadores-usuários, colocando em movimento um olhar permeado pela Clínica do Trabalho.

Palavras-chave: Saúde Mental e Trabalho; Psicodinâmica do Trabalho; Clínica do Trabalho Institucional; Sistema Único de Saúde (SUS); Saúde do Trabalhador; Prazer e Sofrimento.

ABSTRACT

This thesis construction is based in the interrelationships between professionals and users of the Unified Health System (SUS), in relation to the mental health related issues related to work. Currently, there are proposals for policies and actions aimed at the workers' health, but the field of practices, in this context, has not produced meaningful answers to meet the demands of mental suffering from work. Thus, this research intends to understand how the health professionals perceive the work related mental health experienced by the SUS users. The theoretical and methodological basement is based on the Psychodynamics of Work and the theories focused on Health Mental and Work. The research method was based on Work Psychodynamics, in which the *strictu sensu* proposal was adapted, being composed by pre-research, research per se, and working through as validation. Women and men who work as health professionals in the SUS participated in the research. The analysis and interpretation material resulted from 15 individual and 4 collective interviews, totaling 69 participants. In addition, records made in the field diary also integrated the analyzed material, thus grounding the clinic observation. The results set out to meet the objectives of the research and originated five thematic axes, these being: Work and Subjectivity: Between knowledge and making; Mental Health and Work in SUS: Network Joints; Work Organization in the SUS Services; Health Productions and Illness at work; Research- Intervention as a Reflection-Transformation Possibility. When talking about work, it is necessary to tell about the worker, in this way, this research addressed both the specificities of the work of these professionals, and the dynamics of pleasure and suffering experienced by them. It was noted that the user's perception about work related mental health is crossed by the recognition of the centrality of work and the creative/destructive potential of the ways of working. It was identified the elaboration of defensive and resistance strategies for dealing with adversity at work. In order to be able to put into circulation the work clinic for the user-workers, it is essential to establish an Institutional Work Clinic focused on the health professionals. This emphasizes the importance of spaces for speaking and listening, in which the SUS professionals can share what causes suffering in the workplace, giving this psychic burden a place of power and transformation. From this reception can then they be available for an integral and humanized care, concerning the health of the workers-users, putting in motion a look permeated by the work clinic.

Keywords: Mental Health and Work; Psychodynamics of Work; Institutional Work Clinic; Unified Health System (SUS); Worker's Health; Pleasure and Suffering.

RESUMÉ

La construction de cette thèse est basée sur l'interrelation entre les professionnels et les utilisateurs du Sistema Único de Saúde (SUS), en ce qui concerne les problèmes liés à la santé mentale et le travail. Il existe actuellement des propositions, de politiques et d'actions visant à la santé des travailleurs, mais le domaine des pratiques dans ce contexte, n'a pas permis de répondre, de manière significative, aux exigences de la souffrance psychologique du travail. Ainsi, cette recherche vise à comprendre comment les professionnels de la santé perçoivent la santé mentale liée au travail vécu par les utilisateurs du SUS. La base théorique repose sur la psychodynamique du travail et sur les théories axées sur la santé mentale et le travail. La méthode de recherche était basée sur la psychodynamique du travail, dans laquelle une adaptation de la proposition strictu sensu a été réalisée, composée par la pré-recherche, la recherche elle-même et par la perlaboration comme validation. Pour la recherche nous avons interviewé des femmes et des hommes qui travaillent comme professionnels de la santé dans le SUS. Le matériel d'analyse et d'interprétation résulte de 15 entretiens individuels et de 4 entrevues collectives, totalisant 69 participants. En outre, les enregistrements dans le journal sur le terrain ont également intégré le matériel analysé, ce qui soutient l'observation clinique. Les résultats ont été proposés pour atteindre les objectifs de la recherche et ont généré cinq axes thématiques: travail et subjectivité: entre connaissances et actions; santé mentale et travail dans le SUS: travail en réseau; organisation du travail dans les services; productions de santé et de maladie au travail; recherche-intervention comme possibilité de réflexion-transformation. Il faut dire au sujet du travailleur que cette recherche a abordé à la fois les spécificités du travail de ces professionnels et la dynamique du plaisir et de la souffrance subies par eux. On a observé que la perception de la santé mentale liée au travail des utilisateurs est traversée par la reconnaissance de la centralité du travail et du potentiel créatif / destructeur des moyens de travailler. On a identifié l'élaboration de stratégies défensives et de stratégies de résistance pour faire face aux adversités du travail. Afin de mettre en circulation la clinique de travail pour les utilisateurs-travailleurs, il est essentiel d'établir une Clinique du Travail Institutionnel destinée aux professionnels de la santé. L'accent est mis sur l'importance des espaces de parole et d'écoute, dans lesquels les professionnels du SUS peuvent partager ce qu'ils souffrent sur le lieu de travail, donnant à cette charge psychique un lieu de pouvoir et de transformation. De cet accueil, un espace peut être mis à disposition pour les soins intégrés et humanisés, liés à la santé des travailleurs-utilisateurs, mettant en mouvement le regard imprégné par la clinique de travail.

Mots-clés: Santé Mentale et Travail; Psychodynamique du Travail; Clinique du Travail Institutionnel; Sistema Único de Saúde (SUS); Santé du Travailleurs; Plaisir et Souffrance.

RESUMEN

La construcción de esta tesis está basada en la interrelación entre profesionales y usuarios del Sistema Único de Salud (SUS), en lo que se refiere a las cuestiones relativas a la salud mental relacionada al trabajo. Existen actualmente propuestas relativas a políticas y acciones dirigidas a la salud de los trabajadores, pero el campo de prácticas, en este contexto, no ha producido respuestas significativas para atender las demandas de sufrimiento psíquico del trabajo. Así, esta investigación se propuso a comprender de qué modo los profesionales de la salud perciben la salud mental relacionada al trabajo vivenciada por los usuarios del SUS. La base teórica y metodológica está fundamentada en la Psicodinámica del Trabajo y en las teorías dirigidas a la Salud Mental y Trabajo. El método de investigación fue basado en la Psicodinámica del Trabajo, en la que se realizó una adaptación de la propuesta *strictu sensu*, siendo compuesta por la pre-investigación, la investigación propiamente dicha y la perlaboración como validación. Participaron de la investigación mujeres y hombres que actúan como profesionales de la salud en el SUS. El material de análisis e interpretación resultó de 15 entrevistas individuales y 4 colectivas, totalizando 69 participantes. Además, registros realizados en el diario de campo también integraron el material analizado, fundamentando así la observación clínica. Los resultados se propusieron a atender a los objetivos de la investigación y originaron cinco ejes temáticos, siendo éstos: Trabajo y Subjetividad: Entre Saberes y Haceres; Salud Mental y Trabajo en el SUS: Articulaciones en Red; Organización del Trabajo en los Servicios del SUS; Producción de Salud y Enfermedad en el Trabajo; Investigación-Intervención como Posibilidad de Reflexión-Transformación. Al hablar del trabajo, es necesario decir sobre el trabajador, de ese modo, esta investigación abordó tanto las especificidades del hacer de esos profesionales, como la dinámica de placer y sufrimiento vivida por ellos. Se observó que la percepción sobre la salud mental relacionada con el trabajo de los usuarios es atravesada por el reconocimiento de la centralidad del trabajo y del potencial creativo / destructivo de los modos de trabajar. Se identificó la elaboración de estrategias defensivas y estrategias de resistencia para lidiar con las adversidades del trabajo. Para que sea posible poner en circulación la Clínica del Trabajo para los usuarios-trabajadores, es primordial la constitución de una Clínica del Trabajo Institucional orientada a los profesionales de la salud. Se enfatiza así la importancia de los espacios de habla y escucha, en que los profesionales del SUS puedan compartir lo que hace sufrir en el medio laboral, dando a esta carga psíquica un lugar de potencia y transformación. A partir de esa acogida podrán entonces estar disponibles para un cuidado integral y humanizado, relativo a la salud de los trabajadores-usuarios, poniendo en movimiento una mirada impregnada por la Clínica del Trabajo.

Palabras clave: Salud Mental y Trabajo; Psicodinámica del Trabajo; Clínica del Trabajo Institucional; Sistema Único de Salud (SUS); Salud del Trabajador; Placer y Sufrimiento.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Percorso da Tese	254
--	-----

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das participantes: entrevistas individuais	83
Quadro 2 – Caracterização das participantes: entrevista coletiva 1	85
Quadro 3 – Caracterização das participantes: entrevista coletiva 2	86
Quadro 4 – Caracterização das participantes: entrevista coletiva 3	86
Quadro 5 – Caracterização das participantes: entrevista coletiva 4	87
Quadro 6 – Objetivos da pesquisa relacionados as os eixos e sub-eixos temáticos	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de participantes nas entrevistas coletivas	69
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS Ad – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência

CEREST – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNAM – Conservatoire National des Arts et Métiers

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CriDIS – Centre de Recherches Interdisciplinaires, Démocratie, Institutions, Subjectivité

DORT – Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho

e-SUS – Sistema eletrônico do SUS

GT – Grupo de Trabalho

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LER – Lesões por Esforços Repetitivos

LPdT – Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho

MS – Ministério da Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

PdT – Psicodinâmica do Trabalho

PPGPSI – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional

PNH – Política Nacional de Humanização

PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RTI – Regime de Tempo Integral

RENAST – Rede Nacional de Saúde do Trabalhador

RH – Recursos Humanos

RS – Rio Grande do Sul

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

SMRT – Saúde Mental Relacionada ao Trabalho

ST – Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

TCI – Termo de Consentimento Institucional

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TM – Transtornos Mentais

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UCL – Université Catholique de Louvain-la Neuve

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNISINOS – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	7
RESUMO	10
ABSTRACT	11
RESUMÉ	12
RESUMEN.....	13
LISTA DE FIGURAS.....	14
LISTAS DE QUADROS	15
LISTA DE TABELAS.....	16
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	17
SUMÁRIO	19
INTRODUÇÃO – ALGUMAS PALAVRAS... ..	22
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	29
1.1 QUESTÕES CONTEMPORÂNEAS DO MUNDO DO TRABALHO E O LUGAR DA SUBJETIVIDADE	29
1.1.1 O Trabalho em Saúde: Exercendo o Protagonismo	33
1.2 SAÚDE MENTAL E TRABALHO: O SUJEITO QUE SOFRE.....	37
1.2.1 Clínica do Trabalho como Proposta de Intervenção	41
1.3 EM BUSCA DA SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR: UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	44
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	53
4.1 PROPOSTA METODOLÓGICA DA CLÍNICA EM PSICODINÂMICA DO TRABALHO.....	55
4.1.1 Pré-Pesquisa	57
4.1.1.1 Construção e Análise da Demanda	59
4.1.1.2 Grupo de Pesquisadores	62
4.1.2 Pesquisa	62
4.1.2.1 Material da Pesquisa	65
4.1.2.2 Entrevistas Individuais.....	66

4.1.2.3 Entrevistas Coletivas	68
4.1.2.5 Observação Clínica	71
4.1.3 Análise e Interpretação	72
4.1.3.1 Análise Cruzada: Um Olhar do Grupo de Pesquisadores	74
4.1.4 Validação	75
4.1.5 Considerações Éticas	76
3 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	78
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE INTERVENÇÃO	78
3.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	79
3.2.1 Entrevistas Individuais com Profissionais da Saúde	82
3.2.2 Entrevistas Coletivas com Profissionais da Saúde	84
3.3. ORGANIZAÇÃO DOS RESULTADOS	88
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	92
4.1 TRABALHO E SUBJETIVIDADE: ENTRE SABERES E FAZERES	93
4.1.1 Centralidade do Trabalho	95
4.1.2 Trajetória Acadêmica e Profissional	103
4.1.3 Modos de Ver, Modos de Escutar: Acolhimento Integral	112
4.2 SAÚDE MENTAL E TRABALHO NO SUS: ARTICULAÇÕES EM REDE	118
4.2.1 Compreensões em Saúde Mental: o Lugar do Trabalho	120
4.2.2 (Des) Articulação do Trabalho em Rede.....	130
4.2.3 Ações em Saúde Mental e Trabalho	144
4.3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NOS SERVIÇOS DO SUS	160
4.3.1 Cotidiano de Trabalho	161
4.3.2 Novos Modelos de Gestão nos Serviços de Saúde.....	171
4.3.3 O Papel da Gestão Institucional: Atravessamentos Políticos	186
4.4 PRODUÇÃO DE SAÚDE E ADOECIMENTO NO TRABALHO	195
4.4.1 Prazer e Sofrimento no Trabalho.....	198
4.4.2 Reconhecimento no Trabalho	207
4.4.3 Saúde e Adoecimento no Trabalho.....	210
4.4.4 Estratégias Defensivas	215
4.4.5 Estratégias de Resistência	228

4.5	PESQUISA-INTERVENÇÃO COMO POSSIBILIDADE DE REFLEXÃO-TRANSFORMAÇÃO	244
4.5.1	Perlaboração como Validação	249
5	CLÍNICA DO TRABALHO COMO DISPOSITIVO INSTITUCIONAL: CUIDADO DE SI PARA O CUIDADO COM O OUTRO	253
5.1	(NÃO) OLHAR PARA SI, (NÃO) OLHAR PARA O OUTRO	255
5.2	EM DEFESA DA CLÍNICA DO TRABALHO INSTITUCIONAL: DA ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR DO SUS AO ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS-TRABALHADORES	257
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS – OUTRAS PALAVRAS...	268
	REFERÊNCIAS	277
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	290
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL	292
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COLETIVA	294
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL (TCI)	295
	ANEXO A - CARTILHA “ATENÇÃO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA – CARTILHA PARA PROFISSIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)”	297

INTRODUÇÃO – ALGUMAS PALAVRAS...

Escrever uma tese é um exercício de força e perseverança. Um projeto longo que ocupa grande parte da vida acadêmica. Muito mais do que quatro anos, nasce antes... Nasce quando uma questão persiste... Assim, esta escrita nasce do desejo, de fazer, de algum modo, a diferença na vida das pessoas que trabalham e que, além de ter no seu fazer uma produção de prazer e criação, também sofrem.

Esse sofrer que, muitas vezes resulta em diversas dores e adoecimentos, pode ser destinado à mobilização coletiva de luta e transformação. Esta torção no sofrimento, mudança de patogênico para criativo, pode ser alcançada com o apoio dos clínicos do trabalho: profissionais que reconhecem a centralidade do trabalho e que estão engajados na busca por um melhor encontro entre sujeitos produtivos e seus modos de produzir.

Esta pesquisa foi se constituindo a partir de algumas inquietações provocadas pelo campo do trabalho da pesquisadora e sua relação com a saúde mental dos trabalhadores no contemporâneo. Tais inquietações são provenientes de um campo de práticas constituído pela atuação como psicóloga, professora e pesquisadora no campo da psicologia, saúde e trabalho, especialmente no que diz respeito ao sofrimento do trabalhador e como isso afeta a saúde mental das trabalhadoras e trabalhadores na atualidade.

A pesquisa aqui proposta está inserida na linha de pesquisa Políticas Públicas e Produção de Subjetividade do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (PPGSI) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Está vinculada ao Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho (LPdT) que vem, há anos, desenvolvendo pesquisas e intervenções nos espaços públicos e privados, com o intuito de compreender e transformar as relações entre saúde e trabalho.

A escolha deste campo problemático se dá em função da aproximação da pesquisadora em relação às produções teóricas e práticas da saúde mental dos trabalhadores no seu âmbito profissional. Junto a este fator, a experiência ligada a instituições públicas e privadas, além de atuações vinculadas a sindicatos, tem mostrado o quanto a organização e

as relações de trabalho têm se voltado para a captura da subjetividade dos trabalhadores. O corpo todo é engajado, o que reflete diretamente no físico e no psíquico do trabalhador.

A escuta do sofrimento intenso neste contexto, muitas vezes reflexo da violência psíquica e moral suportada, tem produzido inúmeros questionamentos sobre o que vem acontecendo nas relações, macro e micro sociais, que ocorrem no trabalho e repercutem na saúde dos trabalhadores. Além disso, o sentimento de impotência diante de inúmeras atrocidades que são conhecidas em um espaço clínico e a dificuldade de encaminhar e mesmo vincular esses trabalhadores à rede de saúde pública impulsiona o desejo de compreender o que ocorre no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) quando um trabalhador está em sofrimento psíquico e necessita de atendimento especializado.

A estrutura psíquica dos trabalhadores no mundo contemporâneo não se tornou mais suscetível à descompensação mental. Entretanto, o que temos visto é o enfraquecimento da mobilização coletiva que luta contra as adversidades presentes no contexto do trabalho, expondo a crise que há atualmente nas instituições de trabalho. O que prevalece é a lógica do “cada-um-por si”, em que os colegas são vistos como inimigos e não como aliados na luta contra o sofrimento e as demais adversidades presentes no ambiente de trabalho (DEJOURS, 2008a).

Para tanto, busca-se como operadores conceituais aqueles que favoreçam a compreensão da dinâmica de trabalho na atualidade, incluindo as diversas modulações pelas quais o capitalismo vem passando, visando perceber como estes acontecimentos têm influenciado a dimensão subjetiva, envolvendo a saúde mental destes trabalhadores. A proposta das clínicas do trabalho opera como uma importante ferramenta nesse sentido, pois fornece subsídios que perpassam o entendimento da relação entre saúde e sofrimento, possibilitando a reflexão-ação que alcança tanto o âmbito individual quanto coletivo dos trabalhadores. Afastam-se do modelo clínico individualista que acaba por minimizar ou até mesmo ignorar as ramificações sociais, dando ênfase apenas aos processos intrapsíquicos do sujeito na clínica. Pelo contrário, as clínicas do trabalho buscam se posicionar como clínicas sociais do trabalho “[...], pois se equilibram no fino e tênue limite entre psíquico e social, vendo entre eles jogos complexos de reciprocidade e tensão” (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2010, p. 16).

Entre as clínicas do trabalho está a Psicodinâmica do Trabalho (PdT) que busca construir uma proposta teórica e metodológica de intervenção no contexto laboral. Propõe, junto aos trabalhadores, a transformação da organização do trabalho por meio da mobilização coletiva, sendo esta a clínica a que este trabalho se refere (DEJOURS, 1999, 2008b).

A Psicodinâmica do Trabalho é antes de tudo uma clínica. Ela se desdobra sobre um trabalho de campo radicalmente diferente do lugar da cura. Afirmar que ela é uma clínica implica que a fonte de inspiração é o trabalho de campo, e que toda a teoria é alinhavada a partir deste campo (DEJOURS, 1993, p. 137).

Por isso, como proposta de pesquisa de tese, tem-se a intenção de pensar e intervir especialmente no âmbito da Saúde Mental, inserida no campo das Políticas Públicas relativas à Saúde do Trabalhador, dando seguimento a proposições já construídas¹. Porém, se tratando de saúde mental do trabalhador ainda há poucas referências e atuações significativas que deem conta da demanda interligada ao contexto do trabalho.

Nesse sentido, o problema de tese apresenta questões que buscam o entendimento sobre como as relações de trabalho e a organização do trabalho se constituem na contemporaneidade de modo que têm produzido um sofrimento intenso dos trabalhadores. Também busca analisar as constantes transformações no mundo do trabalho que, em inúmeros casos e de forma crescente, têm impedido a permanência do sujeito na circunscrição do espaço produtivo, gerando afastamentos cada vez mais crescentes, sem esquecer os prejuízos na vida destes trabalhadores para além de sua atividade laboral.

Ao falar do trabalho, é necessário dizer sobre o trabalhador, desse modo, esta pesquisa abordou tanto as práticas relativas ao fazer desses profissionais, quanto a dinâmica de prazer e sofrimento vivenciada por eles. Assim, busca-se compreender de que modo os profissionais da saúde percebem a saúde mental relacionada ao trabalho vivenciada pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta intenção se justifica no sentido de buscar uma aproximação junto aos trabalhadores da saúde, percebendo se há ou não, no entendimento

¹ Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) (BRASIL, 2012; BOTTEGA; MERLO, 2016; 2017)

destes, uma relação entre os impactos do mundo do trabalho e a saúde mental dos trabalhadores-usuários atendidos.

Este estudo também se correlaciona com a tese de Carla Garcia Bottega, em que esta pesquisadora afirmou que não há, atualmente de forma efetiva, uma rede que interligue a Saúde Mental e a Saúde do Trabalhador (ST) e que dê conta do sofrimento e do adoecimento dos trabalhadores (BOTTEGA, 2015; BOTTEGA; MERLO 2016; 2017). Isso acontece mesmo após a criação da Política Nacional da Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras (PNSTT), que prevê o atendimento integral dos usuários, o que envolve também as questões psíquicas, mas que na prática não se concretiza (BRASIL, 2012).

Desse modo, pode-se afirmar que, mesmo tendo avançado consideravelmente, a Saúde do Trabalhador ainda não conseguiu estabelecer uma proposta significativa com vistas a atender as demandas de saúde mental dos trabalhadores. Neste contexto os sujeitos produtivos vem adoecendo em grande escala em função de suas atividades e relações no trabalho, necessitando assim de uma atenção especializada a ser ofertada pelo SUS.

Nesta tese optou-se por usar, de modo geral, os termos “trabalhador”, “trabalhadores”, “usuário”, “usuários” quando se referia a questões voltadas ao campo teórico da pesquisa, já que mesmo com diversos avanços relativos ao uso de uma linguagem não sexista, ainda é o que se encontra na literatura, de modo geral. Já na metodologia, especialmente na descrição dos resultados, bem como na análise e discussão optou-se por se referir às pessoas que participaram da pesquisa como “trabalhadoras” e “as” profissionais/participantes pois o campo da Saúde é composto predominantemente por mulheres, sendo também a grande maioria que compôs este estudo. Esta medida busca dar visibilidade às trabalhadoras marcando este lugar que é ocupado por muitas pessoas do gênero feminino. De qualquer modo, mesmo não usando durante todo o texto uma linguagem não sexista, é necessário dizer que as mulheres estão incluídas de modo amplo na escrita desta tese, bem como durante todo o percurso de pesquisa.

Em relação aos usuários, buscou-se marcar a condição destes como trabalhadores, em que muitas vezes foi utilizado o termo “usuários-trabalhadores” fazendo com que a dimensão do trabalho fosse reforçada. É importante salientar também que quando se refere a “Saúde do Trabalhador” ao longo da escrita, ou até mesmo o termo “saúde”, a saúde mental está

incluída neste termo. Entende-se a dimensão da saúde de modo amplo, referindo-se também sobre as questões psíquicas e não somente físicas como comumente é associado. O termo “serviço/s de saúde” é utilizado para referenciar todos os estabelecimentos do SUS e que oferecem atendimento aos usuários, como por exemplo, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Oficinas de Geração de Renda, entre outros que possam ser nomeados ao longo deste trabalho.

O uso do termo “Clínica do Trabalho” ao longo da escrita, busca referenciar, especialmente a Psicodinâmica do Trabalho, conforme proposta pelo seu criador como uma clínica com ênfase nas questões relativas ao mundo laboral (DEJOURS, 1992, 1999, 2008a). Também pode ser nomeada como “Clínica Psicodinâmica do Trabalho” que diz respeito a mesma referência já descrita.

Para que fosse possível construir esta tese, abordando a complexidade presente na discussão da saúde mental relacionada ao trabalho no SUS, se fez necessário elaborar 6 capítulos que serão brevemente apresentados na introdução. Se referem a: Fundamentação Teórica; Percurso Metodológico; Descrição dos Resultados; Análise e Discussão dos Resultados; Clínica do Trabalho como Dispositivo Institucional: Cuidado de Si para o Cuidado com o Outro; e Considerações Finais.

O primeiro capítulo “Fundamentação Teórica” dedica-se a apresentar brevemente as temáticas que se entrelaçam nesta tese. Tem o intuito de discutir temas relevantes relativos ao sujeito no trabalho no contemporâneo, além de articular questões relativas às políticas públicas. É composto por seções que abordam as questões contemporâneas sobre o mundo do trabalho, as relações entre saúde mental e o modo produtivo, além das políticas públicas de saúde mental e do trabalhador.

Na primeira seção do capítulo 1 é abordado o modo como o trabalho e, especialmente os novos modelos de gestão, tem modulado as maneiras de ser e habitar dos trabalhadores na atualidade. Dando seguimento a esta temática, na segunda seção é enfatizado os reflexos dessas mudanças na saúde mental, apresentando também a Clínica do Trabalho como proposta mediadora entre os conflitos e as possibilidades de transformação diante das alterações no contexto produtivo. Ainda neste capítulo, como terceira seção realiza-se uma análise articulada entre as políticas de saúde mental e saúde do trabalhador, buscando

encontrar aproximações e distanciamento entre elas, com o intuito de demonstrar a necessidade de um encontro entre as duas propostas.

O capítulo 2 refere-se à apresentação do “Percurso Metodológico”, onde é descrito o passo-a-passo do caráter prático da pesquisa. Foi baseada no aporte da Psicodinâmica do Trabalho, em que se fez necessária uma adaptação da proposta *strictu sensu* (DEJOURS, 2008b). Essa adaptação se deu, especialmente, no que diz respeito ao uso de entrevistas individuais e coletivas, ao invés de exclusivamente fazer uso de grupos. As entrevistas coletivas foram realizadas com equipes diferentes, ou seja, foram realizados um único encontro com cada grupo de trabalhadores. De qualquer modo foram realizadas todas as etapas, sendo elas: a pré-pesquisa, pesquisa propriamente dita e a validação realizada a partir da perlaboração. Foram realizadas entrevistas individuais e coletivas com o intuito de desenvolver uma aproximação ao cotidiano de trabalho da população estudada, bem como compreender o modo como articulam as questões relativas à saúde mental e trabalho.

O terceiro capítulo aborda a “Descrição dos Resultados”, onde é delineada a caracterização do campo de pesquisa, bem como das pessoas que participaram das entrevistas. Assim pode-se conhecer quem são os sujeitos e de que lugar falam os componentes desta investigação. Também são descritas as etapas de organização do material, conforme os pressupostos da PdT. Ao final deste capítulo é apresentado o quadro onde foram relacionados os objetivos da pesquisa aos eixos e sub-eixos temáticos apresentados de modo detalhado no capítulo seguinte.

Em seguida, o capítulo 4 trata de apresentar a “Análise e Discussão dos Resultados”, onde aborda-se os aspectos relevantes levantados por meio da pesquisa de campo, articulando às produções teóricas relativas as temáticas discutidas. Faz-se uma descrição analítica do trabalho e do modo de constituir-se trabalhador do SUS, além de designar as dificuldades e realizações vivenciadas no cotidiano de vida no serviço público. Divide-se em cinco seções que se referem aos eixos temáticos organizados para esta pesquisa, a saber: Trabalho e Subjetividade: Entre Saberes e Fazer; Saúde Mental e Trabalho no SUS: Articulações em Rede; Organização do Trabalho nos Serviços do SUS; Produção de Saúde e Adoecimento no Trabalho; Pesquisa-Intervenção como Possibilidade de Reflexão-Transformação.

O capítulo 5, intitulado “Clínica do Trabalho como Dispositivo Institucional: Cuidado de Si para o Cuidado com o Outro”, busca enfatizar a importância da elaboração de um dispositivo institucional, com base na Clínica do Trabalho, que possibilite o cuidado relativo à saúde mental dos profissionais do SUS. Esse recurso é colocado como indispensável, não só para a manutenção da saúde psíquica daqueles que operam o sistema, mas como uma estratégia que permitirá o desenvolvimento da Clínica do Trabalho voltada aos usuários-trabalhadores.

Último e sexto capítulo, dedica-se a apresentar as “Considerações Finais” da tese, em que são delineadas algumas conclusões possibilitadas pelo percurso de vivência e escrita da tese. Ainda se sugere ações no sentido de implementar a PNSTT, com base especialmente na circulação da Clínica do Trabalho nos serviços de saúde do SUS.

Diante desta breve apresentação, é importante dizer que é urgente a necessidade de se pensar nas condições de trabalho e na forma como o sistema produtivo vem se organizando na atualidade, atentando para as consequências na saúde psíquica desses modos de trabalhar e fazer a gestão do trabalho. Sendo assim, este estudo procura estar em consonância com as demais pesquisas e intervenções que têm se realizado no campo da Saúde Pública, da Psicologia Social e do Trabalho.

É importante salientar que esta tese nasce de um desejo... No entanto, não se constitui apenas como um desejo individual, já que pretende-se que possa ultrapassar este nível se configurando também como um desejo coletivo. Um desejo de ver a Saúde do Trabalhador circulando pelas múltiplas redes que podem ser produzidas, especialmente inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS). Um desejo de não ver mais as falas dos trabalhadores sendo ignoradas, desfocadas, anuladas... Um desejo de presenciar a escuta do sofrimento dos trabalhadores e trabalhadoras como uma prática legítima daqueles que atuam no campo da Saúde.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo é construído a partir de leituras de materiais já produzidos no campo do Trabalho, da Saúde Mental e das Políticas Públicas, buscando embasar teoricamente a pesquisa a ser realizada. Assim, se iniciará abordando as novas modulações do trabalho no contemporâneo, em seguida, as relações entre saúde mental e trabalho e, posteriormente, será discutida a articulação entre as políticas de saúde do trabalhador e saúde mental, com base nos documentos emitidos pelo Ministério da Saúde.

1.1 QUESTÕES CONTEMPORÂNEAS DO MUNDO DO TRABALHO E O LUGAR DA SUBJETIVIDADE

Nesta parte da tese serão abordados aspectos contemporâneos ligados às mais atuais transformações no mundo do trabalho, o que se reflete sobre a saúde e subjetividade dos trabalhadores. Tais mudanças vêm ocorrendo ao longo do tempo, porém, serão enfatizadas aquelas que aconteceram a partir dos anos 1990 no Brasil, época em que os modelos de gestão sofreram profundas transformações, especialmente a partir da reestruturação produtiva. Estas alterações provocaram uma significativa diferença nos modos de produzir e se constituir como trabalhador, além de transformar a maneira como as pessoas passaram a se relacionar.

A reestruturação produtiva, para Nardi (2006b), é entendida como a mudança do modelo de acumulação taylorista-fordista para a acumulação flexível. Enquanto o primeiro modelo tinha como referência o estado-nação, o segundo está inserido no contexto da globalização. Assim, percebe-se que essa macro transformação impactou diretamente nas trajetórias de vida dos trabalhadores. Além disso, as novas modulações do capital influenciam as micropolíticas atuantes nos mais diversos espaços laboais, sinalizando novas relações entre o Estado, o capital e o contexto do trabalho. Desse modo, percebe-se a implicação da

reestruturação produtiva nos processos de subjetivação dos trabalhadores no contemporâneo.

Ainda pode-se dizer que a reestruturação produtiva, no Brasil, incorporou modelos inovadores de gestão, mesmo havendo a permanência do fordismo nos espaços produtivos. Por isso Merlo (2000), afirma que nesse país, assim como em boa parte do mundo em que o trabalho se encontra precarizado, o modelo “frankenstein” seria o que mais define a realidade de trabalho. Esse termo se refere a uma junção de antigas formas de produção e exploração do trabalhador, associada àquelas preconizadas pelo toyotismo. No toyotismo, as características ligadas às transformações no mundo do trabalho se referem especialmente à acumulação capitalista que, agora flexibilizada, tem como algumas das principais características a reengenharia e empresa enxuta (ANTUNES, 2010), buscando minimizar as despesas e maximizar os lucros, sem necessariamente aumentar o número dos trabalhadores.

“As novas dimensões e formas de trabalho vêm trazendo um alargamento, uma ampliação e uma complexificação da atividade laborativa” (ANTUNES, 2010, p. 33). A reestruturação do modelo capitalista vai se modelando conforme o seu interesse, na busca competitiva pela máxima mais-valia. O trabalho vem sendo cada vez mais “absorvido” pela lógica capitalista, capturando a subjetividade do trabalhador em nome da produtividade e do lucro. Como nos disse Lazzarato e Negri (2001, p.25), “É a sua personalidade, a sua subjetividade, que deve ser organizada e comandada. Qualidade e quantidade são reorganizadas em torno de sua imaterialidade”.

Cattani (2008, p.09) afirma que, “[...] hoje [...] o trabalho é mais intenso, o ritmo e a velocidade são maiores, a cobrança de resultados é mais forte, idem a exigência de polivalência, versatilidade e flexibilidade”. Assim, a intensificação do trabalho se mostra de diferentes formas em uma intensificação do desgaste humano, seja ele físico, psíquico e/ou intelectual.

Para Alves (2010), as novas formas que o trabalho vem exibindo, seguindo os novos modelos de gestão, buscam capturar a subjetividade dos trabalhadores de modo que a totalidade da vida social é envolvida. Não somente se intensifica a rotina de trabalho, como também a vida “fora” do trabalho que acaba sendo usurpada, comprometendo relações afetivas e sociais.

Alves (2011a) salienta ainda que a flexibilização das relações de trabalho produz uma nova condição para a vida dos trabalhadores em que ocorre uma mudança em diversos aspectos da existência humana. Um destes se refere a relação entre vida e tempo de trabalho, o que diz respeito a uma jornada de trabalho flexível. Outro ponto se refere à relação entre o presente e o futuro, envolvendo a sensação de incerteza diante do que está por vir, o que envolve as inseguranças nos contratos de trabalho. Além disso, aparece também o envolvimento do “eu” fazendo com que a remuneração se flexibilize, dependendo ilusoriamente apenas do “esforço” do trabalhador.

O sequestro da subjetividade é observado nas mais diversas práticas organizacionais que hoje vigoram em que o sujeito em questão passa a construir padrões de conduta para ser aceito no meio que vive. Isso é verificado quando o sujeito busca “[...] produzir um modo moral de ser e de corresponder às expectativas de aceitação social e alívio de repressões originais, abrindo mão de parte de sua autonomia em prol de responder aos interesses da empresa” (JOST; FERNANDES; SOBOLL, 2014, p. 58) que se sobressaem aos seus.

Faria (2010), afirma que as relações de poder e de controle presentes nas empresas é o que impulsiona o sequestro da subjetividade, com o objetivo de não só anular o questionamento sobre possíveis descontentamentos como também buscando canalizar a mobilização subjetiva, criando adesões a respeito da lógica da organização. Segundo Alves (2011b), corroborando com o autor acima citado, o toyotismo inaugura esse projeto de captura, dominando não apenas o saber e o fazer, mas especialmente o intelecto e o afeto do trabalhador.

A nova gestão do trabalho, para Gaulejac (2010), produz exigências conflitivas aos sujeitos do ponto de vista psíquico, pois o indivíduo passa a ser reduzido a um recurso à disposição da organização tendo o seu potencial neutralizado. A nova ordem gerencial, fundamentalmente baseada em uma lógica instrumental, faz com que o humano passe a ser encarado como objeto, em que a alta performance é altamente cultuada.

Para Barreto e Heloani (2014), o modelo de gerenciamento dos tempos atuais passa pela sobrecarga de trabalho, em que a falta de pessoal é uma realidade independente da área de atuação. Este elemento, além de pressionar moralmente os trabalhadores, faz com que

estes muitas vezes ignorem seus valores e sua ética, pessoal e profissional, para atingir as metas que quase sempre são irrealis e ilógicas.

Esse contexto é um “prato cheio” para as práticas de violência e assédio moral no trabalho, em que situações como isolamento, humilhação, perseguição, e indução à demissão não são incomuns. Faz parte de uma realidade vivida pelos trabalhadores, de modo geral, independente da sua formação ou categoria em que estão inseridos.

Para Linhart (2000), a individualização das relações de trabalho tem como fundamental consequência a destruição dos coletivos de trabalhadores. Atualmente presencia-se relações de trabalho ambíguas, instáveis e permeadas pela desconfiança, pois já não há mais a construção coletiva de uma identidade comum aos trabalhadores, de acordo com as suas categorias profissionais.

Não são mais as categorias que se encontram confrontadas às situações idênticas de trabalho, a idênticas coerções, a uma mesma lógica de dominação, que é coletiva por natureza. É o indivíduo que está sozinho em face desta nova forma de dominação e face às contradições que ela carrega. E ele procura assumir estas pressões, persuadido no fundo de si mesmo que são suas próprias insuficiências que tornam sua missão tão difícil e não as contradições inscritas na própria organização (LINHART, 2000, p. 34).

Bottega (2015), assim como para os autores supracitados, nos diz que o assédio e a violência não atingem de modo tão direto aqueles que cumprem as metas, nem para aqueles que cegamente seguem as regras da organização, evitando fazer questionamentos. Entretanto, aqueles que adoecem, que precisam afastar-se do trabalho e que se fragilizam diante de situações degradantes, acabam sendo os principais focos de práticas de gestão perversas.

Tal fato comprova o quanto a violência subjetiva e simbólica são instrumentos de gestão nos novos modos de gerenciar o trabalho e as pessoas. Praticamente não há fora: este modelo acaba por atingir todos os trabalhadores em maior ou menor grau, sejam estes do setor público ou privado, sejam altamente qualificados ou com apenas uma formação básica.

Como a nova lógica de fazer a gestão do trabalho afeta a todos os trabalhadores e campos de atuação, com os profissionais da saúde não seria diferente. Entretanto é importante nomear as particularidades presentes no fazer desta categoria, já que sua

atividade profissional implica no encontro com outros seres humanos, na busca de cuidado em saúde.

1.1.1 O Trabalho em Saúde: Exercendo o Protagonismo

O trabalho em saúde demanda uma especificidade própria deste fazer, que refere, essencialmente, ao caráter relacional implicado nesta profissão. Assim, pode-se dizer que todo trabalho em saúde se produz por meio de um trabalho vivo em ato: só existe a partir do encontro entre pessoas e a produção de relações a partir desse acontecimento. Por meio de momentos diversos vividos nesse encontro, intermediados pela fala, escuta, expectativas e interpretações se dá o acolhimento (ou não) dos sujeitos que demandam um cuidado em saúde. Por esse encontro passam sensações de confiança, afeto e cumplicidade que podem produzir o vínculo necessário (MERHY, 2013a).

O trabalho em saúde é marcado profundamente pelo exercício de liberdade, pois é importante que o próprio profissional da saúde escolha o modo de realizar o seu processo produtivo de cuidado. Assim, Franco (2013), expõe que a liberdade é uma potência para o cuidado no âmbito da saúde. Ela vem da natureza do trabalho neste contexto, que demanda constantemente a construção de relações que vão constituindo o trabalho vivo em ato (MERHY, 2002). A partir dessa lógica, o trabalhador vai imprimir no seu fazer a sua singularidade, optando por atuar de modo sumário e prescritivo ou então acolhedor, fazendo do cuidado, cuidador.

É a liberdade que permite o genuíno encontro com os outros, sejam eles usuários ou parte da equipe do serviço, fazendo com que a dinâmica do afetar-se seja colocada em movimento, estabelecendo vínculos e responsabilização. Por outro lado, é também a condição de liberdade que possibilita um cuidado burocrático, irreflexivo e prescritivo (FRANCO, 2013).

[...] não há um *a priori* um modelo de trabalho no cuidado em saúde a ser seguido, as práticas em saúde acontecem conforme o próprio trabalhador produz este acontecimento, ou seja, sua subjetividade que é dinâmica, opera produzindo o cuidado também com as variações que este sujeito sofre, na sua relação com o mundo do trabalho (FRANCO, 2013, p. 244).

A gestão atravessa esse processo de liberdade, que acaba, inúmeras vezes engessada pelas normas, protocolos e procedimentos prescritos pela gestão. Essa prescrição do trabalho atua, muitas vezes definindo e padronizando o comportamento a ser adotado pelos trabalhadores. Assim sendo, a singularidade do cuidado passa a dar lugar às regras fixas (FRANCO, 2013).

Mesmo a gestão buscando disciplinar os trabalhadores, estes podem fazer uso de sua liberdade tanto para deixar-se capturar quanto para romper, mesmo que minimamente, com a rigidez das determinações burocráticas do trabalho. “Essas regras, normas e protocolos são instrumentos usados para padronizar mas que, ao mesmo tempo, capturam o trabalho vivo, ou seja, retiram a liberdade do trabalhador e aprisionam seus atos assistenciais e de cuidado em um padrão [...]” (FRANCO, 2013, p. 245). Para atingir esse objetivo, a gestão faz uso de instrumentos reais e simbólicos que limitam o fazer dos trabalhadores.

Assim convive-se cotidianamente com a tensão entre captura e ruptura da lógica descrita, o que faz surgir lógicas de criação para dar conta deste trabalho juntamente com a luta contra os limites fixos da atuação. Os fazeres e saberes da prática em saúde vão configurando-se de modo que passam a assumir espaços e tempos diferenciado. O elemento paradoxal, portanto, passa a fazer parte do trabalho em saúde, pois é na tentativa de driblar a prescrição da gestão que se encontra espaços de invenção (FRANCO, 2013).

“Liberdade e captura vão atuar simultaneamente, e se inscrevem no sujeito-trabalhador da saúde, formando sua subjetividade nômade ou aprisionada” (FRANCO, 2013, p. 245). A subjetividade nômade refere àquela que é dinâmica e está sempre em movimento, se conecta com as singularidades dos usuários, produzindo diferença, criação e multiplicidade na relação com o outro. A subjetividade capturada costuma reproduzir comportamentos serializados de modo burocrático, considerando o usuário um sujeito padronizado com necessidades indiferenciadas. Institui verdades, não considerando as possibilidades de invenção e mudanças no meio de trabalho, construindo relações com o usuário ligadas a um cuidado fixo, regular e disciplinado (FRANCO, 2013).

É notável a produção subjetiva intermediada pelo trabalho, especialmente o trabalho vivo que tem a função de produzir o cuidado na relação com a equipe e com os usuários. Há

uma força que opera aí, a qual é denominada como desejo e/ou vontade que se refere a uma energia propulsora e age como força, no sentido de movimentar as ações do trabalhador a desenhar seu trabalho de modo singular e artesanal. Esse desenho é realizado a partir das possibilidades de fala e escuta, operação da clínica e dos afetos (FRANCO, 2013).

Esse movimento vai acontecendo com base nos encontros necessários para a produção do cuidado. Encontros estes com outros trabalhadores, porque o trabalho é sempre em rede; com os usuários, o destinatário das ações de cuidado; mas também com outros equipamentos de cuidado, as normas e protocolos, os saberes estruturados (FRANCO, 2013, p. 246).

Há uma dimensão subjetiva no trabalho em saúde, que deve ser considerada nas discussões sobre a gestão desse trabalho. Essa dimensão é constituída por interconexões que se dão por meio da execução do trabalho vivo presente no cuidado e que necessita viabilizar o protagonismo dos profissionais nesta construção que é, iminentemente, singular, atravessada pelos modos de subjetivação daqueles promovem o encontro entre sujeitos da/na saúde (FRANCO, 2013).

A gestão do trabalho em saúde precisa levar em consideração que as práticas de cuidado em saúde só poderão ser implementadas se este projeto for viável do ponto de vista do trabalhador. Os gestores estão acostumados a prescrever regras, protocolos e normas, ditando como os trabalhadores devem conduzir suas atividades. Encontra-se aí um equívoco: este modo de fazer gestão em saúde acaba gerando trabalhadores serializados, que apenas reproduzem práticas, muitas vezes, já ultrapassada, sem fazer uso da invenção. Quando se possibilita ao trabalhador operar novas modalidades de atuação, produzindo um cuidado singularizado ele altera as suas ações, instituindo outras possibilidades de intervenção diante das demandas dos serviços. Isso só é possível quando se permite a presença da dimensão subjetiva do trabalhador no seu ato de cuidar, e não apenas a repetição de ações já cristalizadas. “A construção de novas práticas só se faz a partir de processos autoanalíticos, em que a velha prática é analisada, podendo ser assim desconstruída para no lugar produzirem-se novas possibilidades de cuidar” (FRANCO, 2013, p. 248).

O cuidar é entendido como uma ação que ultrapassa as competências e fazeres técnicos. Refere-se a uma tarefa de caráter prático que tenha um enfoque na saúde coletiva. “Cuidar é querer, é fazer projetos, é moldar a argila. Querer é o atributo e o ato do ser. Cuidar

é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, uma forma simplesmente humana de ser” (AYRES, 2001, p. 71). Cuidar de alguém significa elaborar um objeto e sobre ele agir. Se faz necessária a construção de projetos e a sustentação de uma relação entre os envolvidos. Não pode se restringir a realizar pequenas tarefas relativas a saúde. É necessária uma dimensão expansora que inclua a amplitude de reflexões e intervenções necessárias ao atendimento das demandas de saúde (AYRES, 2001).

É importante que a gestão do trabalho em saúde considere que, até mesmo para operar protocolos e normas, a subjetividade do trabalhador está envolvida, já que isso refletirá inclusive no campo social. Entretanto, este aspecto tem sido pouco reconhecido pelos gestores. De modo geral, para a gestão, os trabalhadores são equiparados à insumos utilizados para o funcionamento dos serviços de saúde, porém os profissionais da saúde devem ser percebidos como protagonistas da produção do cuidado. Isso significa que ele “[...] é sujeito ativo que opera com seus saberes, é desejante, tem projetos, expectativas e atua no mundo do trabalho e cuidado com suas caixas de ferramenta adquiridas na formação, e sobretudo na experimentação do mundo do trabalho e da vida [...]” (FRANCO, 2013, p. 250).

Desse modo, se constitui o desafio da gestão do trabalho em saúde: permitir aos trabalhadores ocupar o lugar de protagonistas no desenvolvimento de suas atividades profissionais. Pode-se, neste sentido, proporcionar a estes sujeitos uma alta potência para agir nas relações de cuidado em saúde (FRANCO, 2013).

É possível na gestão do trabalho em saúde manter o trabalhador com alta potência para agir no mundo do cuidado, que é também um mundo social e afetivo, é possibilitar que o trabalho produza no outro, os que com ele se relacionam, alta potência vital, formando assim uma cadeia de intensidades que em fluxo age com linhas de força na produção ilimitada das subjetividades (FRANCO, 2013, p. 250).

Assim se faz essencial a integração do trabalhador nas discussões sobre a elaboração das políticas de gestão do trabalho de modo que se reconheça o seu protagonismo e saber neste contexto. Desse modo se constrói possibilidades de criação e invenção para produzir bons encontros no trabalho em saúde, tanto com as equipes e a gestão, quanto com os usuários.

1.2 SAÚDE MENTAL E TRABALHO: O SUJEITO QUE SOFRE

Nesse item é trabalhada a articulação entre a saúde mental e os modos de produzir, focando especialmente no sofrimento dos trabalhadores e suas consequências, como o adoecimento psíquico. Além disso, é abordada a questão da centralidade do trabalho, demonstrando o lugar significativo que a atividade laboral tem na vida dos sujeitos e, por isso, estruturante da subjetividade humana.

Os estudos voltados ao campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) não são recentes. Porém, o que se tem visto é o surgimento de estudos significativos nas últimas décadas, o que proporcionou a produção de novos conhecimentos neste contexto. Trata-se de um campo multidisciplinar em que diversas áreas são convocadas a construir propostas de intervenção (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Um desafio para os pesquisadores do novo é, portanto, o de integrar, de forma compreensiva, as contribuições dos autores que têm se preocupado em analisar as instâncias "macro" às daqueles que têm estudado fenômenos microssociais, nas equipes e nos/dos locais de trabalho e, ainda, às dos que detectam a complexidade da dinâmica intrapsíquica decorrente da vida e da experiência laboral (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 71).

Este campo de estudos e intervenções está diretamente relacionado com a saúde do trabalhador que, por sua vez está ligado à saúde coletiva, tendo como objeto de pesquisa e prática as relações entre a saúde e o trabalho (NARDI, 2006a). Desse modo, busca analisar a relação saúde-doença, sendo vista como um processo social, em que é essencial a compreensão de que os adoecimentos, de modo geral, assim como os acidentes não são fatos isolados. Estes acontecimentos são reflexo de um coletivo que sofre, adocece e até mesmo morre no trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989).

As mudanças tecnológicas e organizacionais que temos visto nos últimos anos traziam esperança de proporcionar melhores condições e relações de trabalho. Porém, ao invés de auxiliarem na manutenção da saúde e bem-estar do trabalhador, na maior parte das vezes, aceleram a produtividade fazendo-se necessário uma exigência e um domínio muito além do que seu próprio corpo e psiquê suportam (JACQUES, 2002).

O campo da Saúde do Trabalhador por si só já possibilita amplas discussões, pois no âmbito das políticas públicas afeta tanto aquelas que se direcionam à saúde e ao trabalho, como também à Previdência Social. Assim, pode-se pensar que o cenário que compõe a saúde mental e trabalho é um campo híbrido, em construção, em que temos que nos munir de conhecimentos e estratégias diversas que afetam essa composição. Desse modo, poderíamos referenciar a saúde do trabalhador como um contexto de saber que se utiliza de diversas disciplinas, como aquelas pertencentes à ergonomia, às ciências sociais, à psicologia, à medicina, na busca pela compreensão dos enredamentos do mundo do trabalho e seus atores. Para além de um conhecimento teórico, o saber prático dos trabalhadores, ligado às suas vivências, também produz modos de entender a dinâmica entre saúde e trabalho (OSORIO; RAMMINGER, 2014).

Aquilo que é relativo ao visível no âmbito do trabalho, acaba sendo foco de ações preventivas. Entretanto, quando o risco é psicossocial², torna-se mais difícil de mensurá-los por meios concretos, recebendo menos ênfase de cuidado. As doenças ocupacionais originárias de questões ambientais são mais detectáveis, enquanto aquelas que envolvem fenômenos psicológicos, sociais, cognitivos e organizacionais acabam sendo menos reconhecidas (OSORIO; RAMMINGER, 2014).

Tittoni (2004, p.76) afirma que a saúde mental pode “ser definida como a possibilidade de se criarem modos de trabalhar que transgridam as situações causadoras de sofrimento, reinventando-se, assim, o próprio trabalho”. Desse modo, temos como protagonistas os sujeitos trabalhadores, que podem atuar buscando a transformação da organização do trabalho que é, em grande medida, responsável por fomentar a cristalização e manutenção de uma maneira de trabalhar que favoreça a saúde e/ou patologias do trabalho.

² Risco Psicossocial entendido como “aspectos do desenho do trabalho, organização e gerenciamento do trabalho e seus contextos sociais e ambientais, que têm o potencial de motivar danos psicológicos e sociais ou físicos” (GLINA 2010, p. 15).

É importante salientar que o campo de atuação da SMRT é constituído de um modo profundamente diferente da Psiquiatria Ocupacional. Essa distinção representa que

[...] os princípios adotados ultrapassam a busca por produtividade e os estudos se voltam por identificar *todos* os aspectos – os que promovem a saúde e todos os que se revelam potencialmente adoecedores, inclusive aqueles que possam estar servindo simultaneamente a interesses mais imediatos da produção (SELIGAMNN-SILVA, 2011, P. 40).

Os dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2013), indicam que as doenças profissionais são as principais causas de mortes nos espaços produtivos, sendo que esse número representa 2,02 milhões de pessoas; 321 mil pessoas vão a óbito a cada ano em consequência de acidentes no trabalho. Além disso, 160 milhões de pessoas sofrem de doenças relacionadas ao trabalho e 317 milhões de pessoas se acidentam de maneira não letal a cada ano. Outras informações da OIT apontam que a cada 15 segundos um trabalhador morre em função de doenças ou acidentes relativos ao trabalho; a cada 15 segundos 115 trabalhadores sofrem acidentes laborais. A OIT salienta ainda que o Brasil ocupa o quarto lugar no ranking mundial de acidentes com morte no trabalho.

Com relação a dimensão psíquica, entre as principais causas de perdas de dias no trabalho estão os transtornos mentais e comportamentais. Os casos leves ocasionam afastamentos de quatro dias por ano e os casos graves em torno de duzentos dias de trabalho anualmente, causando prejuízos tanto para as instituições quanto para o trabalhador (DEMYTTENAERE et al., 2004).

No ano de 2010, os transtornos mentais e comportamentais³ foram a terceira principal causa de concessão do auxílio doença, sendo justificada a incapacidade laborativa. Foram mais de 201 mil novos benefícios, o que representou uma incidência de 9% do total, sendo que cerca de 6% foram considerados acidentes de trabalho, o que significa que a perícia previdenciária reconheceu que o adoecimento dos trabalhadores foi desencadeado ou

³ Conforme nomenclatura utilizado no capítulo V da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, versão 10 (CID10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 1997).

agravado a partir da exposição a fatores relativos ao trabalho somente neste percentual de pessoas afastadas (BRASIL, 2011c).

Além do sofrimento intermediado pela organização do trabalho, o sujeito que se afasta sofre em função da estigmatização social, por ser considerado um trabalhador que não produz. Essa experiência reforça o lugar do trabalho como uma referência na sociabilidade da vida adulta e estimula a prática de trabalhar mesmo adoecido (RAMOS; TITTONI; NARDI, 2008).

Os transtornos mentais (TM) provocam alterações no funcionamento psíquico, prejudicando a vida pessoal, familiar, laboral, estudantil e social dos sujeitos acometidos por esta problemática. Além disso, dificultam a compreensão de si e dos outros, causam intolerância aos problemas e desprazer generalizado em viver. Referem-se a um conjunto de sinais e sintomas que perturbam o equilíbrio psíquico. De forma geral, surgem quando as exigências da vida, o que também incluiu vivências laborais, vão além das possibilidades de adaptação do sujeito, provocando uma alteração na percepção sobre si próprio o que inclui sentimentos de inutilidade, menos valia e indignidade. Os TM, além do que já foi citado, podem causar incapacidade grave e muitas vezes definitiva, impedindo estes sujeitos de exercerem suas atividades profissionais, bem como prejudicando a vida fora do trabalho (PINHO; ARAÚJO, 2007; BÁRBARO, 2009).

Para além dos transtornos mentais, menores ou graves, temos visto o surgimento de outro tipo de alteração comportamental e nas relações, especialmente percebidas no trabalho: as Patologias Sociais. Para Ferreira (2007), resultam dos seguidos embates que as pessoas têm com seus ambientes de trabalho. A dificuldade extrema em dar conta das exigências feitas pelo mundo do trabalho contemporâneo, associada às adversidades e o sofrimento gerado por elas podem ocasionar uma espécie de anestesiamento e insensibilidade diante da dor e do sofrimento do outro, assim como de seu próprio. Essa mudança na maneira de encarar as problemáticas do trabalho, minimizando suas reais importâncias, pode ser maximizada no momento em que for compartilhado com outras pessoas, especialmente ligadas ao seu grupo laboral.

Seligmann-Silva (2011) aponta que as vivências de sofrimento e injustiça não são novas. O que tem impressionado trabalhadores e pesquisadores do tema é a disseminação da

banalização do mal, conforme menciona Dejours (1999) em seus estudos. Há uma íntima relação entre os processos organizacionais e políticos e a insensibilidade ética que estaria ocasionando a abstração da dimensão humana, o que implica na disseminação da indiferença e naturalidade, que se referem a reações comuns diante da realidade de trabalho que produz sofrimento extremo.

As causas das patologias sociais são diversas e estão relacionadas ao contexto pós-moderno que vivemos, incluindo a

[...] banalização do mal e do sofrimento, cultura da violência sutil e da servidão, racionalidade econômica, predominância dos processos de exclusão, deficiência de significado, sobrecarga simbólica que leva à paralisia, acesso à liberdade e identidade via capacidade de consumo, manipulação da ameaça, a exacerbação da lógica *os fins que justificam os meios* (FERREIRA, 2007, p. 49).

Essas patologias do contemporâneo estão atreladas diretamente ao mundo do trabalho. Muitos dos aspectos que foram citados aparecem como “qualidades” dos trabalhadores, em que a banalização do mal e do sofrimento, por exemplo, pode ser revestida de resiliência e capacidade de suportar a pressão e lidar com as adversidades sem abalos emocionais. Assim as Patologias Sociais influenciam os modos de vida impondo o pensar, o sentir e o agir dos trabalhadores. Também modulam a construção da identidade dos sujeitos e colaboram na mudança da organização do trabalho que não abre espaço para aqueles que não se adaptam fielmente às novas regras ditadas pelo sistema produtivo vigente (FERREIRA, 2007).

Diante da conjuntura produtiva, que se reflete diretamente na saúde dos trabalhadores, se faz necessário pensar em alternativas de pesquisa e intervenção neste meio. Neste sentido, a Clínica do Trabalho pode se configurar como uma resposta que possibilite vez e voz ao sofrimento dos trabalhadores.

1.2.1 Clínica do Trabalho como Proposta de Intervenção

A Clínica do Trabalho se constituiu a partir da necessidade de se construir um espaço clínico que possa se direcionar para as questões relativas ao mundo produtivo. Essa necessidade tem crescido mais a cada ano, conforme apontam os dados relativos ao

adoecimento psíquico. Desse modo a proposta dessa modalidade de clínica tem desenvolvido um importante papel no enfrentamento tanto do sofrimento relativo ao trabalho quanto em relação aos fatores nocivos dos novos modelos de gestão.

É importante sinalizar que o sujeito, para a Clínica do Trabalho, se refere àquele que “[...] luta contra a loucura do trabalho, as patologias e a doença mental. É o sujeito que luta pela sua saúde mental” (MENDES; ARAÚJO, 2011, p.24). Também se pode afirmar que este é aquele que sofre por meio do que a organização do trabalho impõe que sente o “peso” da gestão sobre o seu corpo e sua mente.

Além de se apropriar do campo teórico, o profissional/pesquisador que opta pela Clínica do Trabalho precisa desenvolver uma prática que se concretiza a partir do contato com o seu próprio sofrimento e com o sofrimento do outro, intermediada pela experiência real do trabalho vivo. “A capacidade de se afetar e de afetar o outro cria espaço para a mobilização, para ressignificar o sofrimento e para agir sobre a organização do trabalho. É a prática de escuta, indissociável da subjetividade do clínico” (MENDES; ARAÚJO, 2011 p. 14). Assim “[...] o profissional deve ser um aprendiz de si mesmo e de seus afetos” (MENDES; ARAÚJO, 2011, p.13-14).

Como elemento orientador, a Clínica do Trabalho busca a interpretação de uma fala voltada para ação. Tende a construir e intervir especialmente na organização do trabalho, partindo da experiência real vivenciada no contexto laboral, mediada pela ação (MENDES, 2007). Diz respeito à atuação clínica inserida no campo social, aproximando-se da clínica social, mas que, no entanto, abrange especialmente as experiências, objetivas e subjetivas, de ser trabalhador no contemporâneo (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2010). Não se trata, tampouco, de uma clínica do sofrimento ou do “trabalho psicologicamente nocivo”, pois embora atenta àquilo que faz sofrer e aos aspectos deletérios do trabalho, ela transcende estes, enfatizando os processos criativos e constitutivos do sujeito, bem como sua capacidade de mobilização, de agir, de resistência face ao real do trabalho (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2010, p. 03).

O objeto de análise das clínicas do trabalho não se refere apenas ao sujeito, mas também à dimensão sociopsíquica que o processo produtivo apresenta. Neste sentido, tem-se como ponto de partida a análise da organização do trabalho, que busca entender como ocorre a produção de subjetividade, bem como a interpelação entre saúde-doença. A análise

é desenvolvida por meio da observação das estratégias de ação utilizadas pelos trabalhadores. Estas estratégias buscam confrontar a organização do trabalho que pode ou não possibilitar a mobilização dos sujeitos neste sentido, na medida que permite ou não o espaço para a expressão do sofrimento, da cooperação, do reconhecimento e assim, promovendo a saúde e/ou favorecendo o adoecimento (MENDES, 2007).

[...] privilegia-se a Clínica do Trabalho como referência principal, particularizando o método utilizado a fim de alcançar as patologias e o adoecimento articulados ao sofrimento no trabalho, bem como adensar a compreensão dos processos que mobilizam o prazer, fortalecem a identidade e atuam na promoção de saúde no trabalho. Busca como alvo a emancipação do trabalhador e a mobilização política dos coletivos de trabalho, elevando a condição de sujeito a sua máxima potência, de modo, a combater a opressão no trabalho e seus efeitos para intersubjetividade, na radicalidade, contribuir para resgatar o sujeito da posição de assujeitado (MENDES; VIEIRA, 2014, p. 149).

Neste sentido, a Clínica do Trabalho opera como uma ação de resistência, já que questiona as certezas dos trabalhadores sobre si e sobre o seu fazer (MENDES; VIEIRA, 2014). Esse espaço clínico é potente no sentido de possibilitar a mobilização coletiva sobre a ordem, a pressão e os modos organizativos do trabalho com enfoque na gestão gerencialista e produtivista. Desenvolve uma ação política quando denuncia a sintomatologia vivida como normalidade e implica a reflexão na busca das transformações dos modos de produção vigentes (MARTINS; MENDES, 2012; PÉRILLEUX, 2013).

Esse encontro, que mobiliza afetos e conhecimentos em todas as partes em busca de um objetivo comum a ser configurado durante todo o processo, encontro e acordo que possibilita o acesso a esses conteúdos convida o clínico-pesquisador a empregar os dispositivos de maneiras particulares de acordo com as singularidades dos trabalhadores ou grupos atendidos. A singularidade dos trabalhadores convida a singularidade do clínico a trabalhar, sendo nesse jogo que o saber fazer se coloca. (MENDES; VIEIRA; 2014, p. 155)

Sendo assim, neste cenário contemporâneo, a Clínica do Trabalho tem sido uma ferramenta utilizada para interligar a questão do trabalho a saúde mental. Um dos principais pressupostos que são compartilhados pelas clínicas do trabalho é o enfoque na vulnerabilização dos sujeitos e dos coletivos de trabalho. Um indicativo importante dessa vulnerabilidade se refere ao processo de individualização e “quebra” dos coletivos profissionais e, com isso, a perda de referências compartilhadas pelos trabalhadores (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2010).

Em relação a sua articulação com as práticas de cuidado em Saúde Mental, a Clínica do Trabalho tem se mostrado como um potente dispositivo, pois favorece a fala e escuta do que

faz sofrer, podendo ou não estar articulada a um trabalho de intervenção coletiva. Ademais, busca resgatar o processo de reflexão-ação e assim contribuir na produção de autonomia e estímulo ao protagonismo diante das vivências no mundo do trabalho.

1.3 EM BUSCA DA SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR: UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Neste item buscar-se inter-relacionar documentos do Ministério de Saúde, que possuem um enfoque direcionado as temáticas relativas a saúde do trabalhador e a saúde mental⁴ (BRASIL, 2001, 2011, 2012). Esses materiais buscam orientar as práticas operadas pelos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, por meio de prescrições sobre como o trabalho deve ser conduzido. Neste caso, será dada ênfase às questões referentes ao acolhimento de usuários-trabalhadores que estejam vivenciando situações de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho.

Perez, Bottega e Merlo (2017), questionam sobre qual seria a importância de uma articulação entre políticas públicas de saúde vigentes e que deveriam, em tese, atender às demandas às quais se propõe. Esse questionamento se faz necessário em função de que este cenário de atuação deveria fazer parte do cotidiano dos profissionais da saúde, entretanto, as práticas e vivências neste campo tem mostrado inúmeras carências e dificuldades.

As experiências como pesquisadores e profissionais em saúde mental e trabalho têm mostrado que muitas pessoas que sofrem em função de sua profissão e têm manifestado diversos sintomas e, até mesmo, adoecimento psíquico não têm encontrado acolhimento de “sua dor” nos serviços de saúde do SUS. Suas falas, seus relatos e suas vidas no trabalho não têm sido um tema comumente escutado pelos

⁴ A Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT); a Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, refere-se a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades devidas ao uso de crack, álcool e outras drogas no contexto do SUS; e a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

profissionais que atuam na saúde mental e do trabalhador nos serviços públicos de saúde (PEREZ, BOTTEGA, MERLO, 2017, p. 288).

A necessidade de problematizar a relação entre as políticas de saúde do trabalhador e de saúde mental se faz necessária já que o trabalho é um fator fundamental na construção da identidade humana. Assim, apresenta um potencial tanto destruidor quanto criador do sujeito, sendo capaz de afetar a sua condição psíquica continuamente (PEREZ, BOTTEGA, MERLO, 2017).

As políticas públicas de saúde que vigoram atualmente são resultado de lutas que vêm ocorrendo ao longo do tempo. Essas políticas têm encontrado dificuldades para atender a realidade da população, o que levou a organização e implementação da Reforma Sanitária. Essa Reforma resultou na proposta do SUS, consolidada a partir da Constituição Federal de 1988 e, em seguida, com a Lei nº 8.080 e a Lei nº 8.142, ambas de 1990 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Porém, o SUS que conhecemos hoje necessitou passar por muitas mudanças e alterações com a participação de diversos atores e movimentos sociais engajados na construção de uma saúde pública e de qualidade.

O percurso dos movimentos sociais e iniciativas de construir a saúde do trabalhador no Brasil como uma política pública de saúde culmina na implantação da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). A PNSTT afirma que deve estar em consonância com as demais políticas de saúde do SUS. Considera fundamental a noção de transversalidade das ações em saúde do trabalhador, sendo o trabalho um fator determinante no processo de saúde e adoecimento, conforme consta em um dos objetivos da política, já que afirma que se deve “[...] incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde” (BRASIL, 2012).

Em consonância com as diretrizes do SUS (BRASIL, 1990a), a PNSTT tem como objetivo definir os princípios, as diretrizes e as estratégias que devem ser praticadas nas três esferas de gestão. Essa proposta tem como intuito o desenvolvimento integral da saúde dos trabalhadores com ênfase na vigilância. Tem o objetivo também de promover e proteger a saúde daqueles que trabalham, além de buscar reduzir as mortes e doenças relacionadas ao trabalho. Essas ações devem se dar por meio da promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2012).

Desse modo, percebe-se que a noção de saúde mental está incluída quando a política se refere à saúde integral dos trabalhadores e trabalhadoras, mesmo não sendo nomeada de modo direto. Outra observação importante referente a PNSTT é a citação do objetivo que busca reduzir as doenças relacionadas com o trabalho. Entre as diversas modalidades de adoecimento, pode-se citar o psíquico que, conforme a Previdência Social, vem incapacitando mais pessoas para o trabalho do que as doenças orgânicas. Os dados de 2014, demonstram que os transtornos mentais e comportamentais representam a terceira principal causa de concessão do auxílio doença, sendo justificada a incapacidade para exercer as atividades laborais (BRASIL, 2016).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como propósito a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde no SUS, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a). Com a aprovação da Política Nacional sobre Drogas em 27 de outubro de 2005, o Ministério da Saúde (MS) demonstra o investimento em políticas relativas ao uso de crack, álcool e outras drogas, por este motivo a importância da atuação nesse âmbito é enfatizada. No entanto, as pessoas acometidas por sofrimento e adoecimento psíquico de modo geral também são citadas (BRASIL, 2005). Entende-se assim também a inclusão do sofrimento psíquico desenvolvido no trabalho. Ainda, pode-se afirmar que uso de substâncias psicoativas pode estar diretamente associado ao sofrimento e adoecimento relativo ao trabalho, como demonstram as pesquisas de Gavaraghi *et al.* (2016) e Martins e Zeitoune (2007), desenvolvida com bancários e trabalhadores da enfermagem, respectivamente.

A RAPS é constituída por inúmeras ações e serviços de saúde do SUS, o que inclui a atenção básica, a atenção psicossocial especializada, a atenção de urgência e emergência, a atenção residencial de caráter transitório, a atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Assim, todos os eixos da rede de saúde devem estar implicados no cuidado da saúde mental (e trabalho) (BRASIL, 2011a).

O primeiro parágrafo do artigo sexto da portaria que institui a RAPS, afirma que a Unidade Básica de Saúde (UBS), inserida na atenção básica,

[...] tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas,

compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011a).

Percebe-se assim a importância das ações das UBSs, pois ocupam o lugar de “porta de entrada” do SUS, por onde passam os usuários em busca de promoção de saúde, prevenção e cuidado nas mais diversas especialidades. Entende-se, desse modo, que a inclusão da dimensão psíquica também é prevista, sendo que compete às UBSs o atendimento inicial de saúde aos usuários do SUS, conforme explicitado no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados serviços especializados interdisciplinares que visam atender usuários com transtornos mentais graves e persistentes, assim como pessoas com necessidades devido ao uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a). Neste sentido, abrange os casos de sofrimento psíquico intenso e persistentes relacionados com o trabalho, como por exemplo transtornos como depressão, ansiedade e *burnout* (Síndrome do Esgotamento Profissional), além de envolver, em algumas situações, episódios de ideação suicida e tentativas de suicídio, o que se enquadraria ao que é apresentado no texto da Portaria referente à RAPS.

A Lei nº 10.216 de 2001 lista no parágrafo único do art. 2º os direitos das pessoas com transtornos mentais. Afirma que é um direito “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades” (BRASIL, 2001), o que significa que o acolhimento, inserido na proposta do cuidado em saúde mental, deve adequar-se àquele que se encontra em sofrimento.

Pode-se compreender, a partir dessa proposta que quando um trabalhador está psiquicamente adoecido pelo trabalho desenvolvido, esse contexto deve ser avaliado em sua especificidade e ressaltado no percurso do tratamento. Isso exige, em muitos casos, uma articulação não só dos serviços de saúde, mas da rede ampliada, envolvendo os campos da assistência social e jurídica, além de outros encaminhamentos a demais instituições, como por exemplo o acionamento do Ministério Público do Trabalho, sindicatos, entre outros órgãos ligados à garantia de direitos e proteção dos indivíduos.

Afirma-se assim que a PNSTT é uma política inclusiva, já que se direciona a todos os trabalhadores, sejam homens ou mulheres, da zona urbana ou rural, formais ou informais, da

esfera pública ou privada. Também são sujeitos dessa política os trabalhadores assalariados, autônomos, avulsos, cooperativados, aprendizes, temporários, estagiários, domésticos, aposentados ou desempregados (BRASIL, 2012). A Lei nº 10.216, da mesma maneira, garante os direitos das pessoas com transtornos mentais, sem a existência de qualquer discriminação ligada à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, orientação política, idade, família, classe social, assim como grau de gravidade e evolução do adoecimento (BRASIL, 2001). Desse modo, condiz com os princípios legitimados pelo SUS (BRASIL, 1990a) e está em consonância com os documentos já citados.

Assim como as demais políticas de saúde, a PNSTT considera a transversalidade das ações de saúde do trabalhador, sendo o trabalho um fator importante na determinação no processo de saúde e adoecimento. O reconhecimento por parte do Ministério da Saúde do contexto laboral como um fator decisivo na produção de saúde e doenças representa um importante marco na saúde do trabalhador. Mostra, de modo evidente, que as questões relativas ao mundo do trabalho devem ser incluídas no atendimento aos usuários do SUS, independente de qual seja o serviço acessado. Do mesmo modo, a RAPS propõe como uma das diretrizes básicas o reconhecimento dos fatores sociais na produção de saúde, sendo que, neste sentido, se pode citar a dimensão do trabalho com um dos fundamentais determinantes (BRASIL, 2011a).

Um dos objetivos da PNSTT demonstra a concordância com o que está previsto na RAPS, já que se refere a:

[...] assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde (BRASIL, 2012).

Para a PNSTT deve haver uma articulação entre “[...] o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais” (BRASIL, 2012). Para que seja possível essa e outras articulações, é fundamental que hajam mudanças nos processos de trabalho em saúde, assim como no modo como a rede se organiza, bem como na atuação dos profissionais, buscando abarcar a relação complexa existente entre saúde e trabalho. Neste sentido, um dos objetivos da PNSTT que é “[...] ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação

transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção” (BRASIL, 2012).

Entretanto, o que tem sido notado em relação às ações que envolvem a saúde dos trabalhadores é que essa política ainda se encontra em processo de implementação. Esta situação se agrava ainda mais no que diz respeito a dimensão da saúde mental (PEREZ, BOTTEGA, MERLO, 2017).

A implementação das políticas voltadas à saúde dos trabalhadores encontra grandes desafios na atualidade, sendo uma das áreas de atuação do SUS que mais enfrenta dificuldades. Uma das razões se refere ao enfrentamento que este campo demanda às políticas econômicas vigentes. O Estado alinha-se cada vez mais a uma lógica neoliberal, sendo que este modelo econômico está no cerne dos impactos causados à saúde daqueles que trabalham (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

Essa 'desobediência', no que se refere à ST, no âmbito da saúde pública, deve-se à sua capacidade potencial de desnudar a perda da saúde como resultado da exploração do trabalho pelo capital com o silêncio compassivo dos governantes que, do poder econômico, retiram sua possibilidade de perpetuação no poder político; e a condução da governança em saúde, por certo, é reflexo da governança nos níveis da macrodecisão política (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017, p. 606).

Uma das diretrizes que garantem o bom funcionamento da RAPS diz sobre a importância de garantir o acesso e qualidade dos serviços que devem oferecer cuidado integral e interdisciplinar. Neste sentido, os diversos saberes em saúde devem estar articulados e ser complementares uns aos outros na compreensão da relação saúde-doença. Também, tanto nos objetivos quanto nas diretrizes é ressaltada a importância da educação permanente em saúde, promovendo assim a atualização e formação continuada dos profissionais da saúde (BRASIL, 2011a). Independentemente do setor ou área específica do serviço de saúde do SUS, observa-se que o atendimento deve ocorrer de modo interdisciplinar. Sendo assim, os profissionais devem estar habilitados para intervir junto às questões de sofrimento psíquico relacionado com o trabalho.

Entretanto, por ser um campo complexo e no qual se faz presente um jogo de forças que envolvem, entre outros aspectos, o sistema capitalista (que também dita as regras no setor público, já que este tem funcionado em uma lógica de metas, mesmo não visando lucro), a estrutura do serviço, a formação e olhar do profissional da saúde e a configuração da instituição a qual pertence o serviço, esse objetivo está longe de ser alcançado (PEREZ, BOTTEGA, MERLO, 2017, p. 294).

A criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que surgiram a partir dos 1990, é considerada uma das principais estratégias que visam a organização de ações públicas em prol da saúde dos trabalhadores. Está em consonância com a proposta do SUS relativa, especialmente, à saúde do trabalhador (BRASIL, 1990a). Igualmente importante foi a criação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), sendo composta pelos CEREST estaduais e regionais e que tem como intuito disseminar ações nesse contexto, articuladas aos demais serviços do SUS (BRASIL, 2002). O país conta, atualmente, com 210 CEREST (26 são estaduais e 184 são regionais). A PNSTT ressalta que a prioridade é fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador, por isso visa ampliar a atuação dos CEREST. Salienta ainda a necessidade de se propor ações relativas à promoção da saúde e de ambientes de trabalho saudáveis (VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2014).

Bittencourt, Belomé e Merlo (2014) realizaram um levantamento sobre a situação atual dos CEREST no Brasil, buscando identificar, principalmente, ações voltadas para à saúde mental dos trabalhadores. Esse estudo foi composto pelo envio de 173 questionários para os CEREST de todo o país, entretanto, obteve somente 37 respostas. Das 25 unidades que contam em sua equipe com psicólogos/psiquiatras, apenas 19 realizam alguma modalidade de atendimento clínico com os trabalhadores. Esse levantamento demonstrou, além da escassez das práticas assistenciais voltada à saúde mental dos trabalhadores, a falta de uniformidade nas atividades prestadas. Este fator pode ser reflexo das dificuldades no reconhecimento da relação entre saúde mental e os processos produtivos, bem como dificuldades no entendimento das políticas públicas relativas a este serviço.

Bottega (2015), concordando com o estudo acima citado, afirma que o modo como o CEREST vem se organizando precisa, com urgência, ser repensado, necessitando uma reanálise sobre suas estratégias de trabalho. Essas ações buscam a concretização de melhorias na saúde, qualidade de vida e condições de trabalho.

As legislações referentes à saúde do trabalhador e àquelas que se referem à saúde mental aproximam-se em seus ideais no que diz respeito aos determinantes sociais. Entretanto, não há, de maneira explícita, uma articulação entre as respectivas políticas, já que uma não cita a outra em seu texto. Para além da elaboração de tais documentos existe uma visível dificuldade de atuar, na prática, com base na articulação entre saúde mental e o

trabalho, visando um cuidado integral neste sentido para os trabalhadores que estejam vivenciando sofrimento em seus espaços laborais (PEREZ, BOTTEGA, MERLO, 2017).

Apesar de a elaboração da PNSTT representar um importante marco nesse campo, efetivamente sabe-se que ela ainda não conseguiu estabelecer uma proposta significativa com vistas a atender às demandas dos trabalhadores e trabalhadoras, em particular aquelas relativas à saúde mental. Do mesmo modo, as legislações de saúde mental abordadas neste texto não apresentam explicitamente a questão do trabalho como fator decisivo no processo de saúde-doença mental. Entretanto, citam a importância de levar em conta os determinantes sociais, no qual pode-se incluir o fator produtivo (PEREZ, BOTTEGA, MERLO, 2017, p. 295).

É notável, historicamente, a existência de meios para relacionar a saúde do trabalhador às questões de saúde mental. Ainda há muito o que avançar, tanto no que diz respeito à elaboração de documentos legais quanto nas propostas de intervenção do SUS. Percebe-se que este modo de atuação não faz parte do repertório de práticas da maior parte dos profissionais da saúde nem mesmo daqueles que apresentam sofrimento relativo ao trabalho e precisam ser acolhidos nos serviços de saúde (PEREZ, BOTTEGA, MERLO, 2017).

Buscar implementar a proposta da integralidade em saúde do trabalhador significa articular ações que transversalizam as relações desses sujeitos com suas atividades profissionais, lembrando que a dimensão psíquica é o tempo todo convocada no exercício laboral. É importante também destacar que linhas de cuidado em saúde mental devem abordar o elemento trabalho, já que este é central na constituição dos sujeitos (PEREZ, BOTTEGA, MERLO, 2017). Para Bottega (2015), uma Linha de Cuidado em Saúde Mental do Trabalhador e da Trabalhadora deve inserir-se na rede, buscando articular as diversas políticas de saúde que se relacionam com a saúde mental do trabalhador.

Quando se aborda o termo 'Saúde do Trabalhador', subentende-se que a saúde mental esteja inclusa, já que a saúde envolve, pelo menos, questões físicas, psíquicas e sociais. Já quando se aborda a saúde mental, pensa-se estarem incluídos os fatores sociais que podem provocar um abalo no funcionamento psíquico dos seres humanos. No contexto social, encontra-se o trabalho, que, sendo assim, deve ser levado em conta na construção de políticas e práticas no âmbito da saúde mental. Entretanto, em função de não haver a clara nomeação nas portarias dos termos aqui analisados, talvez possa-se pensar no desenvolvimento e atualização de políticas públicas de saúde mental e Saúde do Trabalhador em que esses dois temas sejam transversalizados de modo concreto no próprio texto das políticas, deixando claras a importância e inseparabilidade deles, assim como acontece na vida humana (PEREZ, BOTTEGA, MERLO, 2017, p. 295).

Para que um cuidado em Saúde do Trabalhador seja possível de ser constituído de modo concreto, é fundamental o envolvimento de inúmeros atores do corpo social que

busquem articular as mais diversas e complexas demandas que se referem ao sujeito trabalhador contemporâneo. A construção de uma prática, neste sentido, depende do envolvimento de movimentos sociais, instituições e órgãos públicos gestores de tais políticas. Assim, será possível atender as necessidades dos usuários-trabalhadores que vivenciam situações de sofrimento psíquico em seu cotidiano de trabalho.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo tem como intuito apresentar o delineamento metodológico do processo de construção da tese e, especialmente, a descrição das atividades realizadas no campo. A metodologia aqui apresentada tem como referência base a Psicodinâmica do Trabalho, mesmo que não tenha ocorrido nos moldes *strictu sensu*, conforme será detalhado no decorrer desta escrita.

A escolha pelos recursos metodológicos descritos a seguir se deve a uma análise *à priori* tanto do campo a ser investigado, quanto em relação a outras vivências no âmbito da pesquisa relativas à saúde e trabalho. É importante frisar, que não é só o desejo do pesquisador que deve ser levado em conta no contexto da pesquisa junto aos sujeitos investigados. É necessário estar atento ao que o campo demanda e quais são as possibilidades, mesmo que limitadas, no que diz respeito ao encontro com o outro, sejam pessoas, sejam as instituições.

Desse modo, pensou-se em uma metodologia possível: que permitisse experienciar aspectos importantes para a construção da pesquisa e assim atingir os objetivos da tese, ao mesmo tempo em que possibilitasse a expressão daquilo que os sujeitos investigados considerassem significativos diante da complexidade do trabalho em saúde. Por isso, pode-se pensar que a metodologia é eleita de forma coletiva em que o contexto da investigação também irá orientar quais os instrumentos e elementos possíveis estarão presentes no campo de análise e intervenção. Portanto, não é uma escolha exclusiva dos pesquisadores e nem tão somente dos sujeitos participantes.

A pesquisa é um processo entendido como básico nas ciências de modo geral, buscando construir a realidade, sendo por meio dela que o ensino avança e se renova a partir de perspectivas atuais percebidas pelo processo investigativo (MINAYO, 1993). O que move o desejo de pesquisar é a dúvida, aquilo que de alguma forma produz questionamento diante de um problema específico.

Para Gil (2012, p. 26) a pesquisa pode ser definida como “[...] o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico”. O objetivo primordial dos estudos

investigativos é buscar respostas para problemas a partir do uso dos procedimentos legitimados pela ciência. Nesse sentido, a pesquisa social se volta a utilizar a metodologia científica com o intuito de obter novos conhecimentos ligados à realidade social, o que está de acordo com os objetivos deste processo investigativo. Envolve todos os aspectos relativos aos indivíduos e suas múltiplas relações com outros sujeitos e as instituições sociais.

A pesquisa foi iniciada a partir de um levantamento bibliográfico, que busca estabelecer o marco teórico e o sistema conceitual da tese. Esta etapa foi desenvolvida basicamente por meio de levantamento e organização de materiais já elaborados na área, formado especialmente por livros e artigos científicos tidos como referências no campo estudado (GIL, 2012).

Posteriormente foi desenvolvida a entrada no campo, composta pela observação e pela pesquisa *in loco*, que foi devidamente registrada em um diário. A observação foi participante, também conhecida como ativa e se refere a uma participação real na vida da comunidade, grupos, situações e instituições. Nesta modalidade de observação o pesquisador assume, até certa medida o papel de membro do grupo ao qual dedica sua investigação (GIL, 2012).

A pesquisa de campo diz respeito a um modo de investigação que tem como objetivo conseguir informações e conhecimentos sobre um determinado problema para o qual se busca obter uma resposta, ou confirmar uma hipótese e até mesmo descobrir novos fenômenos (LAKATOS; MARCONI, 2010). Para Gonsalves (2001), a pesquisa de campo visa buscar a informação juntamente à população estudada, exigindo do pesquisador um encontro mais direto. Sendo assim, se faz necessário que aquele que pesquisa vá ao encontro do espaço em que o fenômeno ocorre ou ocorreu e agrupe as informações relevantes para a documentação.

Ainda relacionada a pesquisa de campo, conforme a proposta específica da Clínica do Trabalho – Psicodinâmica do Trabalho, pode-se fazer referência à pesquisa-ação ou pesquisa-intervenção (HELOANI; LANCMAN, 2004). Essa abordagem diz respeito à não neutralidade do pesquisador em relação ao campo pesquisado. Preocupa-se com as interações que acontecem entre os atores envolvidos no processo de pesquisar (investigador e investigado) com o intuito de transformar o meio e ser transformado por este (DEJOURS, 2004).

[...] as mudanças não são apenas efeitos paralelos da pesquisa científica, registrados para memória ao final da avaliação e da validação dos trabalhos. Em psicodinâmica do trabalho, as mudanças eventualmente suscitadas pela pesquisa implicam o engajamento da responsabilidade do coletivo dos trabalhadores até mesmo na ação em si, pois estamos tratando do sofrimento (DEJOURS, 2004, p. 89).

Em relação à abordagem do problema, foi realizada uma pesquisa qualitativa que, para Minayo (1993), responde a questões muito específicas pois se volta à um nível de realidade não quantificável, trabalhando assim com “[...] um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (p. 21-22).

Sendo assim, a partir desta apresentação inicial, o capítulo seguirá detalhando o percurso metodológico construído para a elaboração desta tese que teve como base fundamental a Metodologia em Psicodinâmica do Trabalho, associada a outros recursos metodológicos, especialmente na fase da pesquisa propriamente dita, em que se fez uso de entrevistas individuais, além de entrevistas coletivas para desenvolver a etapa essencial do levantamento de informações. Ademais, se propõe, para além de uma intervenção no coletivo, um método de análise coletivo, conforme apresentado neste capítulo.

4.1 PROPOSTA METODOLÓGICA DA CLÍNICA EM PSICODINÂMICA DO TRABALHO

A metodologia em Psicodinâmica do Trabalho busca dedicar-se àquilo que há de coletivo no campo de investigação relativo aos estudos sobre prazer e sofrimento no trabalho e todas as nuances que compõe esta complexa relação. Tem como foco os comentários verbais, emitidos pelos trabalhadores, que evidenciam a dinâmica entre o prazer e sofrimento, o que inclui a lógica da organização do trabalho, bem como as estratégias elaboradas para dar conta daquilo que faz sofrer no contexto produtivo.

Este método de pesquisa e intervenção foi construído na França por Christophe Dejourns a partir de suas experiências em intervenções em Psicopatologia do Trabalho nos anos

1980. A proposta inicial teórica e metodológica era fazer um levantamento sobre os diferentes tipos de transtornos mentais desenvolvidos por categorias de trabalho específicas. Entretanto, Dejours, com sua pesquisa, acabou identificando porque, apesar das adversidades vividas no trabalho, os trabalhadores não adoeciam, mantendo assim a sua estabilidade psíquica. A partir disso, construiu o entendimento sobre as estratégias defensivas elaboradas em contextos de sofrimento. Após diversos experimentos e passados sete anos de formulações e reformulações, uma primeira metodologia em PdT foi considerada consistente (DEJOURS, 2008a, 2008b).

A proposta de intervenção em PdT *strictu sensu* ocorre em diferentes momentos sendo os três principais: pré-pesquisa, pesquisa propriamente dita e validação e refutação. A seguir serão detalhados os procedimentos realizados nesta pesquisa em comparação à metodologia francesa (DEJOURS, 2008b).

Ainda associado as premissas da PdT, Mendes e Araújo (2011) referem que a Clínica do Trabalho deve ser composta por cinco dispositivos, sendo eles: a demanda, a elaboração e perlaboração, a constituição de laços afetivos, a interpretação e a formação clínica. Estes elementos qualificam o fazer do clínico, aproximando-o da proposta relativa a uma escuta daquilo que faz sofrer no trabalho. Também ressalta o desejo daquele que intervém, já que implica em um envolvimento com as questões sociais e culturais do trabalho. Essa clínica é, em si mesma, passível de uma elaboração sempre inacabada, sempre por-vir, por isso se diz dela como provisória e em construção e não metodologicamente fechada.

[...] as intervenções em Psicodinâmica do Trabalho têm por objetivo lutar contra a alienação psíquica e social, por meio da palavra, para suscitar mudanças na organização do trabalho. Fazem a difícil pergunta das patologias do trabalho, onde a palavra não só é impedida por mecanismos de repressão social: é também o seu poder de simbolização do real que é posto em xeque (PÉRILLEUX, 2015, p. 51).

É relevante frisar que nesta tese está descrita a metodologia adotada, o que significa uma adaptação da PdT *strictu sensu* à realidade brasileira e, mais especificamente, às demandas do campo pesquisado. Isso se deve à necessidade, enquanto pesquisadores, de se perceber sensivelmente aquilo que é possível em um determinado contexto e não apenas se reproduzir uma metodologia sem que haja uma reflexão. É importante que, antes de se atentar à rigidez metodológica, se possa ter um espaço de criação, o que não acontece sem a interferência daquilo que o campo nos convoca e aponta como possível.

A seguir será detalhada as etapas da pesquisa, bem como o seu desenrolar, sendo essas: a pré-pesquisa; a pesquisa; a análise e interpretação, a validação e as considerações éticas.

4.1.1 Pré-Pesquisa

Conforme a metodologia da PdT, a pré-pesquisa é o momento de preparação para as demais fases que ocorrem a seguir, em diferentes tempos. É quando a demanda é levantada, construída e analisada pelo pesquisador e grupo do qual faz parte (DEJOURS, 2008b).

Dejours (2008b), elenca diversos objetivos que devem ser levados em consideração neste primeiro momento de pesquisa, a saber: reunião de informações sobre o processo de trabalho, o que inclui um levantamento documental; acesso às instituições que serão investigadas, bem como aos seus representantes para que se possa ter uma ideia geral, *à priori*, do que poderão abordar os trabalhadores na fase seguinte da pesquisa; um levantamento sobre a organização do trabalho, entendida neste momento como a organização real, o que envolve a história, a dinâmica e as contradições presentes ao longo das transformações ocorridas no contexto de trabalho.

A pré-pesquisa aqui foi desenvolvida desde as aproximações com o campo, antes mesmo de se iniciar os contatos formais. Isso ocorreu desde o momento que se propôs o tema de pesquisa, incluindo reuniões, contatos iniciais com as instituições envolvidas, colegas e profissionais que poderiam se interessar a fazer parte deste estudo. Além disso, todas as reuniões das quais participaram os pesquisadores que compõe o Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho, vinculado ao Programa de Pós-Graduação do qual esta tese é proveniente, foram fundamentais na construção de elementos da pré-pesquisa, bem como no sentido de promover discussões sobre a temática abordada.

Também foram necessários alguns encontros com gestoras da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, bem como conversas informais com serviços de saúde e profissionais ligados a estes locais. Essas reuniões tinham como intuito afinar a proposta de intervenção às possibilidades dos serviços e trabalhadores que compuseram este estudo, explicitando os

objetivos desta investigação bem como qual seria o envolvimento das instituições e profissionais contatados.

Além disso, foram desenvolvidas pesquisas documentais e bibliográficas a respeito do Sistema Único de Saúde e das políticas públicas que, de alguma forma, abordem as questões relativas a saúde mental e a saúde do trabalhador (BRASIL, 2002, 2011a, 2012; PEREZ, BOTTEGA, MERLO, 2017). Também buscou-se conhecer a história dos serviços e como se procedem os fluxos no processo de trabalho em saúde, consultando, além dos trabalhadores, informações na rede mundial de computadores em sites das instituições.

A observação do campo, suas possibilidades, limites e contradições é considerada uma etapa extremamente crucial da pesquisa. Nela se pôde constatar, com o auxílio de anotações realizadas no diário de campo, as dificuldades para acessar e mobilizar os trabalhadores para a participação na pesquisa, bem como sobre as dificuldades relativas a liberação da pesquisa pelas instituições responsáveis, o que resultou numa espera e tentativas de negociação que perduraram em torno de cinco meses.

O diário de campo é uma ferramenta potente e bastante utilizada para fins de registro de dados, geralmente nas pesquisas qualitativas das ciências sociais e da saúde que fazem uso da observação. Esta técnica de pesquisa possibilita a apreensão da complexidade dos fenômenos relacionados a pesquisa, revelando detalhes significativos para o conhecimento de uma determinada realidade que somente a interação social com os participantes dos estudos possibilita (FRIZZO, 2010).

Todas as ações descritas na pré-pesquisa favorecem o entendimento do campo analisado e são essenciais para o bom andamento das demais etapas da investigação, proporcionando uma melhor compreensão daquilo que é exposto de maneira direta durante a execução da pesquisa propriamente dita.

4.1.1.1 Construção e Análise da Demanda

Durante a pré-pesquisa também se lança um olhar cuidadoso para as questões relativas às demandas de pesquisa e intervenção. Há uma importante diferenciação entre o que é comumente endereçado aos clínicos do trabalho na França e aquilo que é elaborado juntamente com os trabalhadores no Brasil.

Para Dejourns (2008b, p. 107), “uma demanda não formulada pelos interessados não poderia ser atendida”, entretanto esta observação se refere ao contexto francês, onde é plausível o fato de demandas sociais serem formuladas pela população à qual se endereça a pesquisa. Dadas as diferenças geográficas, culturais, sociais, econômicas, históricas e políticas, no Brasil considerar este requisito como ponto elementar de pesquisas e intervenções no campo da Saúde e do Trabalho quase que invalidaria as possibilidades de desenvolvimento de investigações como esta. Isso se deve aos marcos sócio históricos do trabalho e do acesso à direitos básicos e/ou fundamentais no Brasil que tem na sua evolução a escravidão e a relação de trabalho que os imigrantes construíram no país como importante fatores que caracterizam, ainda na atualidade, relações de submissão e sujeição fortemente presentes.

É válido salientar que no Brasil o acesso ao ensino superior e as informações dele provenientes não são acessíveis as pessoas e instituições de uma maneira igualitária e satisfatória. Isso faz com que não haja uma disseminação do conhecimento de modo geral, o que inclui as informações a respeito das profissões e suas respectivas possibilidades de atuação. Dito isso, pode-se refletir sobre a prerrogativa francesa de que a demanda deve partir dos trabalhadores. Desse modo fica o questionamento: quais são as condições ofertadas aos trabalhadores para que estes considerem a intervenção da psicologia enquanto Clínica do Trabalho como instrumentos de reflexão e ação no contexto do trabalho? Quais são os caminhos que a demanda deve percorrer para partir dos trabalhadores e chegar aos pesquisadores? Percebe-se, por meio das vivências possibilitadas pela pesquisa, que não há um conhecimento suficientemente mínimo para se considerar, de maneira generalizada, uma possível intervenção nos moldes da PdT em um contexto do trabalho brasileiro.

Sendo assim busca-se aqui explicitar a demanda construída conjuntamente com os trabalhadores e instituições envolvidas. Tem-se como intuito demonstrar que a elaboração parte sim do pesquisador, porém a partir de um olhar para o outro, não sendo, desse modo,

apenas um desejo de intervenção descompromissado com as particularidades locais e os sujeitos envolvidos.

Dejours (2008b) aponta que desde o início das conversas sobre a execução da pesquisa, as questões relativas da demanda precisam ser esclarecidas, pensando especialmente sobre quem, o que e a quem ela se dirige. O trabalho a ser feito deve “limitar-se à análise de situações, enquanto suas soluções concretas são da esfera exclusiva de seus atores” (DEJOURS, 2008b, p. 114).

Pesquisas desenvolvidas tradicionalmente pelo Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho, seguindo as prescrições da metodologia em PdT *strictu sensu* (BAIERLE; MERLO, 2008; BOTTEGA, MERLO, 2010; CASTRO, MERLO 2011) demonstram a importância de se discutir com o grupo de trabalhadores a proposta de estudo, avaliando a real necessidade junto a eles da intervenção inicialmente sugerida pelos clínicos pesquisadores. Isso se deve ao olhar técnico daquele que propõe a pesquisa construído a partir de um levantamento teórico e de campo, em um sentido amplo, sobre as problemáticas de uma dada categoria e/ou instituição de trabalho.

Assim, afirma-se que esse modo de desenvolver as pesquisas sociais e institucionais, e mais especificamente, voltadas as questões clínicas do trabalho no Brasil, pode ser compreendida como uma demanda, mesmo que indiretamente, dos trabalhadores. Se não é originada naquele meio propriamente dito, é validada a necessidade de sua existência já nas primeiras conversas com os participantes, antes mesmo de se iniciar a pesquisa de fato. Posteriormente, quando as entrevistas individuais e coletivas foram realizadas e, a partir disso, o que se evidencia especialmente no capítulo 4 Análise e Discussão dos Resultados, também é possível confirmar a necessidade e relevância desta investigação, a partir dos comentários verbais dos trabalhadores.

Dessa maneira, nesta pesquisa a demanda surge inicialmente da experiência prática da pesquisadora como psicóloga em sindicatos, onde desenvolve um trabalho voltado para a escuta do sofrimento dos trabalhadores, tanto por meio da dimensão individual, quanto grupal. A partir dessa escuta se passou a questionar sobre o fato dos trabalhadores em sofrimento e em adoecimento estarem sendo acolhidos no sindicato, apesar de existirem políticas públicas de saúde do trabalhador e saúde mental vinculadas ao SUS que preconizam

atribuições relativas a este cuidado. Neste sentido, se iniciou algumas tentativas de encaminhamento para a rede de saúde local, entretanto não se obteve uma significativa resposta já que muitos trabalhadores encaminhados acabavam não sendo acolhidos, na sua demanda sobre sofrimento no trabalho, nos serviços públicos de saúde. Neste sentido, buscou-se desenvolver esta investigação ligada ao doutorado para buscar compreender o que acontecia nesse “entre”: aquilo que está prescrito nas políticas e aquilo que se desenvolve enquanto práticas de cuidado em saúde mental dos trabalhadores.

Ademais a pesquisa de Bottega (2015), aponta para a construção de uma Linha de Cuidado em Saúde Mental do Trabalhador e da Trabalhadora no formato de Clínica do Trabalho para inserção junto ao SUS, já que também observou um certo “não-lugar”, onde se encontram as pessoas que sofrem e adoecem em função do seu trabalho. Do mesmo modo, esta tese pretende dar continuidade àquilo que foi observado durante a pesquisa de doutorado da referida autora, porém enfocando a perspectiva dos profissionais da saúde.

Foi possível observar também na execução do projeto intitulado “Proposta para construção de rotinas de atendimento em saúde mental e trabalho em pacientes atendidos na rede do Sistema Único de Saúde” vinculado ao Ministério da Saúde que há uma grande dificuldade na atuação de profissionais de saúde em relação as demandas dos trabalhadores que apresentem uma sintomatologia ligada ao trabalho. No Brasil existem apenas ações isoladas e que não respondem significativamente à necessidade da população a qual se destina. Como resultado deste projeto, se elaborou um livro e uma cartilha destinada aos profissionais da saúde e que tem o intuito de disseminar informações essenciais para as práticas no âmbito da saúde mental dos trabalhadores (MERLO, BOTTEGA, PEREZ, 2014a; 2014b).

Sendo assim, a partir de tais etapas e elementos foi possível construir a demanda junto aos trabalhadores investigados que puderam então trazer para discussão questões relativas ao modo como o trabalho se organiza e como isso pode produzir sofrimento no seu trabalho e no cuidado com o outro. Também possibilitou o conhecimento dos fluxos e percursos realizados (ou não) pelos sujeitos adoecidos pelo trabalho. A seguir, então, parte-se para a organização do grupo de pesquisadores e outros delineamentos da pesquisa propriamente dita.

4.1.1.2 Grupo de Pesquisadores

A formação do grupo de pesquisadores se refere a uma etapa da pesquisa que é fundamental para as discussões e análise das informações construídas junto ao grupo de trabalhadores. Diz respeito, assim, às pessoas que são responsáveis por colaborar com a análise do pesquisador responsável. O grupo de pesquisadores também pode se envolver na função de auxílio na execução da pesquisa, como a participação nos grupos e entrevistas coletivas junto ao campo de investigação.

Nesta pesquisa as pessoas que atuaram ativamente e compuseram o grupo de pesquisadores totalizaram dez pessoas, além da pesquisadora responsável, sendo elas: dois médicos do trabalho, sendo um deles coordenador do grupo de pesquisa; e oito psicólogos, sendo estes, uma doutora, três doutorandas, uma mestre e três mestrandos. Todos eles possuem ou estão em formação em níveis de mestrados e doutorado em Psicologia Social e Institucional, com o enfoque no campo da Psicodinâmica do Trabalho e Saúde do Trabalhador.

O grupo participou desde a construção do objeto de pesquisa, passando por discussões teórico práticas acerca da demanda e demais questões suscitadas pelo campo de análise. Além disso, alguns membros colaboraram ativamente auxiliando nas entrevistas coletivas e na análise do material de pesquisa, conforme será detalhado a seguir, realizando o que chamamos de análise cruzada dos pares.

4.1.2 Pesquisa

O momento da pesquisa propriamente dita se inicia quando, de alguma forma, dada as particulares diferenciações, a demanda é acolhida pela instituição e/ou grupo de trabalhadores, foco da pesquisa. Ocorre após as negociações com o campo e as devidas combinações sobre o andamento da pesquisa.

Para Dejours (2008b), nesta etapa os pesquisadores colocam-se como especialistas em Clínica do Trabalho frente aos trabalhadores, sendo que a intervenção proposta não é essencialmente igual àquela de um psiquiatra ou psicólogo e sim de um pesquisador que

buscar compreender o elo entre o trabalho e a produção de sofrimento naquele contexto. Também é explicitado o tema da pesquisa para que se possa transcorrer o diálogo com os participantes, construindo assim o entendimento daquilo que é debatido.

A metodologia em PdT *strictu sensu* prevê a realização de diversos encontros com os trabalhadores sujeitos da pesquisa em um local preferencialmente identificado com o trabalho que estes desenvolvem. Estes grupos não precisam contar com os mesmos participantes em todas as edições, já que o foco está no enunciado coletivo e não individual. Possui uma variabilidade de encontros que é definida conforme o esgotamento das questões que norteiam os objetivos da pesquisa, bem como a disponibilidade dos participantes (DEJOURS, 2008b).

Nesta etapa da pesquisa, especialmente, a construção das informações foi realizada junto ao grupo de pesquisadores que partiu da observação e contou com a realização de entrevistas individuais e entrevistas coletivas. Como procedimento de campo foi agendado previamente via e-mail ou via telefone, definido horário e local específico para a realização dos encontros. A participação na pesquisa foi feita de forma voluntária, sendo que antes de realizar as entrevistas, tanto individuais quanto coletivas, foi apresentado e posteriormente entregue a cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), em que estes puderam então conhecer os objetivos do estudo, assim como os procedimentos éticos, envolvendo a questão do sigilo, optando por consentir ou não em ser sujeito desta investigação. No documento entregue aos participantes estavam especificadas as informações dos pesquisadores, bem como a entidade responsável por ela, a importância do sigilo e da ética mantida para com todos os participantes em todas as etapas da pesquisa, conforme a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Após a realização das entrevistas individuais foi proposto aos participantes a realização de entrevistas coletivas em seus locais de trabalho, buscando então discutir a relação entre saúde mental e trabalho. A proposta inicial era distribuir e discutir o conteúdo referente a Cartilha “Atenção ao Sofrimento Psíquico do Trabalhador e da Trabalhadora – Cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde - SUS” (MERLO; BOTTEGA; PEREZ, 2014). Entretanto, nesta etapa perebeu-se a necessidade de oferecer um espaço de escuta e fala para os

profissionais da saúde antes mesmo de abordar o conteúdo do material indicado, conforme justificado na análise e discussão desta tese.

O aspecto central da pesquisa em PdT é essencialmente as questões coletivas levantadas pelos trabalhadores. Problemáticas de ordem individual surgem nesta fase e não convém, nesta proposta, “tratá-las” pois as demandas individuais estão teoricamente deslocadas em relação aos objetivos da pesquisa, já que o que se focaliza é aquilo que é comum e compartilhado pelos participantes. “O alvo da pesquisa é a postura do *coletivo* no trabalho e os efeitos da ocultação dos sistemas defensivos coletivos sobre o sofrimento e, além disso, sobre o modo de ação da organização do trabalho e seus efeitos perversos para com a saúde psíquica” (DEJOURS, 2008b, p. 112-113).

Nesta pesquisa se fez uso de entrevistas individuais e coletivas para se aproximar da dimensão do vivido pelos profissionais da saúde pois a proposta de desenvolver grupos com maior número de encontros, sempre com o mesmo grupo de trabalhadores (mesmo tendo variações entre si), conforme proposta da PdT não era uma possibilidade percebida nas negociações com o campo. Isso ocorre em função da dificuldade que as pessoas, cada vez mais, têm de parar o seu trabalho para pensar nele, ainda mais de modo coletivo, fato que estará presente na análise e discussão dos resultados. Pensar sobre o trabalho cada vez menos tem sido visto como uma das atividades do trabalhar. Os espaços de reflexão estão sendo substituídos por espaços de ações muitas vezes esvaziadas de sentido também no trabalho em saúde.

Desse modo é importante salientar que, independente da técnica disparadora, o olhar voltado para interpretação e análise sempre se pautou para as dimensões coletivas. Mesmo quando se propôs uma discussão para uma única pessoa, em entrevistas individuais não se deixava de lado o fato desta estar inserida em um coletivo do trabalho. E sendo assim, se justifica o uso da metodologia em PdT como ferramenta teórica e metodológica desta pesquisa.

A seguir serão detalhados os elementos que compõem esta fase na investigação, a saber informações sobre o material da pesquisa, entrevistas individuais e coletivas, caracterização dos participantes e a observação clínica.

4.1.2.1 Material da Pesquisa

O material da pesquisa se refere àquilo que se tem como produto do trabalho de campo, extraído das discussões produzidas pela pesquisa. “A extração é realizada a partir do que foi dito, sobre o que pôde ser reconhecido como o ‘discurso’, em outros termos, daquilo que é uma formulação original, viva, engajada e subjetiva do grupo de trabalhadores” (DEJOURS, 2008b, p. 116). Se refere às vivências originais, vivas, engajadas e mesmo subjetivas dos trabalhadores.

Fundamentalmente o material da pesquisa é constituído pelos comentários verbais dos trabalhadores que está centrado na vivência subjetiva o que inclui percepções, as hipóteses, interpretações e observações da dinâmica subjetiva do trabalho. Desse modo não está aqui em jogo a “realidade” dos fatos, nem mesmo a descrição fidedigna que os trabalhadores fazem de suas atividades (dimensões físicas e cognitivas). “O comentário seria, de alguma maneira, a formulação da atividade de pensar dos trabalhadores sobre sua situação” (DEJOURS, 2008b, p. 117).

Além disso, o registro das observações em diário de campo também constitui um elemento acessório de análise, onde foram apontadas as percepções da pesquisadora, para além daquilo que foi dito pelos pesquisadores, facilitando a fase posterior de análise e interpretação do material de pesquisa. O diário de campo, tem como objetivo apreender as informações e a vivência como pesquisadora de forma mais fidedigna possível (FRIZZO, 2010).

Neste estudo teve-se então como material de pesquisa, dadas as dificuldades para se delimitar, conforme apontado por Dejours (2008b), as transcrições das entrevistas individuais e coletivas, centrando nos comentários verbais, além dos registros do diário de campo, obtidos a partir da observação. Em resumo pode-se dizer que o material de pesquisa, referente as transcrições das entrevistas individuais e coletivas geraram um documento composto por 357 páginas que foram minuciosamente analisadas.

Assim sendo na análise buscou-se correlacionar e confrontar os elementos trazidos tanto nas entrevistas individuais e coletivas, quanto na percepção da pesquisadora, passando também pelo apoio do grupo de pesquisadores e pelo método de análise cruzada que será detalhado adiante ainda neste capítulo.

4.1.2.2 Entrevistas Individuais

A entrevista é um procedimento utilizado na pesquisa social com o intuito de aprofundar um tema referente a uma problemática social abordada (LAKATOS; MARCONI, 2010). Também pode ser entendida como um encontro entre duas pessoas com o intuito de que uma delas tenha obtenha informações a respeito de um determinado tema (RAMPAZZO, 2002).

As entrevistas individuais tinham caráter semi-estruturados. Essa abordagem consiste em um conjunto de perguntas que são previamente elaboradas, mas que poderão ser alteradas ao logo da entrevista, incluindo ou suprimindo questões de acordo com a necessidade. O roteiro de entrevista foi composto por questões iniciais sobre os participantes e posteriormente sobre aspectos relativos ao trabalho relacionados aos objetivos da pesquisa. As informações básicas se referiam a idade, gênero, formação, e demais informações sobre o cotidiano de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador. Ao todo foram elaboradas, previamente, nove perguntas referentes a dados gerais e nove perguntas sobre a temática, que estão descritas na integra no Apêndice B.

A amostragem, inicialmente, foi selecionada de modo intencional, ou seja, nesta modalidade o pesquisador está interessado na opinião, ação ou intenção de um determinado grupo da população, mas não representativo dela. O pesquisador busca informações junto àqueles que, no seu entender, desempenham um papel relevante em relação ao tema abordado (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Após os primeiros contatos com algumas participantes, contatadas intencionalmente fez-se uso da técnica de pesquisa chamada de Bola de Neve (*Snowball*). Esta constitui na indicação de um entrevistado para outro (ou outros) e este, por sua vez faz novas indicações (VINUTO, 2014). Isso ocorre até o momento em que se percebe a saturação das informações, ocorrida quando os dados sobre o tema pesquisado já foram registrados de modo suficiente, de maneira que estes respondam aos objetivos estudados.

As entrevistas individuais foram conduzidas pela pesquisadora conforme disponibilidade dos participantes, preferencialmente nos locais de trabalho dos mesmos. Foram agendadas via email ou telefone previamente. Optou-se por esta modalidade de

construção de informações dadas as características da pesquisa e limitações impostas pelo campo, sendo esta a possibilidade de entrar em contato com os trabalhadores e, posteriormente, dar seguimento às outras etapas da pesquisa. Ao todo foram entrevistados na modalidade individual quinze profissionais da saúde que atuavam junto aos serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde localizados no Rio Grande do Sul, sendo a maioria pertencentes a municípios de Porto Alegre e Região Metropolitana.

As entrevistas tiveram uma duração que variou de 32 minutos a 1 hora e 20 minutos, o que gerou uma média de 51, 3 minutos por entrevista. A caracterização dos participantes será melhor detalhada no Capítulo 3 Descrição dos Resultados.

As entrevistas fazem parte da abordagem qualitativa de pesquisa e tem como principal elemento a palavra. A partir dela busca-se expressar aquilo que está no meio social e na relação com seus atores. Abertura, flexibilidade, capacidade de observação, além de interação pesquisadores-pesquisados são elementos essenciais na investigação de caráter qualitativo composta por instrumentos que podem ser adaptados de acordo com a demanda da pesquisa (MINAYO, 1993). A entrevista é considerada um instrumento de levantamento de informações privilegiado já que tem como principal elemento a fala que revela as condições estruturais, valores, normas e a simbologia, transmitindo informações e representações de certos grupos que se localizam historicamente na sociedade e na cultura (MINAYO, 1993).

É também entendida como uma maneira de investigar o contexto social contribuindo para intervenções relativas às dificuldades do meio. Refere-se a um encontro entre duas pessoas com o intuito de construir um diálogo profissional a respeito de um determinado tema (MARCONI; LAKATOS 2003). A entrevista semiestruturada é assim nomeada por não ser totalmente aberta, assim como a entrevista despadronizada ou não estruturada, mas também por não possuir uma estrutura rígida como a entrevista padronizada ou estruturada. A modalidade utilizada nesta pesquisa é elaborada a partir de perguntas abertas que tem a função de guia de investigação. Nem sempre todas as perguntas elaboradas antecipadamente são feitas e, em alguns casos, dependendo do curso da entrevista, novas questões são elaboradas pelo pesquisador (MARCONI; LAKATOS 2003).

A entrevista não pretende se configurar como uma conversa neutra, mas sim voltada a compreender a vivência dos entrevistados. É uma técnica que faz uso essencialmente da

comunicação verbal, da escuta e do significado daquilo que é falado. Busca informações científicas inter-relacionando fatores objetivos e subjetivos presentes na fala dos sujeitos (MINAYO, 1993).

Após a realização das entrevistas foi entregue aos participantes entrevistados dois livros (um para ele e um para o seu local de trabalho) “Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: Sofrimento e Transtornos Psíquicos Relacionados ao Trabalho” (MERLO, BOTTEGA E PEREZ, 2014a) e cinco cartilhas “Atenção ao Sofrimento Psíquico do Trabalhador e da Trabalhadora – Cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde - SUS” (ANEXO A), (MERLO, BOTTEGA E PEREZ, 2014b). Esta ação teve como intuito disseminar as informações sobre a saúde mental dos trabalhadores, sendo então compartilhados com os colegas de trabalho e que, a partir disso, se pudesse vislumbrar novos modos de cuidado no contexto da saúde mental dos trabalhadores.

4.1.2.3 Entrevistas Coletivas

As entrevistas coletivas tiveram como objetivo proporcionar um espaço de discussão entre os participantes, no sentido de se construir e compartilhar coletivamente as reflexões proporcionadas pela pesquisa. Assim, os sujeitos da pesquisa puderam dividir suas ideias e ouvir o que outros pensavam, constituindo, desse modo, um espaço de fala e escuta localizado, como na maior parte das pesquisas em PdT, nos próprios ambientes de trabalho.

[...] as entrevistas coletivas são mais adequadas para investigar as vivências de prazer-sofrimento na medida em que os sujeitos compartilham um sentimento sobre o trabalho e sentem-se apoiados no grupo que também vivencia os mesmos sentimentos, além de serem atingidos um maior número de participantes em menor tempo (MENDES, 2002, p. 94).

A proposta inicial era desenvolver Rodas de Conversa juntamente com os trabalhadores dispostos a participar da pesquisa. Entretanto preferiu-se nomear entrevistas coletivas, pois, a partir do contato com os grupos, foi o que acabou se desenvolvendo, já que não se focou na cartilha e no caráter formativo da atividade e sim vivencial, a partir da necessidade que os grupos tinham de falar sobre si, seu trabalho e seu sofrer.

Após discussão em grupo entregou-se uma cartilha (MERLO, BOTTEGA E PEREZ, 2014b) para cada participante e dois livros (MERLO, BOTTEGA E PEREZ, 2014a) para cada serviço, assim como foi feito na entrevista individual. Essa ação teve como intuito disseminar as informações já compiladas por este material, com o objetivo de que essa discussão e reflexão possa não finalizar com o término da pesquisa e sim poder ser multiplicado junto àqueles que não participaram e ainda virão a compor os serviços.

Ao total foram realizadas quatro entrevistas coletivas, sendo que cada uma foi feita com uma equipe diferente. Estes grupos foram compostos por profissionais da saúde com diferentes áreas e níveis de formação. Os encontros foram realizados nos locais de trabalho/estudo dos profissionais da saúde. Referiram-se a dois grupos voltados a atenção especializada, um grupo atuante na atenção básica e um grupo de residência multiprofissional em saúde. Todos os grupos foram realizados no município de Porto Alegre-RS, entretanto havia pessoas que atuavam em outros municípios, inclusive fora do Estado, como estudantes residentes que estavam realizando um período de intercâmbio no Rio Grande do Sul (RS). Os serviços foram contemplados de acordo com a disponibilidade e o interesse das equipes. Foram realizados apenas um encontro com cada grupo, pois esta era a disponibilidade ofertada pelos participantes.

Ao total participaram 54 pessoas das entrevistas coletivas, sendo que foram 14 no primeiro grupo, 13 no segundo, 4 no terceiro e 24 no quarto grupo. Abaixo encontra-se uma tabela onde estes números podem ser visualizados de maneira mais expressiva. Todos os entrevistados que contribuíram com a pesquisa decidiram voluntariamente compartilhar suas vivências de trabalho que possibilitaram construir essa tese.

Tabela 1 – Número de participantes nas entrevistas coletivas

Nº	Entrevistas Coletivas	Participantes
01	Grupo 1	14
02	Grupo 1	13
03	Grupo 1	04
04	Grupo 1	23
Total		54 participantes

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações levantadas na pesquisa de campo (2017).

As questões que orientaram a discussão em grupo foram: o que levou vocês a escolherem trabalhar no campo da Saúde Pública/Saúde Mental?; O que vocês entendem por Saúde Mental e Trabalho? Há alguma relação entre esses dois campos? Qual é a relação?; Como vocês veem o atendimento no SUS em relação a demandas de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho? Vocês conhecem a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)? O que sabem sobre ela? Como vocês percebem a saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde? Como vocês percebem a saúde mental de vocês? Tais informações também se encontram no Apêndice C.

Vale ressaltar que o objetivo do roteiro orientador era sugerir algumas possibilidades para fomentar a discussão e não engessar as trocas. Para além do que estava programado, o partilhamento de ideias foi ocorrendo e, a partir disso, foram se apresentando novas perguntas, nos moldes da entrevista semi-estruturada, que tiveram o intuito de aprofundar e compreender a vivência dos trabalhadores, tendo como base os objetivos da tese.

Desse modo, pode-se entender que as entrevistas coletivas se referem a uma modalidade de construção de informações junto ao campo de pesquisa que tem um carácter essencialmente coletivo, como o próprio nome já mostra e que tem como principal característica a troca de vivências entre os trabalhadores. Além disso, permite uma construção conjunta das percepções sobre o trabalho, quando o discurso é sobre reflexões produzidas e compartilhadas.

É neste momento em que se evidenciam as contradições entre as ideias dos participantes, favorecendo o confronto das percepções de cada trabalhador. Assim, pode-se elencar o que há de comum, o que os une e o que os diferencia, atentando sempre quando se trata de pesquisas que tem como preceitos a PdT, o movimento do coletivo e não do âmbito individual. Sendo o interesse no conteúdo do coletivo, este é entendido como os profissionais de saúde atuantes no SUS. Considerou-se este momento da investigação como muito importante já que a partir dele, foi possível confrontar as percepções elaboradas a partir das entrevistas individuais.

Tanto na condução quanto na análise das entrevistas buscou-se um cuidado no sentido de preservar a identidade dos participantes, respeitando a escolha pelo local em que seria entrevistado, quanto pela sugestão das entrevistas coletivas. Todas as entrevistas,

individuais ou em grupo, foram gravadas e, posteriormente, transcritas para que a análise fosse feita de forma mais fidedigna possível, de acordo com o comentário verbal emitido pelos trabalhadores.

4.1.2.5 Observação Clínica

A observação clínica se constitui como uma etapa essencial para a elaboração e a discussão das pesquisas em PdT. Não se refere exclusivamente à descrição dos fatos, mas também daquilo que é percebido em um nível intersubjetivo que ocorre na relação entre pesquisadores e pesquisados, para além daquilo que é objetivo e subjetivo. Além de restituir os comentários dos trabalhadores, os articula na medida em que o pesquisador expõe o seu comentário subjetivo, inaugurando, desse modo, o movimento do pesquisar e construção da análise (DEJOURS, 2008b).

Para fazer este registro se faz importante o uso do diário de campo com o objetivo de anotar de modo mais fidedigno aquilo que se passou no movimento entre os pesquisadores e pesquisados. Para Minayo (1993), o diário é um instrumento que podemos recorrer em qualquer dinâmica de trabalho que se realiza. É onde podem ser colocados as percepções, angústias, questionamentos e todas as informações que se julgar necessárias para facilitar a compreensão dos fenômenos pesquisados, especialmente quando não podem ser registrados de outro modo. Quando mais enriquecido de detalhes for o diário, maior será a capacidade deste em auxiliar na elaboração da análise da pesquisa.

A escrita sobre a observação é realizada a partir do que foi pesquisado, em um momento posterior, assim que os encontros são encerrados, quando ainda seja possível resgatar os fatores significativos percebidos naquele momento. Essa modalidade de observação não é comparável a um relatório ou transcrição das falas. “A experiência mostra que, em psicopatologia do trabalho, o texto literal do que foi dito não permite a ilações de um trabalho rico em interpretações, ou de discussão”. (DEJOURS, 2008b, p. 121-122). Assim sendo, a narrativa comentada construída pelo pesquisador se torna um material muito mais rico para a discussão.

Trata-se, em realidade, de fazer com que as ideias, os comentários e as interpretações formuladas apareçam, bem como mostrar o que deixou de aparecer.

É um trabalho que consiste em revelar o fio condutor do pensamento do pesquisador no curso da pesquisa, e também os resultados dos contatos realizados com os trabalhadores (DEJOURS, 2008b, p. 122).

A observação leva em conta as falas dos trabalhadores, mas, para além disso, procura-se evidenciar o trabalho psíquico do responsável pela pesquisa, bem como os efeitos causados sobre as discussões que ocorrem no encontro com os participantes. Este elemento de pesquisa objetiva desvelar o encadeamento dos discursos envolvendo as idas e vindas na fala e na relação entre pesquisadores e trabalhadores (DEJOURS, 2008b).

O material da interpretação é uma observação comentada, já que o modo clínico de observar pode ser submetido à discussão em um grupo de pesquisadores, mesmo aqueles que não participaram da pesquisa diretamente. Para além da dimensão objetiva vivida pelos trabalhadores, tem-se como intuito apreender aqui o sofrimento, o prazer, o afeto, a experiência e tudo aquilo que compõe a dimensão subjetiva do trabalho, o que só pode ser alcançado por meio da subjetividade e na relação com o pesquisador (DEJOURS, 2008b).

Desse modo, os registros no diário de campo foram essenciais no sentido de proporcionar uma interligação entre o que os trabalhadores relatavam e o que a pesquisadora percebia. Esses elementos apontaram para os primeiros indícios da interpretação e análise dos resultados.

4.1.3 Análise e Interpretação

O sofrimento e o prazer são elementos essencialmente subjetivos, por isso não convém a proposta de objetivá-los. Tais fatores são percebidos tanto a partir dos comentários verbais emitidos pelos sujeitos da pesquisa, constituindo dados explícitos, quanto pela percepção e detecção do pesquisador, que é atravessado pela sua subjetividade sendo, portanto, informações implícitas e que passam, muitas vezes pelo não-dito (DEJOURS, 2008b).

O que se deve observar é a distância que existe entre o discurso dos trabalhadores e a experiência do pesquisador. O objetivo é dar forma ao que, para o pesquisador, em seu contato com os trabalhadores parece surpreendente, espantoso, incompreensível, doloroso, angustiante, agressivo em relação à experiência que ele tem com outros coletivos e que advém de sua prática clínica, individual, psiquiátrica em psicopatologia do trabalho em outras áreas (DEJOURS, 2008b, p. 124).

De qualquer modo o papel do pesquisador é ser um interlocutor e não um especialista distanciado, já que quem sabe sobre o trabalho são os trabalhadores. Essa posição faz com que seja possível uma abertura daquilo que é dito a respeito do prazer e sofrimento no trabalho, o que é passível de escuta e interpretação. Aquilo que é notado, exposto de forma clara aos trabalhadores, indica pistas de interpretação e formulação do vivido. Esse movimento é potente no sentido de permitir que os trabalhadores possam formular, com intuito de responder as observações do pesquisador, vivências que, antes disso eles mesmos não tinham percebido com clareza. Isso acontece no sentido de ter que pensar, refletir e formular aspectos do cotidiano, mas de modo elaborado para alguém que é de fora do contexto, o pesquisador (DEJOURS, 2008b).

A análise do material transcrito ocorreu com base na Psicodinâmica do Trabalho, a partir dos comentários verbais emitidos pelos participantes. O foco está voltado para a vivência dos trabalhadores pesquisados, não deixando de incluir também as impressões e registros dos pesquisadores envolvidos. A Psicodinâmica do Trabalho busca compreender a relação existente entre prazer, sofrimento e a organização do trabalho, buscando dar ênfase aos processos de transformação por meio da mobilização coletiva (DEJOURS, 2008b).

Desde o início o interesse deve se pautar em conhecer o comentário verbal dos trabalhadores, enfocando no conteúdo da sua demanda. Assim, o comentário verbal, emitido pelos sujeitos participantes, se configura como a matéria-prima que busca apreender a subjetividade dos trabalhadores. Por isso a Psicodinâmica do Trabalho não tem o intuito de desvendar a realidade dos fatos do trabalho em suas dimensões físicas e cognitivas e, nem mesmo, pela parte descritiva que os trabalhadores fazem sobre o seu próprio trabalho (DEJOURS, 2008b).

O foco está no conteúdo verbal emitido pelos trabalhadores participantes. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a ideia é que se destaque as temáticas mais relevantes, o que não significa necessariamente que isso se refira àquelas que aparecem com mais frequência, tendo como orientação os objetivos desta tese e uma análise qualitativa das informações levantadas.

Interessa muito mais como os sujeitos percebem o seu trabalho e suas dinâmicas, suas próprias versões do que a realidade em si (DEJOURS, 2008b). Assim sendo, pode-se afirmar

que a fala e a escuta remetem a riscos afetivos que aliadas a prática do clínico favorece a mobilização subjetiva e do coletivo de trabalho. A leitura da teoria, o conhecimento e reprodução da metodologia em PdT são insuficientes para um fazer clínico. A articulação entre teoria e prática da clínica, associada à interpretação proporciona segurança e apropriação do clínico na busca pela mobilização subjetiva dos coletivos de trabalho (MENDES; ARAÚJO, 2011).

Assim, o trabalho de pesquisa, na medida em que os encontros com os participantes acontecem, se avança no entendimento sobre o contexto do trabalho, por parte do clínico que conduz a intervenção, evolui e se aprofunda. Isso ocorre e faz com que algumas nuances do estudo que não se faziam questão *à priori*, passam a ser consideradas como pontos relevantes a partir da ênfase dada pelos comentários verbais dos participantes. Tal fato demonstra o caráter construtivo da pesquisa, já que o andamento desta é plenamente influenciado pelos trabalhadores ouvidos, os quais participam ativamente desta construção.

4.1.3.1 Análise Cruzada: Um Olhar do Grupo de Pesquisadores

Nesta pesquisa, além da colaboração rotineira realizada pelo grupo de pesquisadores, o que já está previsto na metodologia em PdT, os colegas pesquisadores foram convidados a analisar as entrevistas individuais e coletivas de um modo padronizado. Para realizar esta análise não se exigiu um olhar tão minucioso quanto aquele da pesquisadora responsável. A ideia era que se pudesse perceber aspectos relevantes, de um modo geral, que apareceram nas entrevistas, tanto individuais quanto coletivas.

Essa análise consiste na leitura do material transcrito na íntegra, buscando observar quais foram as temáticas relevantes apontadas pelos sujeitos participantes, bem como quais seriam os comentários verbais que poderiam ser destacados. Ao todo, oito pesquisadores membros do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho contribuíram nesta fase da pesquisa que ocorreu após a transcrição do material que havia sido inicialmente gravado em áudio.

Cada arquivo, o que se refere a cada entrevista individual ou coletiva, foi analisado por dois pesquisadores, sendo que os dados apontados foram sintetizados e organizados. O

conteúdo desta análise contribuiu na interpretação dos resultados da tese, fazendo com que tudo aquilo que está relacionado com os objetivos fosse abarcado na discussão das informações levantadas.

O objetivo desta proposta metodológica é buscar a análise coletiva das informações construídas junto aos trabalhadores sujeitos da pesquisa além de permitir um olhar amplo e compartilhado pela equipe de pesquisadores. Isso faz com que seja possível cruzar as percepções da pesquisadora principal com àquelas dos pesquisadores colaboradores, proporcionando uma análise cuidadosa do material levantando junto ao campo de pesquisa.

4.1.4 Validação

Para Dejours (2008b), a validação ocorre em duas etapas: no decorrer da pesquisa e ao final desta. Durante a pesquisa ela se dá quando o pesquisador emite elaborações e interpretações sobre o que tem percebido como notável e coloca isso aos sujeitos participantes durante as discussões. Neste momento os trabalhadores podem acrescentar informações e abrir novas possibilidades de interpretação, bem como aprofundamento do entendimento do seu fazer. É o que possibilita alguns desdobramentos da pesquisa, podendo também incluir refutações, surgindo assim novas contribuições para a análise.

Já a segunda etapa se passa em um segundo momento quando a pesquisa está praticamente encerrada. É quando se reúnem tanto aqueles que participaram ativamente da pesquisa, quanto os demais trabalhadores que estiveram distanciados. Neste momento apresenta-se uma síntese dos resultados, daquilo que foi observado e interpretado, podendo desencadear uma nova discussão acerca da organização do trabalho e da relação entre prazer e sofrimento. A partir disso também é possível haver algumas rejeições e novos ajustes no documento apresentado que a partir disso é encaminhado para elaboração final (DEJOURS, 2008b).

Nesta investigação a validação ocorreu no decorrer das entrevistas individuais, quando a pesquisadora expressava o seu entendimento sobre aquilo que era dito pelos trabalhadores entrevistados. Também foi possível apresentar algumas percepções organizadas a partir das

entrevistas individuais, especialmente, nas entrevistas coletivas, colocando tais elementos de interpretação para discussão com o grupo de trabalhadores e assim, validando também as análises anteriores.

Assim, este procedimento de pesquisa permite uma aproximação dos pesquisados com a pesquisa, já que a estes é permitido validar ou invalidar as informações que compõe o relatório. Isso faz com que estes participem ativamente da construção da análise, sendo protagonistas do trabalho e não meros espectadores. Esta proposta de validação realizada pela pesquisadora é analisada de modo detalhado em um dos itens da análise e discussão dos resultados da pesquisa, em que, por meio dos comentários verbais, foi possível evidenciar a validação da pesquisa intermediada pela perlaboração, elemento necessário para um fazer clínico também no contexto do trabalho.

4.1.5 Considerações Éticas

Dejours (2008b) nos lembra que quando pesquisamos, há, implicitamente alguns riscos com os quais podemos nos deparar durante o processo. Eles podem ser resumidos em três dimensões, sendo eles: a possibilidade de não encontrar nada; a possibilidade de não encontrar aquilo que era previsto e ainda; o risco de desestabilizar alguns fatores relacionados ao trabalho, o que pode ser relacionado a situações desagradáveis.

Antes de dar início à pesquisa, este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, via Plataforma Brasil. Somente após a aprovação do Comitê de Ética foi feita a entrada no campo e, a partir disso, contato com os possíveis participantes da pesquisa para viabilização deste estudo, quando foi formalizada a autorização, mediante o Termo de Consentimento Institucional (TCI) (APÊNDICE D). De acordo com a exigência do campo, este projeto também foi submetido ao Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre-RS.

Sendo assim esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE nº 48155315.0.0000.5334) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CAAE nº 48155315.0.3002.5338). É

importante salientar que todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi assinado e posteriormente entregue a pesquisadora.

O material das entrevistas individuais e coletivas, tanto as gravações quanto as transcrições, assim como as anotações dos diários de campo tiveram, junto aos participantes, a garantia de sigilo. Foi ressaltado que as informações seriam utilizadas somente com finalidade científica, conforme consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que os trabalhadores obtiveram informações sobre o objetivo da pesquisa e seu andamento. A partir da leitura deste documento poderiam então consentir ou não em participar da pesquisa, tendo a liberdade de interromper a sua participação a qualquer tempo da pesquisa. Em seguida foi solicitado a permissão para a gravação em áudio de suas falas. A gravação se faz necessária para que o material a ser analisado possa ser o mais fidedigno possível, facilitando assim a aproximação com a realidade dos pesquisados. As gravações foram descartadas após o material ser transcrito e este será arquivado pela pesquisadora que o manterá pelo período de cinco anos.

3 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

A escrita deste capítulo visa elucidar elementos relevantes para o entendimento posterior da análise e discussão dos resultados. Assim, busca trazer uma compreensão geral sobre o campo de intervenção, a caracterização das participantes, bem como o modo como as informações construídas nesta pesquisa foram organizadas ao longo da análise e discussão posteriores.

Sendo assim, este capítulo está dividido em “Caracterização do Campo de Intervenção”, onde está descrito brevemente, o que se considera o foco da pesquisa; “Caracterização das Participantes” em que é apresentada as principais informações sobre as entrevistadas tanto individualmente, quanto coletivamente. Além disso, na “Organização dos Resultados”, descreve o modo como as informações da pesquisa foram classificadas e analisadas, apresentando também o Quadro 7 que demonstra os objetivos da pesquisa associados aos eixos e sub-eixos organizados nesta tese.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE INTERVENÇÃO

O campo de análise é caracterizado, de modo ampliado, como o Sistema Único de Saúde brasileiro, enfocando especialmente nas políticas públicas de saúde do trabalhador e saúde mental, conforme abordado no primeiro capítulo da tese. O campo de intervenção refere-se aos serviços de saúde que fizeram parte desta pesquisa. Teve-se como participantes profissionais da saúde atuante em diferentes municípios do estado, tanto de Porto Alegre e Região Metropolitana quanto de municípios do interior. Desse modo, pôde-se entrar em contato com diferentes realidades de trabalho e variados modos de atuar junto ao SUS.

As trabalhadoras entrevistadas, tanto individualmente quanto coletivamente, estavam vinculadas à órgãos municipais ou estaduais. As visitas e reuniões prévias se deram junto a Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Coordenação

de Saúde Mental e Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial, Residência em Saúde, Oficina de Geração de Renda, entre outros. Esses momentos possibilitaram entrar em contato com a realidade das trabalhadoras de saúde, perceber suas condições de trabalho e realizar a aproximação com o campo.

Estes setores e serviços articulam diferentes políticas de saúde estão localizados em diferentes municípios do Rio Grande do Sul que não foram nomeados diretamente para que não houvesse possibilidade de identificação das participantes, preservando assim o anonimato das informações. A partir de visitas, observações e dos relatos das participantes pode-se entrar em contato com as instituições de saúde, suas regras, funcionamentos, potencialidades e fragilidades.

Considera-se que os sujeitos trabalhadores possuem diferentes maneiras de agir no âmbito do trabalho. No entanto, o que prevaleceu na escrita desta tese, fundamentada teórica e metodologicamente na Psicodinâmica do Trabalho são questões provenientes do coletivo.

Sendo assim, podemos dizer que esta pesquisa abarcou serviços de diferentes redes de atenção, tanto relativos à atenção básica, quanto a atenção especializada. Esta proposta de envolver diversos serviços está em consonância com o que orienta a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012), já que diferentes saberes, setores e níveis de atenção são necessários para dar conta da complexidade do campo da Saúde Mental e Trabalho.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Neste item a descrição das participantes é realizada com o intuito de demonstrar quem são as trabalhadoras que compuseram esse estudo. Assim como ressaltado na introdução desta tese, optou-se por referenciar essas pessoas no gênero feminino já que são elas, as mulheres, que atuam em número expressivo no contexto da saúde.

As participantes desta pesquisa são trabalhadoras do Sistema Único de Saúde do estado do Rio Grande do Sul. No momento da pesquisa desenvolviam suas atividades em serviços públicos de saúde estaduais ou municipais. A investigação foi composta por profissionais de diferentes áreas de formação. Não foram levadas em consideração questões socioculturais e de gênero na escolha das participantes, nem mesmo posições hierárquicas.

Para Dejours (2008b) os fatos não existem em si mesmo, desse modo, não há como serem coletados. Eles devem ser construídos com aqueles para quem se volta a pesquisa e a intervenção. Isso foi nitidamente perceptível nos momentos em que se realizou as entrevistas individuais e coletivas. Foi notado que, por se tratar de entrevistas semi-estruturadas, o momento de compartilhar informações foi evoluindo no sentido da compreensão da proposta da pesquisa, que também tinha como intuito a intervenção a partir das trocas e esclarecimentos sobre a temática. Além disso possibilitou que, sem deixar de lado os objetivos deste estudo, as participantes pudessem explorar o tema, percorrendo aquilo que também fosse essencial para elas de acordo com a temática discutida. Especialmente nas entrevistas coletivas, foi possível observar que as trocas entre as participantes demonstraram um crescimento na discussão e um melhor entendimento sobre como o trabalho pode afetar tanto a saúde mental dos próprios profissionais da saúde quanto dos usuários-trabalhadores atendidos.

Entretanto, é importante destacar que houve uma grande dificuldade para mobilizar os trabalhadores, em geral, a participarem da pesquisa. Muitas pessoas foram contatadas, de diferentes modos, sendo que uma grande parte não retornou os contatos ou informou que não teria interesse em participar da pesquisa. Isso ocorreu tanto nas proposições de entrevistas individuais quanto coletivas, fato que ainda não havia ocorrido em outras pesquisas das quais a pesquisadora participou. Essa dificuldade é pontuada aqui pois foi considerada além do que é comumente esperada.

É importante salientar que as participantes das entrevistas individuais possuem ensino superior completo, enquanto nas entrevistas coletivas também participaram profissionais sem ensino superior, como técnicos de enfermagem e pessoal da área administrativa. Isso se deve ao fato de que para compor as entrevistas coletivas toda a equipe foi convidada e, desse modo, não se restringiu o público participante, tendo como critério exclusivo o trabalho junto

a serviços do SUS e o desejo de fazer parte da pesquisa, não excluindo as pessoas que estavam motivadas a participar, mas não possuíam ensino superior. Tal decisão se embasa na ideia de que mesmo havendo a diferença dos níveis de formação e atribuições singulares de cada profissão, o fato da presença dos princípios de acolhimento humanizado, que perpassa todos os profissionais envolvidos no cuidado em saúde, faz com que seja possível que todos possam atuar ativamente no que diz respeito às questões de saúde mental dos trabalhadores-usuários.

É relevante destacar que ao final de cada entrevista individual foram entregues dois livros, um para o serviço e um para a entrevistada, (MERLO, BOTTEGA E PEREZ, 2014a) e cinco cartilhas que poderiam ser distribuídas para a equipe (MERLO, BOTTEGA E PEREZ, 2014b). Ao realizar entrevistas coletivas, também foram entregues os mesmos materiais para cada participante. Tais materiais possuem conteúdo que pode ser usado como apoio para a equipe em intervenções relativas a saúde mental dos trabalhadores. A proposta de realizar a entrega e uma breve explicação sobre o material está em consonância com as propostas da pesquisa-intervenção e os ideais deste estudo em promover reflexões e orientações a respeito da temática abordada.

Vale ressaltar que foram colocados entre parênteses o número de trabalhadoras correspondentes as informações descritas no decorrer deste item. Essa medida visa facilitar a compreensão e possibilita dimensionar as informações sobre as pessoas participantes da pesquisa.

Ao total participaram desta pesquisa 69 trabalhadoras e trabalhadores da saúde, sendo que todas as entrevistas individuais (15) e coletivas (4) foram conduzidas pela pesquisadora principal, que contou com a ajuda presencial de um integrante do grupo de pesquisa em uma das entrevistas coletivas. Entretanto, diversas pessoas contribuíram na análise e discussões acerca do material produzido no campo de pesquisa, sendo estes colegas do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho (LPdT/PPGPSI/UFRGS).

3.2.1 Entrevistas Individuais com Profissionais da Saúde

Com relação as entrevistas individuais, foi realizada a amostragem, inicialmente, por conveniência e, posteriormente, a partir da técnica da bola de neve, conforme descrito detalhadamente na metodologia. O único critério usado para selecionar as participantes foi o fato possuir curso superior e atuar há pelo menos 6 meses junto ao serviço, independente da complexidade, formação acadêmica, tipo de contratação e gênero. O critério de ter concluído o ensino superior se justifica pois fez parte da pesquisa entender o modo como as profissionais da saúde se constituíram e como fatores fundamentais nesse quesito está a educação superior formal e as suas práticas a partir dessa formação.

Ao total foram feitas 15 entrevistas, sendo que todas as participantes eram mulheres com idades entre 23 e 56 anos (média de 42,4 anos). O tempo de atuação como profissional da saúde na instituição de trabalho atual variou de 8 meses a 25 anos (média de 10,7 anos).

Todas as entrevistadas possuem curso superior na área da saúde com formações diversificadas sendo estas: Medicina (1), Psicologia (9), Serviço Social (1) e Terapia Ocupacional (3), sendo que uma entrevistada possuía a formação em Terapia ocupacional e Fisioterapia (1). A escolaridade variou entre graduação (1), especialização/residência profissional (10), mestrado (3) e doutorado (1).

Sobre o tipo de contrato de trabalho, 12 entrevistadas eram estatutárias, 2 residentes (contrato temporário) e 1 celetista. A carga horária semanal variou de 40 horas (7), 30 horas (5), 20 horas (1), sendo que duas entrevistadas eram residentes dedicavam-se a esta atividade durante 60 horas semanais (exigência referente a residência em saúde).

Todas as entrevistas individuais foram realizadas em um período de 4 meses. Durante a realização das mesmas foi solicitado às participantes que escolhesse um nome fictício, os quais se encontram no quadro 1, juntamente com o detalhamento das informações. Na análise e discussão dos resultados optou-se por não identificar os comentários verbais, já que o foco das pesquisas em Psicodinâmica do Trabalho são os elementos coletivos e não singulares da vida dos trabalhadores de uma determinada categoria ou instituição.

Quadro 1 – Caracterização das participantes: entrevistas individuais

Nome Fictício	Idade	Formação	Escolaridade	Local de Trabalho	Tempo	Contrato	Carga Horária
Luana	41	Terapia Ocupacional	Especialização	Hospital	5	Estatutária	40
Joana	52	Psicologia	Especialização	Equipe de Apoio Matricial	23	Estatutária	40
Lívia	56	Serviço Social	Especialização	Equipe de Apoio Matricial	25	Estatutária	40
Mariani	54	Psicologia	Especialização	Unidade Básica de Saúde	21	Estatutária	40
Rachel	53	Terapia Ocupacional/ Fisioterapia	Mestrado	Equipe de Apoio Matricial	13	Estatutária	40
Sofia	51	Medicina	Especialização	Unidade Básica de Saúde	16	Estatutária	20
Patrícia	43	Terapia Ocupacional	Especialização	Centro de Atenção Psicossocial	10	Estatutária	30
Bia	23	Psicologia	Graduação	Centro de Atenção Psicossocial / Oficina de Geração de Renda	8 meses	Temporário (Residente)	60
Camila	50	Terapia Ocupacional	Mestrado	Oficina de Geração de Renda	20	Estatutária	40
Laura	31	Psicologia	Mestrado	Coordenação Municipal de Saúde Mental	4	Estatutária	30
Mariana	37	Psicologia	Especialização	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	12	Estatutária	40
Manuela	29	Psicologia	Especialização	Núcleo de Apoio a Saúde da Família	3	Estatutária	30
Cecília	30	Psicologia	Especialização (Residência)	Gestão	1	Temporário (Residente)	60
Méry	55	Psicologia	Doutorado	Centro de Atenção Psicossocial	3	Estatutária	30
Paula	31	Psicologia	Especialização	Núcleo de Apoio a Saúde da Família	3	Estatutária	30

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações levantadas na pesquisa de campo (2017).

O fato de todas as participantes da pesquisa serem mulheres não foi um fator intencional da pesquisa, já que o contato com as entrevistadas foi se dando via técnica da bola de neve. Pensa-se que as pessoas que aceitaram contribuir com a pesquisa o fizeram em função da sua disponibilidade pessoal e interesse pela temática abordada, além de encontrar neste estudo um espaço de fala e reflexão.

3.2.2 Entrevistas Coletivas com Profissionais da Saúde

Após a realização de cada entrevista individual se propôs às participantes a possibilidade de participar de reuniões no serviço, para realizar entrevistas coletivas em seus respectivos locais de trabalho, junto à equipe. Esta proposta está em consonância com a pesquisa intervenção que desde o início orientaram a elaboração desta tese. Também se buscou sensibilizar essas trabalhadoras para uma escuta atenta ao sofrimento no trabalho que os usuários podem manifestar no acolhimento em saúde.

Ao total foram realizadas 4 entrevistas coletivas em 4 serviços diferentes. Optou-se por chamar de entrevistas coletivas ao invés de grupos, conforme denominado na metodologia em PdT (DEJOURS, 2008b). Isso deve-se ao fato de que foram realizados apenas um encontro com cada grupo de trabalhadores, não configurando o uso da metodologia *strictu sensu*.

As equipes que participaram desta etapa da pesquisa apresentam um caráter multiprofissional e contavam também com a presença de estagiários e residentes no momento em que foram feitas as discussões em grupo. Além de profissionais com ensino superior completo também se contou com a participação de toda a equipe técnica, o que inclui a participação de técnicos de enfermagem, saúde bucal, estagiários e pessoal da área administrativa.

Por entender-se o campo da Saúde Mental e Trabalho com um espaço híbrido, interdisciplinar e intersetorial, pensou-se ser apropriada a participação dos diversos atores envolvidos no acolhimento dos usuários do SUS. Além disso, a ideia foi marcar o caráter inclusivo desta participação, permitindo a fala e escuta de todas as pessoas interessadas em compartilhar reflexões e discutir sobre a saúde mental relativa ao trabalho.

A primeira entrevista coletiva foi realizada com profissionais da saúde que estavam atuando em diversos serviços de Porto Alegre e Região Metropolitana. Estes profissionais, estavam vinculados a uma residência multiprofissional em saúde. Ao total participaram 14 pessoas, sendo 9 mulheres e 5 homens. 10 entrevistados estavam cursando especialização (residência multiprofissional em saúde), 2 pessoas eram tutoras da residência, um participante atuava como oficinairo/ grafiteiro e um não se identificou. As profissões eram

diversas sendo elas das áreas da enfermagem (1), psicologia (6), educação (4), serviço social (2), artista/grafiteiro (1), sendo que um deles não identificou. 3 residentes estavam realizando estágio de intercâmbio no Rio Grande do Sul e eram vinculados à um programa de residência do estado do Ceará.

A entrevista 1 teve duração de 1 hora e 53 minutos. Abaixo, no quadro 2, encontra-se o detalhamento das informações referentes a primeira entrevista coletiva.

Quadro 2 – Caracterização das participantes: entrevista coletiva 1

Participantes	Profissão	Gênero	Instituição de Trabalho
Participante 1	Enfermeira	Feminino	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
Participante 2	Psicóloga	Feminino	Centro de Atenção Psicossocial Equipe de Saúde Mental e Matriciamento
Participante 3	Professora	Feminino	Tutora
Participante 4	Psicólogo	Masculino	Centro de Atenção Psicossocial
Participante 5	Assistente Social	Feminino	Tutora
Participante 6	Professora	Feminino	Centro de Atenção Psicossocial
Participante 7	Psicóloga	Feminino	Centro de Atenção Psicossocial Infantil Oficina de Geração de Renda
Participante 8	Professor	Masculino	Unidade Básica de Saúde Centro de Atenção Psicossocial
Participante 9	Não identificou	Masculino	Não identificou
Participante 10	Assistente Social	Feminino	Centro de Atenção Psicossocial
Participante 11	Psicólogo	Masculino	Residente em Saúde – Ceará (Intercâmbio)
Participante 12	Artista/Grafiteiro	Masculino	Projetos de arte e saúde
Participante 13	Psicóloga	Feminino	Residente em Saúde – Ceará (Intercâmbio)
Participante 14	Psicóloga	Feminino	Residente em Saúde – Ceará (Intercâmbio)

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações levantadas na pesquisa de campo (2017).

A segunda entrevista coletiva foi realizada em uma Oficina de Geração de Renda do estado do Rio Grande do Sul e contou com a participação de 13 trabalhadoras da saúde. A entrevista foi composta por mulheres em sua totalidade (13), sendo que 4 eram psicólogas, 1 assistente social, 4 terapeutas ocupacionais, 1 arte-educadora, 1 artista, 1 porteira (terceirizada) e 1 estagiária.

A duração da entrevista coletiva 2 foi de 1 hora e 16 minutos e antecedeu uma reunião de equipe que já estava programada anteriormente. Abaixo encontra-se a descrição das informações das participantes.

Quadro 3 – Caracterização das participantes: entrevista coletiva 2

Participantes	Profissão	Gênero	Instituição de Trabalho
Participante 1	Psicóloga	Feminino	Oficina de Geração de Renda
Participante 2	Assistente Social	Feminino	Oficina de Geração de Renda
Participante 3	Terapeuta Ocupacional	Feminino	Oficina de Geração de Renda
Participante 4	Psicóloga	Feminino	Oficina de Geração de Renda
Participante 5	Arte – Educadora	Feminino	Oficina de Geração de Renda
Participante 6	Psicóloga	Feminino	Oficina de Geração de Renda
Participante 7	Porteira	Feminino	Terceirizada
Participante 8	Artista	Feminino	Oficina de Geração de Renda
Participante 9	Terapeuta Ocupacional	Feminino	Oficina de Geração de Renda
Participante 10	Psicóloga	Feminino	Oficina de Geração de Renda
Participante 11	Terapeuta Ocupacional	Feminino	Oficina de Geração de Renda
Participante 12	Estagiária	Feminino	Oficina de Geração de Renda
Participante 13	Terapeuta Ocupacional	Feminino	Oficina de Geração de Renda

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações levantadas na pesquisa de campo (2017).

A entrevista coletiva 03 foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial e contou com a participação de 4 trabalhadoras da saúde, sendo elas 2 psicólogas, 1 terapeuta ocupacional e 1 assistente social. Também participou desta entrevista 1 pesquisador do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho, que auxiliou na condução das perguntas e mediou a discussão conjuntamente.

Esta entrevista teve a duração de 1 hora e 5 minutos. Os detalhes referentes às participantes podem ser encontrados no quadro 4 abaixo.

Quadro 4 – Caracterização das participantes: entrevista coletiva 3

Participantes	Profissão	Gênero	Instituição de trabalho
Participante 1	Terapeuta Ocupacional	Feminino	Centro de Atenção Psicossocial
Participante 2	Psicóloga	Feminino	Centro de Atenção Psicossocial
Participante 3	Assistente Social	Feminino	Centro de Atenção Psicossocial
Participante 4	Psicóloga	Feminino	Centro de Atenção Psicossocial

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações levantadas na pesquisa de campo (2017).

A última entrevista coletiva realizada teve a duração de 1 hora e 7 minutos, em uma unidade básica de saúde. Ao todo participaram 23 trabalhadores, sendo 22 mulheres e 1 homem. 17 pessoas estavam vinculadas a Unidade Básica de Saúde, 1 era contratada pelo estado, 2 eram estagiários, 2 residentes em saúde e 1 trabalhadora terceirizada.

Com relação às profissões obteve-se neste encontro, médicas (4), auxiliares de enfermagem (4), técnicas de enfermagem (6), enfermeiras (2), estagiários (2), nutricionista

(1), auxiliar de saúde bucal (2), odontóloga (1) e porteira (1). Tais informações encontram-se detalhadas no quadro 5, abaixo.

Quadro 5 – Caracterização das participantes: entrevista coletiva 4

Participantes	Profissão	Gênero	Instituição de trabalho
Participante 1	Médica	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 2	Médica	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 3	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 4	Técnica de Enfermagem	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 5	Técnica de Enfermagem	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 6	Técnica de Enfermagem	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 7	Enfermeira	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 8	Técnica de Enfermagem	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 9	Estagiário	Masculino	Universidade
Participante 10	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 11	Nutricionista Residente	Feminino	Residência Multiprofissional em Saúde
Participante 12	Enfermeira Residente	Feminino	Residência Multiprofissional em Saúde
Participante 13	Auxiliar de Saúde Bucal	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 14	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 15	Odontóloga	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 16	Estagiária de Enfermagem	Feminino	Universidade
Participante 17	Técnica de Enfermagem	Feminino	Secretaria Estadual de Saúde
Participante 18	Médica	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 19	Auxiliar de Saúde Bucal	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 20	Médica	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 21	Técnica de Enfermagem	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 22	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	Unidade Básica de Saúde
Participante 23	Porteira	Feminino	Terceirizada

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações levantadas na pesquisa de campo (2017).

Sendo assim, pode-se observar que tanto nas entrevistas individuais quanto nas coletivas a predominância é feminina. Do total de 69 participantes, apenas 6 pertenciam ao gênero masculino, demonstrando a preeminência do gênero feminino nas atividades ligadas a saúde. Houve também uma preponderância de profissionais com curso superior em relação aos que possuíam ensino médio e/ou técnico, sendo que este era o foco inicial da pesquisa.

Desse modo, pode-se delinear as características das participantes da pesquisa, permitindo que se tenha uma noção geral a respeito daqueles que fizeram relatos sobre suas atividades profissionais e que, assim, compuseram os comentários verbais, elementos essenciais da análise desta pesquisa.

3.3. ORGANIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste item será apresentado o modo como o material da pesquisa foi organizado para possibilitar a análise e discussão dos resultados. A maior parte das informações que compõe o próximo capítulo é proveniente das entrevistas individuais e coletivas realizadas com profissionais da saúde geradores dos comentários verbais. Entretanto, a observação clínica, registrada em diário de campo, realizada tanto durante as entrevistas, quanto nas visitas aos serviços e demais reuniões com os trabalhadores pesquisados também ocupam um lugar essencial na análise abaixo descrita.

As entrevistas individuais e coletivas foram analisadas conjuntamente ao longo do texto com embasamento na Psicodinâmica do Trabalho, teoria que enfatiza especialmente aquilo é vivenciado coletivamente em um determinado contexto de trabalho. O coletivo, nesta pesquisa, é entendido como as profissionais da saúde, que atuam em serviços públicos de saúde, do SUS, no estado do Rio Grande do Sul. Os comentários verbais emitidos pelos grupos tiveram função de confrontar, em primeira instância, a interpretação e elaboração do conteúdo da tese e, em última instância, validar as informações e afirmações presentes nesta escrita.

Desse modo, o material de análise, na fase de organização dos resultados, passou por etapas para facilitar a interpretação das informações e o processo da tese como um todo, o que será descrito a seguir (BOTTEGA, 2009; CASTRO, 2010; PEREZ, 2012).

- **Organização do Material:** esta etapa da pesquisa se refere ao arquivamento do material de áudio, bem como a transcrição das gravações das entrevistas individuais e coletivas. Também se refere a escuta das entrevistas, associada à leitura do material transcrito e a revisão das anotações do diário de campo relativas à observação clínica. Este momento objetiva proporcionar a pesquisadora uma percepção geral sobre a pesquisa, destacando os principais temas observados na pesquisa de campo. Esta fase ainda contou com o apoio do grupo de pesquisadores, que também realizaram a leitura dos materiais transcritos e puderam expressar suas percepções sobre as entrevistas, conforme detalhado no

item “Análise cruzada: um olhar do grupo de pesquisadores” do capítulo metodológico desta tese.

- **Classificação do Material:** nesta fase é realizada a releitura dos objetivos da pesquisa e da fundamentação teórica da tese, quando também se relê o material de pesquisa. Procura-se então definir quais serão eixos e sub-eixos temáticos a serem destacados na tese, como base nos comentários verbais emitidos pelas participantes.
- **Descrição do Material:** nesta parte busca-se definir quais serão os comentários verbais que irão compor a escrita da tese. Isso acontece quando se fragmenta as entrevistas e agrupa-se os trechos das falas relevantes e que representem o coletivo de profissionais da saúde. Os comentários verbais são apresentados de modo literal, estando organizados conforme os temas abordados e não em ordem temporal linear.
- **Análise e Discussão do Material:** esta fase dedica-se a articular o conteúdo dos eixos temáticos aos seus respectivos sub-eixos primeiramente e, posteriormente, associá-los a interpretação clínica da pesquisadora e as percepções dos colegas do grupo de pesquisa (Análise Cruzada). Ainda nesta parte busca-se fazer a discussão com outros autores que também abordam as temáticas analisadas nesta escrita, fundamentando o material construído junto ao campo de pesquisa.

O documento relativo as transcrições das entrevistas individuais e coletivas gerou um arquivo de 357 páginas. Este material foi lido e relido juntamente com as anotações do diário de campo. Em todas as etapas da pesquisa, desde seu planejamento até a sua execução contou-se com o a contribuição atenciosa do grupo de pesquisadores, em especial na análise e interpretação das informações presentes nas entrevistas.

Mesmo tendo os objetivos como orientadores da pesquisa, o campo sempre pode revelar novos elementos que acabam sendo abarcados na escrita. Portanto, a definição pelos eixos e sub-eixos apresentados nesta tese devem-se ao fato de apresentarem relevância social, estarem de acordo com os objetivos da pesquisa e em consonância com o que se discute no contexto da Clínica do Trabalho, além de ressaltar os fatores coletivos da categoria investigada.

Abaixo se apresenta o quadro 6, que apresenta os três eixos temáticos, seguidos dos respectivos sub-eixos. Os eixos e sub-eixos estão diretamente relacionados ao objetivo geral da pesquisa, bem como aos objetivos específicos. A ideia de apresentar este quadro é mostrar a relação direta entre resultados, análise e interpretação das informações da tese aos objetivos que esta se propõe.

Quadro 6 – Objetivos da pesquisa relacionados aos eixos e sub-eixos temáticos

OBJETIVO GERAL	
Compreender de que modo os profissionais da saúde percebem a saúde mental relacionada ao trabalho vivenciada pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EIXOS E SUB-EIXOS TEMÁTICOS (Resultados)
<ul style="list-style-type: none"> Investigar os fatores que influenciam na sensibilização de profissionais da saúde na atenção às demandas de sofrimento relativo ao trabalho; 	Trabalho e Subjetividade: Entre Saberes e Fazeres <ul style="list-style-type: none"> Centralidade do Trabalho Trajétoria Acadêmica e Profissional Modos de ver, Modos de Escutar: Acolhimento Integral
<ul style="list-style-type: none"> Analisar as possíveis articulações da rede do Sistema Único de Saúde com enfoque na Saúde Mental do Trabalhador; 	Saúde Mental e Trabalho no SUS: Articulações em Rede <ul style="list-style-type: none"> Compreensões em Saúde Mental: o Lugar do Trabalho (Des) Articulação do Trabalho em Rede Ações em Saúde Mental e Trabalho
<ul style="list-style-type: none"> Descrever a organização do trabalho dos profissionais de saúde; 	Organização do Trabalho nos Serviços do SUS <ul style="list-style-type: none"> Cotidiano de Trabalho Novos Modelos de Gestão nos Serviços de Saúde O Papel da Gestão Institucional: Atravessamentos Políticos
<ul style="list-style-type: none"> Analisar os modos de produção de saúde/adoecimento dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). 	Produção de Saúde e Adoecimento no Trabalho <ul style="list-style-type: none"> Prazer e Sofrimento no Trabalho Reconhecimento no Trabalho Saúde e Adoecimento no Trabalho Estratégias Defensivas Estratégias de Resistência
	Pesquisa-Intervenção como Possibilidade de Reflexão-Transformação <ul style="list-style-type: none"> Perlaboração como Validação

Fonte: Elaborado pela autora a partir da análise e interpretação das informações da pesquisa (2017).

O primeiro eixo “Trabalho e Subjetividade: Entre Saberes e Fazeres” relaciona-se com o primeiro objetivo específico da tese que se refere a investigar os fatores que influenciam na sensibilização de profissionais da saúde na atenção às demandas de sofrimento relativo ao trabalho. Se subdivide em Centralidade do Trabalho; Trajetória Acadêmica e Profissional; e Modos de ver, Modos de Escutar: Acolhimento Integral.

O segundo eixo intitulado “Saúde Mental e Trabalho no SUS: Articulações em Rede” se divide em 3 sub-eixos, sendo eles: Compreensões em Saúde Mental: o Lugar do Trabalho; (Des) Articulação do Trabalho em Rede; e Ações em Saúde Mental e Trabalho. Se articula com o segundo objetivo que diz respeito a analisar as possíveis articulações da rede do Sistema Único de Saúde com enfoque na Saúde Mental do Trabalhador.

O terceiro eixo refere-se à “Organização do Trabalho nos Serviços do SUS” e apresenta três subdivisões: Cotidiano de Trabalho; Novos Modelos de Gestão nos Serviços de Saúde; e O Papel da Gestão Institucional: Atravessamentos Políticos. Busca responder ao objetivo que visa descrever a organização do trabalho dos profissionais de saúde.

O quarto eixo, intitulado “Produção de Saúde e Adoecimento no Trabalho”, apresenta como sub-eixos Prazer e Sofrimento no Trabalho; Reconhecimento no Trabalho; Saúde e Adoecimento no Trabalho; Estratégias Defensivas; e Estratégias de Resistência. Articula-se com o objetivo que se refere a analisar os modos de produção de saúde/adoecimento dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

E o último eixo temático que diz respeito a “Pesquisa-Intervenção como Possibilidade de Reflexão-Transformação” que apresenta o sub-eixo Perlaboração como Validação. Teve como função demonstrar a validação da pesquisa junto as pessoas que participaram deste estudo.

Uma das principais propostas da Psicodinâmica do Trabalho é analisar a dimensão coletiva do trabalho. Não que as questões singulares não sejam relevantes, mas o enfoque, neste caso se direciona aquilo que se refere a categoria de trabalhadores que é analisada, vista como um todo. Isso se reflete nas ações desta abordagem que, após perceber os elementos que provocam o sofrimento no trabalho não procura construir atos terapêuticos isolados para cada indivíduo e sim intervenções localizadas na organização do trabalho, o que, como consequência, abarcará o coletivo de trabalhadores (MERLO; MENDES, 2009).

Desse modo optou-se por apresentar os comentários verbais, tanto relativos as entrevistas individuais, quanto coletivas, de modo articulado. Esta decisão reforça o enfoque coletivo da análise em pesquisas relativas a Psicodinâmica do Trabalho, independentemente de como se deu o levantamento e construção das informações que compõe esta pesquisa. Sendo assim, a seguir será descrita a análise e discussão dos resultados, em que é detalhada a interpretação das informações levantadas na pesquisa com base na organização descrita.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta a análise e discussão dos resultados construídos a partir da investigação que origina a tese. Buscou-se fazer uma descrição geral sobre o fazer das participantes da pesquisa, sem deixar de lado os objetivos desta investigação. Assim ocorre a interpretação das informações levantadas junto ao campo estudado, de modo detalhado a partir dos respectivos Eixos Temáticos “Trabalho e Subjetividade: Entre Saberes e Fazeres”, “Saúde Mental e Trabalho no SUS: Articulações em Rede”, “Organização do Trabalho nos Serviços do SUS” e “Produção de Saúde e Adoecimento no Trabalho” e “Pesquisa-Intervenção como Possibilidade de Reflexão-Transformação”.

É importante salientar que os eixos e sub-eixos elencados aqui estão separados apenas com uma função didática, já que nos relatos de trabalho, cotidiano e vida das trabalhadoras entrevistadas estão intimamente entrelaçados. Além disso, não há respostas homogêneas sobre todos os temas aqui elencados, porém se dará ênfase a alguns aspectos de acordo com os objetivos da pesquisa, bem como em relação àquilo que foi construído junto às participantes. Buscou-se ainda abarcar as diferentes nuances sobre uma mesma temática, já que não se tem como intuito padronizar algo que não é padronizável, ou seja, a vivência de sujeitos na sua relação com o campo da Saúde do Trabalhador.

Vale destacar que, tanto os comentários verbais provenientes das entrevistas individuais quanto das coletivas, foram colocados no texto de modo conjunto, o que significa que não há uma diferenciação na análise. Esta maneira de organizar as informações busca uma coerência com a Metodologia em Psicodinâmica do Trabalho que tem como foco o discurso do coletivo de trabalhadores, não se voltando para as nuances individuais proferidas pelos entrevistados.

As participantes foram identificadas com nomes fictícios escolhidos por elas mesmas, conforme apresentado no quadro 1, localizado no capítulo 3 da tese. Entretanto, ao longo da análise e discussão dos resultados optou-se por não as identificar já que não nos interessa aqui fazer uma interpretação individual e sim coletiva, conforme já mencionado acima e detalhado no capítulo metodológico da tese.

Ao longo dos comentários verbais elencados no texto é perceptível o uso de colchetes na seguinte forma: [...]. Estes caracteres têm a função de indicar supressão da fala das participantes, quando estas desviavam o foco da temática debatida, facilitando assim o entendimento da ideia expressa, ou acabavam revelando alguma informação que pudesse identificar a si próprias ou às colegas. Também foram usadas algumas palavras como, instituição, serviço de saúde, colega, entre outras, entre colchetes para garantir o anonimato das entrevistadas referente às informações destacadas neste estudo. Outras vezes foram usadas pequenas explicações ou referências para facilitar o entendimento do comentário emitido pelas participantes. As aspas utilizadas em alguns trechos dos comentários verbais tiveram a função de indicar a fala de outras pessoas que foram citadas nas entrevistas, como por exemplo, colegas, usuários, chefias, assim como algumas palavras ditas de modo coloquial na norma não culta do português.

Assim sendo, na análise e discussão dos resultados são apresentados os elementos significativos relativos ao campo de pesquisa, articulados à compreensão dos autores referência nos temas apontados. Também será composto na análise a observação clínica da pesquisadora, que vai além dos comentários verbais emitidos pelos sujeitos participantes.

É importante salientar que o que nos interessa em pesquisas que tem como referencial teórico e metodológico na PdT é o discurso do coletivo e não aspectos ligados à problemática individual. Sendo assim se dará ênfase aos comentários verbais emitidos pelos trabalhadores que, a partir da análise e olhar clínico, se considerou como significativo de um coletivo de trabalhadores, aqui identificados com o campo da Saúde Pública (SUS).

4.1 TRABALHO E SUBJETIVIDADE: ENTRE SABERES E FAZERES

O olhar sensibilizado às problemáticas da saúde do trabalhador vai sendo construído ao longo do tempo a partir de inúmeros fatores. Entre eles podemos citar a noção de que o trabalho é central na vida das pessoas, um elemento constituinte da subjetividade dos indivíduos, com potencial para produzir saúde e adoecimento. Não é um acontecimento

neutro e sim dotado de nuances, sentidos e significados, tomando a maior parte da vida humana.

Outro fator relevante nessa construção é a trajetória acadêmica e profissional que cada trabalhador da saúde vai elaborando ao longo do tempo. Neste percurso pode-se incluir o tempo de formação acadêmica, em que o contato com disciplinas que abordavam a saúde dos trabalhadores é determinante para que as práticas de cuidado no campo de Saúde e Trabalho fossem levadas em consideração.

A formação continuada, por meio de capacitações, especializações e pós-graduação também teve um papel importante e que deve ser considerado no desenvolvimento da atenção à saúde daqueles que trabalham. Além de um contato acadêmico e formal o interesse pessoal das profissionais que buscam compreender a relação entre saúde e trabalho é crucial para a construção dessa sensibilização

Isso também está ligado as vivências profissionais, não passando apenas pela formação acadêmica, mas sim pelo campo de práticas que tem o poder de desenvolver sensibilidades antes não percebidas ou existentes. Relaciona-se com um posicionamento ideológico e a sensação de pertencimento à classe dos trabalhadores, uma noção de sujeito que é passível de sofrimento e de afetação provocada pelo mundo do trabalho. Esses fatores vão produzir modos de ver e modos de escutar atentos àquilo que faz os trabalhadores sofrerem, já que o entendimento do trabalho não é de um elemento neutro na vida social e sim algo que atravessa a existência humana deixando significativas marcas.

Desse modo, este eixo temático aborda o modo como as profissionais da saúde vão se constituindo ao longo do tempo, os fatores influenciadores ligados a visões de mundo, sendo atravessados por questões ideológicas e trajetórias de vida. Esses elementos culminam em modos de acolher os usuários-trabalhadores de modo integral, considerando (ou não) a problemática do trabalho como um fator transversal na vida e na saúde dos sujeitos produtivos.

Para a PdT, a relação entre o trabalho e a subjetividade é dotada de engajamento, movimento este que envolve a condição física e psíquica dos sujeitos. Assim sendo, o trabalho não pode ser reduzido a uma atividade produtiva apenas, já que o ato de trabalhar sempre

coloca à prova a subjetividade que sempre é afetada, se modificando e evoluindo por um lado, mas que por outro pode ser também enfraquecida e danificada. Para a subjetividade, o ato de trabalhar significa transformar, não sendo apenas produzir, mas alterar a si e ao meio. É o momento possível para se testar e se realizar (DEJOURS, 2008a).

Trabalhar significa enfrentar o real que é imprevisível, imprevisto, incontrolável, instável. Este real coloca em xeque as prescrições visíveis e invisíveis da organização do trabalho. No real do trabalho o sujeito, se mobiliza para a ação, busca colocar em prática o que pensa sobre o seu fazer, torna o seu trabalho vivo (MENDES, 2013).

Sendo assim, o primeiro eixo-temático busca responder ao objetivo que se direciona a investigar os fatores que influenciam na sensibilização de profissionais da saúde na atenção às demandas de sofrimento relativo ao trabalho. Busca-se compreender de que modo as profissionais da saúde se constituem no sentido de desenvolver um olhar voltado às problemáticas do mundo do trabalho dos usuários-trabalhadores.

Para dar conta desta complexidade este se subdividiu nos seguintes sub-eixos: Centralidade do Trabalho; Trajetória Acadêmica e Profissional; Modos de Ver, Modos de Escutar: Acolhimento Integral. A seguir será detalho como estas temáticas emergem na vida produtivas das participantes entrevistadas.

4.1.1 Centralidade do Trabalho

A noção sobre centralidade do trabalho é abordada por diferentes teóricos que tem o mundo produtivo como seu foco de estudos e intervenções. A identidade social dos sujeitos contemporâneos é moldada, em grande medida, pelas relações de trabalho, por isso este fator constitui-se como um elemento central. Assim, a atividade produtiva pode ser pensada como algo essencial no desenvolvimento de laços afetivos, trocas sociais e econômicas, que fundamentam a vida humana (LANCMAN; GHIRARDI, 2002).

A centralidade do trabalho foi algo bastante apontado pelas entrevistadas durante a pesquisa de campo. Percebe-se que há um reconhecimento de que o trabalho tem um lugar importante na vida dos sujeitos contemporâneos, muitas vezes organizando a vida e os afazeres fora do trabalho a partir das atividades laborais.

Neste sub-eixo aborda-se como as profissionais da saúde entendem o trabalho em suas vidas, bem como na vida dos usuários que são atendidos pelos serviços de saúde. Desse modo, pode-se perceber a maneira com que as participantes da pesquisa lidam com seus próprios trabalhos e a partir disso, estender (ou não) este entendimento na sua relação com o usuário quando este é acolhido pelo SUS.

Para Dejours (2004), o trabalho, ao contrário do que geralmente se acredita ser, não é algo com limite de tempo, aquele se passa no espaço físico da instituição onde se desempenha as atividades profissionais. O trabalho vai além das demarcações oferecidas pela jornada de trabalho, ele invade a vida e mobiliza a personalidade daqueles que trabalham por completo.

O trabalho é uma atividade muito central na vida da gente né, não só pela carga horária, que a gente passa, mas pelo investimento né que se faz, e eu acho que tem ali, ele não pode ser ele em si o nosso projeto de vida né, mas em muitos momentos isso se mistura e o meu projeto de vida, por exemplo, passa muito por poder ser útil com a pessoa que eu sou e que eu procuro me tornar né, então ele tá muito integrado com o nosso bem estar, com a nossa realização, o nosso convívio com pessoas, com uma equipe de trabalho [...] (Entrevista Individual)

E eu acho que o trabalho vem também como um processo de liberdade né, quando uma pessoa assim que pode ter condições de trabalhar né, e se estruturar e se sentir mais feliz com isso [...]. Então eu acho que o trabalho é algo extremamente estruturante né, e todos nós assim para nós estar no trabalho ou não estar no trabalho muda [...] (Entrevista Individual).

O trabalho assume um papel central na constituição dos sujeitos e representa uma possibilidade de inserção social, um lugar no mundo (LANCMAN; GHIRARDI, 2002). O trabalho, nas palavras de Castel (1998), é propulsor da integração social, havendo uma nítida inter-relação entre as formas de inserção no trabalho (precarizadas ou não) e as formas de (des) integração social.

Assim as entrevistadas evidenciam a **função social** que o trabalho ocupa na vida humana. O quanto “[...] o trabalho ele dá uma função, ele te dá uma cara na vida [...], fazendo com que esse lugar seja socialmente respeitado. Ao contrário, aqueles que não têm trabalho acabam por ocupar um não-lugar em uma sociedade que vive-para-o-trabalho e depende deste para sobreviver.

O trabalho na nossa sociedade ele tem uma função social interessante (Entrevista Coletiva).

Mesmo que o que a pessoa tenha seja só trabalho na vida. Porque daí ela acorda, vive em função do trabalho, do deslocamento do trabalho, volta do trabalho, enfim

acaba sobrando pouco espaço, poucas possibilidades. Quando tu tira o trabalho tu realmente acaba tirando tudo que a pessoa tem, porque ela viveu para o trabalho. (Entrevista Coletiva).

[...] eu tô atendendo uma senhora agora que se aposentou [...] e entrou numa depressão profunda, profunda, de eu ficar uma hora lá na frente dela, mais até e ela não conseguir levantar os olhos assim, “acabou, ah tiraram o trabalho, acabou a vida para mim”. Como assim? Então é isso que vai se enraizando a coisa né... [...] ela não era uma trabalhadora apaixonada assim sabe, ela dizia “não, eu fazia o meu trabalho bem feitinho, não tinha muitos amigos porque eu acho que o pessoal fala demais e eu não gosto de conversar muito”, mas não era aquela coisa bah não, curtia, curtia... não, não... tinha que trabalhar né... (Entrevista Coletiva).

Em alguns momentos também é possível evidenciar o trabalho ocupando um lugar para além do desejado, como nos comentários acima. Não é incomum os relatos de pessoas que tem como única atividade da vida o trabalho e quando este falta, seja em função do desemprego, seja em função de afastamentos e licenças saúde, ou até mesmo quando há uma perda de sentido no fazer profissional, há uma sensação de que se perdeu tudo.

Essa observação do trabalho enquanto função social se refere tanto a percepções das entrevistadas na sua relação com o seu trabalho, quanto na relação com os usuários e seus respectivos trabalhos. Desse modo, aponta-se também para o **caráter reabilitador** que o trabalho pode apresentar, especialmente para os usuários dos serviços de saúde mental.

Porque o trabalho, [...] também tem uma questão que faz um laço social que é importante [...]. Pode ser organizadora. É uma identidade. Um lugar no mundo. Então, muitas pessoas vêm com desejo de poder retornar, outras não. Outras não se veem mais e querem até uma ajuda para se afastar disso. E outras querem retomar. Então, também, é uma análise uma avaliação que a gente tem que fazer com cuidado. Apesar de não sermos peritos né, não é a gente que vai decidir isso, mas... Poder ajudar um pouco o sujeito a pensar sobre isso, né? (Entrevista Coletiva).

[...] tem uma situação de depressão bem grave assim, que foi, para mim foi uma situação de sofrimento do trabalho claro, ligado a outras questões da vida pessoal que não se separa mas vão acontecendo juntas e tem um processo sim, que foi um... um acidente físico que a pessoa ficou com sequelas que até hoje ela fala que o desejo dela é voltar a esse mercado formal onde ela se sente reconhecida enquanto trabalhador, onde ela tem sim algum dinheiro né, e acaba sendo um conflito entre o aquilo que a pessoa quer e este lugar que também é adoecedor e que não vai respeitar as individualidades dele né, com esse acidente que ele teve, então acho que sim, acho que isso é bem visível assim (Entrevista Individual).

De modo geral, a compreensão para as profissionais da saúde sobre o papel do trabalho para os usuários do SUS é muito mais o trabalho tendo uma função de resgate social, como algo terapêutico, do que algo que produz sofrimento e possível nexos causais relativos ao adoecimento. Isso pode ser visto nas palavras abaixo.

[...] a questão de trabalho entra nisso né ou em pensar em alguma oficina terapêutica, algum espaço que possa ser de socialização que possa também dar um retorno financeiro, ahm... por aí assim. Mas [...] eu acho que ele é mais uma perda, tu entende, entre tantas assim [...] (Entrevista Individual).

[...] de recolocar pessoas no mercado de trabalho, com aquelas vagas especiais que antes era só para deficientes físicos que agora tão levando em conta o sofrimento emocional, tem gente que tem um atestado do psiquiatra ou “neuro”, várias empresas têm aceitado e a gente tem recolocado e isso tem sido de um, tem sido muito terapêutico pras pessoas resgatarem de novo, poderem voltar ao mundo do trabalho com outro olhar dos seus chefes, com outro cuidado (Entrevista Individual).

Nas palavras das entrevistadas, o trabalho convoca o laço social, possibilita o desenvolvimento da sociabilidade. Entretanto essa é uma percepção das profissionais da saúde, o que nem sempre é compartilhado com aqueles que realizam as contratações, já que as empresas estão focadas muito mais no lucro do que na (re) inserção social.

[...] na verdade a gente vem discutindo é que, por exemplo, o usuário da saúde mental, quando é que as empresas aceitam? Quando existe uma lei e elas vão ter um benefício por aceitar aquela pessoa. Uma cota, exatamente. Agora é aceitar porque vai ter um benefício, ninguém sustenta essa diferença. Então o mercado de trabalho ele é muito perverso. E isso, o quanto ele provoca a situação de doença, mas ao mesmo tempo, esta pessoa se sente autônoma, produtiva, fazer alguma coisa também pode ser saúde. Então é tu conviver o tempo todo com os paradoxos (Entrevista Individual).

Assim pode-se apontar a função do trabalho também como **fonte de reconhecimento social**. Ao mesmo tempo em que estar ativo no mercado de trabalho apresenta um caráter social inclusivo ele também responde a um chamamento do sistema capitalista que necessita de sujeitos produtivos para fazer a “máquina girar”.

Tem um paciente que, outro dia, encontrei com ele... Até perguntou o que eu estava fazendo lá para fiscalizar o trabalho dele (risos)... Mas, assim, tu sabe e tem notícias de pacientes que estão felizes da vida. Que estão lá, tão trabalhando, tão ganhando um extra né, razoavelmente bem, assim. Outros, sim, têm períodos que não estão tão bem, que tem problemas com outros pacientes, inclusive, problema de relacionamento, ou tá num período mais sensível, problema com a chefia. Mas, o pessoal do trabalho tem já uma sensibilidade e uma preocupação em acompanhar, e supervisionar, então, também, nos solicitam “olha não tá muito bem”, ou o familiar identifica e daí a gente faz algum atendimento para avaliar melhor essa questão. Mas, muitos pacientes, tem se beneficiado. Não só no ponto de vista financeiro, mas tem sido um fator de reabilitação, o trabalho (Entrevista Coletiva).

O que vem junto com esse encaminhamento do trabalho? É o que vem junto? [...]. Geralmente o encaminhamento para o trabalho é alta, que bom, estamos no ápice da inclusão porque está trabalhando, está produzindo para este sistema então (Entrevista Coletiva).

Há um imperativo social de que “todos têm que trabalhar”. Essa ideia está enraizada no enunciado de que “o trabalho dignifica o homem” e quem não trabalha não é considerado um ser digno. A relação das profissionais da saúde com o mundo do trabalho se dá muitas vezes quando o próprio usuário sugere **um afastamento do trabalho**, quando na verdade isso deveria ter sido percebido e orientado pelo profissional que realizou o atendimento anteriormente, quando o adoecimento se agravou.

Tem [preconceito com o usuário que se afasta do trabalho via INSS], principalmente quando é mais jovem. [...] Só que aí vem uma questão de cultura que atravessa a gente, quem é uma pessoa produtiva na sociedade? Quem trabalha. Quem não trabalha é vagabundo, o trabalho dignifica o homem né. Então assim, tá enraizado, temos que trabalhar, quanto mais tu trabalha, mais digno tu é. Então quem não trabalha, não faz, entre aspas, nada, não é digno. Então isso atravessa tanto os trabalhadores da saúde quanto os usuários... então não é algo que tá em discussão (Entrevista Individual).

[...] “ah não quer trabalhar, [...] “ah ela fica sempre assim perto do verão, nas vésperas dos feriados”, então tem uma série de piadinhas que vem. E muitas pessoas fazem de fato e usam disso né, mas essa discussão ela não é feita, e não se conversa, “bom, como é que a gente vai investigar isso”, não tem essa, eu não vejo pelo menos... (Entrevista Individual).

É o sofrimento, a incapacidade né... E além de tudo a pessoa sofre na família as vezes isso né, “ah tu tá te fazendo, ah depressão é preguiçoso, só quer dormir”, a pessoa tá muito deprimida, não tem ânimo para nada e a família fica dizendo “ah reage” né, então sofre no trabalho, sofre na família, é um contexto todo muito perverso contra as pessoas sabe (Entrevista Individual).

[...] falar do trabalho com a ideia: “se a pessoa trabalha, ah coitada e se ela não trabalha, ah é vagabunda”, são essas duas concepções. [...] Mas pensar, problematizar a questão do trabalho, “o que que tu faz?” Não. Tanto que a pergunta é “tu tem ou não renda?”. Não é nem a questão se tu trabalha ou não, é a renda, a questão de dinheiro. [...] (Entrevista Individual).

[...] a pessoas tem dificuldade de estabelecer essa relação e de que, muitas vezes, na verdade o próprio adoecimento psíquico, muitas vezes, ele é muito cercado de muito preconceito, as pessoas, muitas vezes, se reconhecerem adoecidas já é difícil, e ainda reconhecer que aquele adoecimento é pelo trabalho é muito doloroso, então muitas vezes as pessoas acabam, elas vão buscar ajuda quando não estão mais conseguindo suportar né, muitas vezes porque já apareceu uma doença física ou porque estão num estágio de tanto sofrimento que não conseguem nem mais trabalhar, daí é pela incapacidade para trabalhar né, muitas vezes não é só pelo sofrimento, mas é pela questão de não conseguir mais produzir e daí que as pessoas vão buscar ajuda (Entrevista Individual).

Ao mesmo tempo em que o trabalho pode oferecer um lugar na sociedade àqueles que trabalham, ele também pode causar angústias e adoecer, tendo assim **múltiplos sentidos e significados**. Assim ele é visto como algo quase que obrigatório na sociedade contemporânea, que pode ser fonte de reconhecimento, prazer e satisfação, mas também

sofrimento, tanto em função das atividades produtivas, quanto pelo lugar de não produção que encontram as pessoas em situação de desemprego, licenças saúde e até mesmo trabalhos informais.

Que também é isso, a gente fica tão envolvida, o trabalho te dá um outro lugar, né? Assim como tu também fica um pouco mais, vamos dizer, angustiado, tem mais questões, adoce... Mas, também, o trabalho tem uma outra função né. Ele passa a ser, também, este outro lugar que tu desempenha, este outro lugar que tu estudou e te forma para poder desempenhar né (Entrevista Individual).

Tem aquela outra, [...] que foi cozinheira vários anos pra uma família. [...] Fazia banquetes. Tem parece que uma relação de dívida. Ao mesmo tempo tem as vezes uma coisa que tu observa de uma certa colagem, assim. Parece que elas têm que ficar cuidando e cuidando... E é uma dedicação excessiva ao trabalho que a gente vê, às vezes. Aquilo é organizador mas, ao mesmo tempo, suga porque parece que a pessoa não sabe fazer outra coisa (Entrevista Coletiva).

Desse modo, percebe-se no trabalho um caráter libertador, mas que, por vezes também se apresenta como alienante e explorador. Isso faz com que o trabalho coloque sim o sujeito que produz num lugar privilegiado da sociedade, mas que, por outro lado o sujeita a condições degradantes para manter-se incluído no sistema econômico.

Daí eu digo trabalho e não emprego né, a diferença entre trabalho e emprego né, acho que é o trabalho em si, pode ser remunerado ou não, mas aquilo que te traz o teu objetivo, o teu fazer, que trabalha com o teu potencial, com a tua criatividade, tua relação com as outras pessoas, com a capacidade de transformar, sabe, teu aprendizado, enfim tua própria, teu senso de utilidade também né sabe [...] (Entrevista Individual).

Eu acho que questão do papel do capital nessa história, da disputa que a gente precisa fazer né, que é fundamental e da compreensão do trabalhador, do ser humano que tem a sua identidade, seu caráter, a sua personalidade, estruturada em cima do seu trabalho né, essas duas coisas são fundamentais pra mim para gente conseguir começar a entender as relações de trabalho e saúde, e processo de saúde e doença no mundo do trabalho hoje, eu acho que é isso (Entrevista Individual).

O trabalho assim, produz muito daquilo que conhecemos como **identidade** do sujeito: diz quem ele é e o que é capaz de fazer, podendo, além disso ser um potencializador de capacidades e sensibilidades antes ainda não reveladas. Passam a fazer parte desse sujeito por meio do contato desse com o seu fazer e o caráter transformador do trabalho, especialmente quando os indivíduos nele depositam o seu investimento cognitivo, físico e psíquico.

Como constituição da identidade entende-se um processo que ocorre ao longo de toda a existência do sujeito, também ligada a percepção sobre alteridade. É por meio do modo

como “o outro nos olha” que nos construímos como sujeitos, sendo nessa relação que se dá o reconhecimento de diferenças e semelhanças entre o eu e o outro (LANCMAN; GHIRARDI, 2002).

[...] a gente identifica a atividade trabalho como algo de identidade do sujeito e como promotora de identidade, bem se tu tá propondo isso é sinal que o trabalho não é o tripalium daquela época, mas é algo né que vai sim ser constituidor, né que vai ser algo de tu poder se nomear e ter orgulho disso assim né... (Entrevista Individual).

As relações do cotidiano atravessam a constituição da identidade que perpassam a infância, adolescência e vida adulta. Quando adultos, os sujeitos encontram no espaço do trabalho elementos essenciais na permanente construção de si, sendo as trocas laborativas consideradas mediadoras centrais no sentido de desenvolver e complementar essa identidade que não pára de ser elaborada. “Assim, o trabalho tem fundamental importância para a vida psíquica e a valorização do trabalho vai significar um status positivo ao indivíduo.” (LANCMAN; GHIRARDI, 2002, p. 45).

A gente acredita, sabe? Em poder estar trabalhando com a saúde mental e não com a doença mental, que o trabalho é algo importante, né? Que ele é constituidor do sujeito, tem uma ação que vai fazer a diferença. Então, acho que a gente tem uma via aí, saúde e trabalho que nos une muito, que é o que a gente acredita enquanto equipe, assim (Entrevista Coletiva).

[...] e acho que nós que estamos nesse patamar de ter identificado que o trabalho constrói, constrói as pessoas e a saúde mental enfim, temos essa, acho que até o dever sabe de fazer isso, sabe, se a gente tem melhores condições porque não sabe, tu que tem que puxar, tu que tem que alavancar... (Entrevista Individual).

Também é ressaltado pelas profissionais da saúde o quanto o trabalhar atual promove **modos de subjetivação** ligados a construção de uma sujeição dos trabalhadores. Não se nega a produção de vida por meio do trabalho, mas há presente também um sentimento de desgaste e exploração que vai constituindo os sujeitos de um modo muito simbólico e característico do sistema econômico vigente.

Mas assim eu voltaria para algo bem peculiar, porque eu acho que foi tu quem falou não sei, acho que é se perguntar em que ponto o trabalho deixa de ser uma forma de subjetivação e de saúde entendeu, porque de subjetivação ele é né, mas é uma sujeição, de um modo de subjetivação bem específico, mas em que momento se perde isso né, porque o trabalho não é só algo que produz vida para ti e para os outros, mas pode ser algo que te desgasta né... (Entrevista Coletiva).

Eu fico pensando assim que a gente está falando de uma esfera né, de uma esfera social, que é a nossa, na qual a gente pode ter sonhos, idealização, mas que a maior parte da população ela não pode sonhar com um trabalho. O trabalho ele não é organizador da vida daquela pessoa não é o que ela idealizou, é a subsistência, é o

sobreviver, é o contribuir com esse sistema capitalista né, então assim, o adoecimento ele é ligado a um trabalho que não é um trabalho escolhido, é um trabalho forçado, é um trabalho que sustenta isso né. E aí eu acho que as vezes o nosso adoecer também é em reconhecer isso assim né [...] (Entrevista Coletiva).

Assim o trabalho, na visão das entrevistadas, desempenha muito mais um papel de resgate da saúde mental do que de elemento que pode provocar o adoecimento e, muitas vezes, até mesmo a incapacidade laboral, já que esta última noção se torna muito mais opaca em relação a primeira. Desse modo, percebe-se que a centralidade do trabalho é afirmada pelas profissionais da saúde muito mais quando se referem às suas próprias vivências e relações com o seu trabalho, do que quando se refere ao trabalho do usuário que em muitos comentários verbais aparece como “paciente” e não trabalhador o que denota uma escolha por um termo carregado de simbolismo.

É como se afirmassem que o seu próprio trabalho afeta, produz sofrimento e pode até adoecer a si mesmo, entretanto, esse entendimento não é expressado do mesmo modo quando se referem ao usuário-trabalhador. Quando este apresenta um adoecimento psíquico, grande parte das entrevistadas encontram explicações para tal acometimento em questões intra-psíquicas, familiares e problemáticas individuais, o que será aprofundado no eixo-temático “Saúde Mental e Trabalho no SUS: Articulações em Rede”.

Desse modo, pode-se dizer que a centralidade do trabalho é percebida, mas de modo parcial e superficial, já que ocorre de modo definitivo quando se refere a si próprio e não tanto em relação aos usuários. É como se o trabalho do usuário fosse visto como algo acessório e não fundamental e constituinte do sujeito, como os seus próprios. Este elemento diz de um não reconhecimento dos usuários como trabalhadores, ignorando assim a estruturação do outro (mas não a de si mesmo) por meio da atividade produtiva. No entanto, existem algumas profissionais de saúde que conseguem perceber os usuários também como trabalhadores, o que pode ser evidenciado no comentário abaixo.

Aconteceu uma situação hilária assim, tragi-cômica, um dia eu tava fazendo um grupo de saúde mental num posto e a secretária de saúde apareceu para fazer uma reunião com a equipe de trabalhadores e ela se atrapalhou e sentou no grupo de saúde mental supondo que aqueles eram os trabalhadores eu deixei, deixei ela sentar, e ela sentou então pessoal, começou com uma fala endereçada à trabalhadores, eu disse “pessoal vocês sabem que é essa? Essa aqui é a nossa secretária de saúde, secretária esse é o nosso grupo [...]” (susto) e ela se assustou. Mas eu achei um lapso muito legítimo né assim, os usuários de saúde mental são os trabalhadores também... (Entrevista Individual).

Assim pode-se dizer que a dificuldade em reconhecer a centralidade do trabalho na vida dos usuários é uma percepção generalizada, porém há pessoas que tem uma visão diferente desta afirmada aqui, mas que são consideradas exceções. Assim como o fato de ter contato ou uma sensibilidade para com as demandas do campo da Saúde do Trabalhador produz um olhar voltado as demandas de sofrimento no trabalho, o contrário, não ter esse contato também pode desencadear uma dificuldade na identificação das relações entre o modo de produzir e o processo de saúde e adoecimento neste contexto.

4.1.2 Trajetória Acadêmica e Profissional

Um dos fatores relevantes na produção da subjetividade, modos de ser, agir e perceber o mundo dos trabalhadores é a trajetória acadêmica e profissional que cada pessoa vai construindo ao longo do tempo. Neste percurso pode-se incluir o tempo de formação acadêmica, em que o contato com disciplinas e estágios acadêmicos que abordavam a saúde dos trabalhadores foram determinantes para que as práticas de cuidado no campo fossem levadas em consideração na trajetória da vida profissional.

Então assim, a questão do trabalho me acompanha desde sempre [...] (Entrevista Individual).

É eu acho que nisso eu fui muito feliz no sentido assim que já na graduação eu já tive contato [...] pensando o quanto o trabalho nos constrói, eu sou outra pessoa né, porque quando eu entrei na universidade eu tinha outra cabeça né, tanto assim nas primeiras disciplinas, assim na verdade até foi uma coisa meio de conflito para mim né. Depois quando eu comecei o estágio, não era exatamente o local que eu queria, foi o local que eu fiquei né, mas acho que aquele um ano a minha vida mudou radicalmente né, porque eu comecei a enxergar coisas bastante significativas isso, em alguns momentos, gerou conflito inclusive com a minha família porque, enfim, as minhas ideias não eram bem compreendidas né... e eu acho que isso foi, foi muito importante para mim né, então já na graduação tive esse contato e depois tive a felicidade, assim a sorte de trabalhar num local, no final eu fiz um concurso público, que eu poderia ter ido para qualquer local né e... na verdade, eu não escolhi, parece que foi o local que me escolheu enfim né... (Entrevista Individual).

A **formação continuada**, quando ocorreu, por meio de capacitações, especializações e pós-graduação, também teve um papel importante para desenvolver a atenção à saúde daqueles que trabalham. Entretanto, essa formação das profissionais da saúde não tem sido muito debatida pela gestão dos serviços. Quando ocorre acaba se centrando em questões orgânicas e tecnologias especializadas focadas em procedimentos e recursos materiais

(equipamentos), ao invés de também enfatizar elementos relacionais, ligados ao acolhimento integral (FEUERWERKER; LLANOS; ALMEIDA, 1999).

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS (CECCIM; FEUERWERBER, 2004, p. 43).

Assim, a formação para atuação em saúde deveria buscar transformar as práticas e a organização do trabalho, construindo a sua estrutura baseando-se nas problematizações sobre o processo de trabalho e das possibilidades de acolher as demandas da população atendida (CECCIM; FEUERWERBER, 2004). Tais fatores vão muito além de uma capacitação técnico-científica, proporcionando aos usuários um acolhimento integral diante de suas necessidades.

A trajetória profissional voltada à saúde do trabalhador se inicia com um **desejo de atuar na saúde pública**, contribuindo na construção do SUS. Esta escolha é identificada pelas entrevistadas como posição ética de cuidado. A preocupação com a saúde como um direito público e acessível a todas as pessoas também aparece como decisiva no investimento profissional no campo da Saúde do Trabalhador.

[...] quando eu entrei pra faculdade de medicina eu já estava direcionada [...] pra o que na época se chamava de medicina comunitária. E daí durante a faculdade né, fui conhecendo várias pessoas, me aproximando mais de quem eu me sentia mais com o pensamento mais igual e tal. E aí depois no final do curso então eu já fiz os estágios todos já direcionados com foco na história do SUS, do sistema público de saúde, de uma construção de uma política real e efetiva né. [...] E logo no segundo ano de residência eu já fui convidada a fazer assessoria em saúde do trabalhador pro sindicato [...] e aí assim começou a construção na saúde do trabalhador (Entrevista Individual).

Ah, sei lá eu fui conhecendo um pouco do SUS e da saúde mental assim e aí depois disso eu achei que não tinha mais sentido fazer outras coisas assim. Era como se eticamente meu trabalho não fosse possível trabalhando em outros espaços assim, espaços privados por exemplo. Sei lá, eu tinha uma ideia, não tem como eu cuidar da saúde de alguém, realmente como eu acredito, num espaço privado. [...] Então eu fui me apaixonando pela saúde pública, pela assistência social assim, e aí foram áreas que eu escolhi assim mesmo para trabalhar, sabe. Fiz meus estágios nessa área e pretendo continuar trabalhando na saúde pública assim, mas mais por questões éticas assim na minha profissão, porque as vezes é bem difícil também né, tem muitas contradições trabalhar no Estado, trabalhar na Saúde Pública, mas acredito

que seja ainda onde eu tenho mais liberdade de uma certa escolha... de como conduzir as minhas práticas assim... (Entrevista Individual).

[...] agora eu tava lendo a política não sei o que mais e a Declaração Universal dos Direitos Humanos e que todas as pessoas são iguais perante a lei e não sei o que mais e que deveriam ter igualdade e oportunidades e isso é o que me define, sabe como assistente social porque isso é o meu objeto de trabalho e isso me define eu ter escolhido a saúde pública a vida inteira pra trabalhar sabe, sempre trabalhei, foi pouco que eu trabalhei na iniciativa privada. Enquanto eu não eu entrei no concurso público, então... [...] então eu me guiei sempre por isso sabe, pra achar assim que a saúde era o maior que tudo, onde eu podia sabe voar um pouco mais assim, pra ficar mais perto desse artigo que eu te falei né, a gente tá longe ainda do ideal possível tem uma grande distância né, mas se aproximar cada vez mais assim sabe. (Entrevista Individual).

Por outro lado, algumas entrevistadas demonstraram que a escolha de trabalhar em serviços públicos de saúde não era um desejo inicial e sim algo que foi aos poucos tomando forma. Neste sentido, a busca foi, primeiramente, pela estabilidade e depois vai se construindo afinidades com o fazer. Esse fato também ocorre, em alguns casos com as profissionais que atualmente enfocam a saúde do trabalhador em suas práticas.

[...] a minha formação foi bem voltada para consultório privado assim né. [...] E aí assim ao me formar eu fui dando conta assim de que a clínica não era algo tão fácil também de estabelecer né então eu optei por estudar pra residência, eu quase passei na residência [...], mas na verdade um pouco foi mais pela estabilidade [a escolha pelo trabalho no serviço público] assim inicialmente e aí eu fui criando gosto assim... (Entrevista Individual).

[...] então na verdade no momento que eu assumi não foi uma escolha, mas foi uma escolha permanecer, tanto que daí já no primeiro, no segundo ano eu fui fazer especialização na Saúde do Trabalhador e realmente me identifiquei. [...] realmente eu me identifico, acho que é uma política super importante, uma política pública, ainda pouco valorizada, pouco conhecida, muitas vezes negligenciada, porque, eu percebo em algumas situações assim até meio uma cara feia assim, até dos próprios colegas, profissionais da área assim, que parece que a saúde do trabalhador é o patinho feio [...] É menos, uma coisa sem importância... então realmente eu me identifico muito com a área assim e hoje não consigo me imaginar trabalhando em outra política (Entrevista Individual).

O tempo passado na universidade pode ser crucial para despertar o interesse e fazer com que esses profissionais invistam (ou não) no campo da Saúde do Trabalhador. A partir desse despertar inicial pode-se então buscar conhecer de modo aprofundado o campo, especializando-se.

A minha formação em Saúde Mental e Trabalho é da graduação, que como eu tive no grupo [Bolsa de Iniciação Científica] né, e foi muito forte, foi uma experiência interessante para mim, uma experiência boa. [...] E o Álvaro meio que foi, é uma referência para mim assim tanto nesse sentido, como foi uma referência dentro da minha graduação. [...] o quanto que a minha trajetória até ali tava marcada pelo trabalho. [...] Ahm, então isso é sempre presente para mim, sabe. Dentro de todos os

espaços que eu me inseri tanto em relação aos usuários como em relação às equipes. Ahm... acho que na residência [...] tinha uma abertura interessante assim pra discutir, ahm... não tanto com da equipe, mas com os usuários assim, se podia discutir as ocupações enfim, e problematizar isso nos atendimentos enfim, no próprio acolhimento sabe. Era uma pergunta que podia estar presente, “qual é a tua ocupação”. Em várias vezes em acolhimento vinham mulheres com dor, “ah qual é o teu trabalho”, “ah é faxineira” sabe, “eu fico curvada o dia todo então”, ou “sou massoterapeuta”, e vinha com dor (Entrevista Individual).

[...] vejo que na formação profissional eu fui a única pessoa da equipe que na graduação que teve isso o resto não, o resto acabou, enfim, indo parar no serviço e daí vai buscar enfim né. Mas isso eu acho que a formação profissional ainda tem muito né, a gente tem que contribuir muito nesse sentido, por isso que eu acho bem importante o [serviço de saúde] como um local de estágio, de que toda vez que um professor solicita pra ir lá ou vir aqui a gente sempre gosta de tá, porque eu acho que a ideia é isso também, a gente não só contribuir com os profissionais que já tão no mercado, mas aquelas pessoas que tão em processo de formação (Entrevista Individual)

Quando a graduação na área da saúde não dá conta de abordar as temáticas da saúde do trabalhador, as profissionais que desenvolveram o interesse e perceberam a necessidade de aprofundar seus conhecimentos acabam buscando aperfeiçoar-se academicamente. Isso pode ocorrer por meio de especializações, residências e mestrados, conforme foi citado pelas entrevistadas.

[...] embora eu já tivesse identificação na área assim, e é um sentimento que eu tenho até hoje assim que eu nunca sei nada assim que eu tenho que aprender muito, então fui buscar a formação nesse sentido, tanto que eu já estou na terceira especialização nessa área. Então acho que eu tive sorte assim que a minha formação foi muito boa nesse sentido, já na graduação... (Entrevista Individual).

Então a gente teve algumas coisas poucas assim de saúde mental e trabalho na época do próprio curso assim, mas assim eu como eu sempre eu me voltei bastante pra essa área na época da residência então. [...] eu entrei na prefeitura e aí eu fui fazer ahm... primeira vez que eu encontrei com o Álvaro e aí eu fui fazer especialização em saúde e trabalho né, [...] várias colegas fizeram isso esse curso de especialização em trabalho que o Álvaro era um dos professores da coordenação e tal. Eu já tinha feito antes com a Jaqueline Tiltoni e com a Maria da Graça Jacques em Saúde Mental e Trabalho que era uns de extensão da psico né e daí eu tinha gostado bastante e já tava nos grupos de pesquisa delas e tal nessa época. [...] Daí eu fui pro mestrado e aí no mestrado eu peguei essa linha também né, daí já procurei porque na verdade já estudava com o Álvaro assim, já tinha feito umas cadeiras eletivas de Psicodinâmica do Trabalho, lia bastante Dejours [...] (Entrevista Individual).

Além de um contato acadêmico e formal, o **interesse pessoal** das profissionais que buscam compreender a relação entre saúde e trabalho é crucial para a construção dessa sensibilidade. Ao analisar os comentários verbais das participantes, percebe-se que há algo na história delas que provocou uma sensibilização do olhar para as demandas relativa à saúde do trabalhador.

De saúde mental e trabalho assim, algumas coisas. Na residência antes também né, eu atendi alguns casos assim, que eu via que o sofrimento tava diretamente relacionado com trabalho, mas eu acho que eu tinha essa percepção muito por já ter vivido a coisa da Psicodinâmica do Trabalho, já ter estudado... (Entrevista Individual).

Eu lembro que era muito interessante, mas eu, ah eu lembro que eu fiz um trabalho, eu lembro que foi da disciplina da Jaque [Tittoni] que a gente tinha que observar uma situação de trabalho, não sei se era um situação que a gente considerava precária ou se eu acabei escolhendo uma situação assim, nós observamos os panfleteiros, aquelas moças que ficam panfletando ali nas esquinas da Silva Só com a Ipiranga, do lado da UFRGS né aquilo me deixou impressionada, aliás isso é uma coisa que eu carrego comigo, todos os locais que eu vou eu procuro ver quais as condições de trabalho dos sujeitos assim, por exemplo, o shopping [instituição], as mocinhas que ficam cobrando o ticket de estacionamento... elas trabalham num buraco sem ar condicionado gente, enquanto as pessoas saem né belas e faceiras com as suas compras de dentro do ar condicionado e elas estão ali engravatadas né, sufocadas [...] (Entrevista Individual).

Observa-se assim o quanto a problemática do trabalho acompanha as participantes que tem uma olhar diferenciado para tais questões. Algo que faz parte de suas vidas desde a graduação e que atravessa as práticas, não esquecendo também no compromisso de formação, seja pela via de estágios acadêmicos que os serviços ofertam, seja pela via da educação permanente junto às equipes. Assim é evidenciado o comprometimento das entrevistadas com o campo, que surge na educação formal e passa a ir além, tornando-se um interesse pessoal e dedicação com a causa.

É eu acho que tanto o próprio Ministério da Saúde, como enfim o próprio Ministério da Educação né teriam um papel importante nisso assim, na formação dos profissionais da saúde, porque muitas... acho que já se avançou, tem se avançado, assim eu já tô formada há 15 anos assim né, [...] E acho que também né tem todo uma... um discurso por traz, de que o Sistema Único de Saúde não funciona, que não é bom, que né, tem realmente as suas falhas, seus problemas né, mas que eu acho que, sempre digo, “olha se o Sistema Único de Saúde muitas vezes não funciona não é porque ele não é bom, é porque ele depende de pessoas né e quando a gente tá falando de pessoas...”. Então acho também de ter um estímulo maior na formação para que as pessoas possam, porque até pensando né, até em termos de mercado, não tem mercado para todo mundo né, então, na verdade, as pessoas vão acabar atuando na política pública né e na verdade ela não pode ser assim uma segunda opção, as pessoas não tem que pensar, “ah eu vou fazer um concurso público porque eu não consegui outra coisa, ou porque é mais fácil”, mas porque realmente se identifiquem com aquilo que estão fazendo... (Entrevista Individual).

É importante pontuar o fato de que o contato com a saúde pública, de modo geral, e a saúde do trabalhador, desde a graduação, não foi algo comum relatado pelas entrevistadas. Em alguns momentos aparece como algo pontual, em outros como uma disciplina “fraca” sem muito aprofundamento evidenciando que este modo de ensino-aprendizagem nem sempre dá conta de abarcar a problemática presente no contexto relativo ao mundo do trabalho e os

processos de saúde e adoecimento.

Eu me lembro que eu fiz uma disciplina que era o Álvaro inclusive o professor e ele trabalhou as novas tecnologias lá na residência, e a gente estudou a Psicopatologia do Trabalho do Dejours né, então isso eu lembro assim que foi a única vez, que foi pontual, mas foi consistente assim, foi uma coisa construída para a gente ter uma compreensão um pouco diferente das relações de trabalho né, naquele momento (Entrevista Individual).

Na verdade, muito pouco. [...] a graduação em Psicologia é muito voltada para clínica, clínica privada e individual. Eu tive duas disciplinas de trabalho, que a gente vê uma relaçãozinha, um pouquinho. Mas na verdade vai se constituindo na prática, nas reuniões de equipe, na fala dos próprios trabalhadores, no atendimento dos usuários (Entrevista Individual).

Eu acho que na graduação eu tive várias cadeiras de saúde do trabalhador, Psicologia do Trabalho e eu acho que elas poderiam ter sido bem melhores assim e o que eu fico triste que era unânime entre as pessoas de que aquela cadeira não tava sendo legal sabe. Sendo... uma das cadeiras foi muito boa, uma das cadeiras foi muito boa assim, [...] que foi quando eu gostei muito da saúde do trabalhador, foi quando eu tive essa experiência de estudar a Psicologia do Trabalho e entender o trabalho como algo importante né e central na vida do “homem” na perspectiva da sociedade assim que a gente vive (Entrevista Individual).

Então eu acho que é algo que eu acho que tive experiências boas, mas acho que poderia ser melhor, até integrar essa parte da formação eu achei que tinha pouca integração com as políticas do trabalhador, alguma coisa de legislação e saúde do trabalhador. Não que a gente tenha que aprender a legislação na faculdade, mas algumas questões assim base dos direitos dos trabalhadores, os nossos próprios direitos a gente nunca estudou [...]. Prejudica porque bom tu atende alguém e tu não sabe ali o que são, tu não sabe, tu acaba ficando perdido assim na hora de atender, de orientar né... (Entrevista Individual).

Desse modo, as profissionais apontam que o campo ainda é bastante frágil, necessitando de muitos investimentos, especialmente em educação permanente como capacitações, para dar o suporte necessário às equipes no atendimento às necessidades da saúde dos trabalhadores. A educação permanente, nas palavras de Ceccim e Ferla (2009), é entendida tanto como uma prática de ensino-aprendizagem como uma política de educação em saúde. Aproxima-se da perspectiva da educação popular em saúde, diferenciando-se no que se refere o foco no trabalho e não a questão da cidadania.

A ideia da educação permanente em saúde expressa uma escolha político-pedagógica (CECCIM; FERLA, 2009). Seguindo estes princípios orientadores, a educação permanente, após amplos debates no âmbito da saúde pública foi aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) como uma Política Pública de Saúde (BRASIL, 2005;

2009). Assim sendo, esta política passou a ser considerada como uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento das equipes para o trabalho em saúde.

Acho que permanentemente [capacitar], por isso que te falei, que nem aquela coisa um pingo que tanto pinga um dia fura uma pedra né. Eu acho que precisa permanentemente sabe, não tem como não, sabe, eu acho que tem que fazer isso mas eu acredito muito, atualmente, eu acredito muito mais nas pessoas até de nível médio para propagar isso, os agentes comunitários, técnicos e talvez os agentes até porque eles estão no meio e talvez se identifiquem com algumas questões e daí faça mais sentido né, porque tudo tem que buscar o sentido na vida, o sentido de trabalho, o sentido da vida, qualquer projeto que tu tem, tu tem que ter algum sentido (Entrevista Individual).

A educação permanente não nomeia apenas uma área da saúde a qual deve se dedicar as formações, já que o usuário deve ser atendido de acordo com suas necessidades de modo integral. Entretanto percebe-se, como já afirmado, a fragilidade das habilidades das profissionais da saúde em desenvolver uma escuta voltada ao sofrimento no trabalho. Aponta-se, assim, para o fator de haver uma necessidade de investimentos neste contexto, conforme assinalam as entrevistadas.

Não, eu acho que tem que fazer sim [capacitação para a equipe], eu acho que é muito diferente ... Tem uma dificuldade pra saúde mental assim e daí eu acho que pra saúde mental e trabalho é pior ainda né... [...] eu acho que tu tem que ter uma flexibilidade boa assim para circular nos dois campos assim e pra não engessar os dois campos né. [...] eu acho que as coisas interligam muito bem assim né. Com certeza eu acho que o pessoal da Psicologia da UFRGS tem que continuar dando mais cursos, eu acho que a história assim de capacitar mais [...] (Entrevista Individual).

Acho que em termos da rede pública acho que ampliou a questão das capacitações. Acho que a gente vem falando mais em educação permanente. Mas eu acho que é muito mais focado na questão de como fazer, como se efetivar o SUS propriamente dito, do que tratar das questões do que representa o trabalho na vida das pessoas. O que é trabalhar hoje, por exemplo. [...] discutir o trabalho em si, eu acho que falta muito ainda (Entrevista Individual).

As entrevistadas apontam que se já é difícil as profissionais da saúde estarem e sentirem-se aptas para atuar junto às demandas da saúde mental, quem dirá sobre a saúde mental relacionada ao trabalho. Essa observação demonstra ainda mais a necessidade de investimentos permanentes no âmbito da formação dos trabalhadores do SUS e que existe uma demanda importante de formação.

Interessante observar que a abordagem sobre as trajetórias acadêmicas e profissionais disparou reflexões e um **resgate da história de vida** das entrevistadas. Nitidamente elas fizeram uma análise sobre como foi esse modo de se constituir ao longo dos anos,

questionando-se e ressaltando acontecimentos que passaram, quem sabe até então, despercebidos.

Sim, ahm, faz uns anos já né, não vou me lembrar muito, mas a gente assim mais perto dos últimos anos teve ali, a partir do sétimo semestre talvez algumas disciplinas relacionadas especificamente a isso né, a saúde do trabalhador, o trabalho, e agora eu não me lembro o nome das disciplinas. [...] Psicologia do Trabalho, ahm, nossa faz muito tempo e a gente fazia reflexões bem interessantes assim né, teve, teve uma importância para mim assim essas últimas disciplinas né, até nas minhas escolhas futuras. A gente fez um, não sei se tu deve conhecer a Gislei, a gente fez com ela um diário com ela assim né, a gente tava no último ano já, próximo de se formar, e falamos sobre o futuro, um pouco sobre a nossa formação e o que a gente imaginava pro futuro, como é que era aquele nosso momento, a gente fazia as conversas bem ricas assim né, que ficaram marcadas, mas assim... ah, faz muitos anos né, mas me lembro que teve, passei por isso na formação... (Entrevista Individual).

[...] a gente tem discutido ali bastante é a questão do trabalho do adoecimento, da saúde mental dos trabalhadores, é... e tem vários colegas que são marxistas assim, então eles trazem bastante assim, eles que são da dimensão do trabalho numa perspectiva marxista. E... e a gente tem esse espaço assim que é um espaço mais informal que aparecem as coisas que a gente vivencia. E tem o espaço da sala de aula que é semanal que a gente tem discutido mais educação permanente em saúde, por enquanto. E enfim, a gente tá começando as aulas agora, não sei se tem espaço pra discutir saúde do trabalhador, é uma boa pergunta... é uma boa pergunta sim (Entrevista Individual).

A vivência profissional, para além das questões ligadas a formação acadêmica também abrem possibilidade para uma atenção à saúde dos trabalhadores e suas demandas psíquicas. Desse modo percebe-se o caráter instrutivo e facilitador ligado a aprendizagem que o trabalho também pode aprimorar.

[...] eu fiquei com a Secretaria de Educação na época, e o número de professoras com depressão imenso, com estresse, enfim, era o número maior, claro que é a secretaria maior que tem em número também, mas a licença saúde por depressão era o maior número da prefeitura, entre as professoras. Então a gente trabalhava na escuta, resolvendo conflitos entre as diretoras de escola e os professores enfim, mas um sofrimento muito grande inclusive da clientela que elas atendem né, de serem agredidas pelos alunos ou de se envolverem com todas as histórias trágicas que convivem diariamente ali em sala de aula. Era um trabalho bem legal, mas a minha ideia era da área da saúde, da comunidade, mas me ajudou porque ampliou a minha visão (Entrevista Individual).

[...] lá eu não tinha saúde do trabalho mas eu já percebia, eu me lembro que uma vez tinha uma mulher que tava muito deprimida e eu perguntei onde ela trabalhava e ela trabalhava num cemitério, e eu olha sabe, eu nunca tinha ouvido falar em saúde mental e trabalho ali naquele momento, depois tive, mas eu, bah, criei uma sensibilidade para isso assim, exatamente (Entrevista Individual).

[...] aí fui pra saúde mental com aqueles pacientes mais graves né, que foram os pacientes de CAPS, que não ahm, a questão de trabalho bateu na minha porta assim no primeiro atendimento que eu peguei, é muito doido isso quando tu tens esse olhar não adianta né, um dos primeiros casos que me encaminham lá pra acompanhar é

do caso de um cara que era açougueiro e que tava com, tinha enlouquecido né, tinha surtado, e aí bom né um prato, um presentão que veio assim [...] (Entrevista Individual).

Tais elementos estão ligados às vivências profissionais também, não passando apenas pela formação acadêmica, mas sim pelo **campo de práticas** que tem o poder de desenvolver sensibilidades antes não percebidas ou existentes. Relaciona-se também com um posicionamento ideológico e a sensação de pertencimento a classe dos trabalhadores, uma noção de sujeito que é passível de sofrimento e de afetação provocada pelo mundo do trabalho.

Quando começou lá em 2000 a falar de assédio moral pela Marie France e pela Margarita Barreto, isso, eu comecei a entrar em contato com isso em 2004-2005 e aí então comecei a estudar e aí fui fazer a assessoria pro sindicato da [instituição] e que nossa sim, 98% dos atendimentos estavam relacionados a sofrimento mental no trabalho, a assédio moral, a violência no trabalho (Entrevista Individual).

A **escolha ideológica** que é feita por cada profissional da saúde também vai interferir no seu modo de trabalho. Isso está diretamente relacionado com a identidade de classe construída pelas entrevistadas e atravessam fortemente a sua relação com o trabalho e com os usuários, sendo perceptível no modo como se faz a escuta e a compreensão das demandas trazidas por aqueles que sofrem e procuram os serviços de saúde.

Eu acho que tem muitas questões ideológicas também que se diferenciam nos trabalhadores, e que não conseguem entrar em coesão em razão disso (Entrevista Coletiva).

Eu entrei em 1981 na faculdade, ou seja, eu peguei um período muito complicado e na [instituição de ensino] a formação é organizacional a condução é essa né, então a gente tem um outro olhar de saúde e trabalho que não tinha, não tinha espaço pra esse processo. Eu fui me deparar com essas questões quando eu comecei assim, por essa questão da militância mesmo né, eu participava do sindicato dos psicólogos, eu participava do movimento estudantil então a gente começou a conhecer pessoas que falavam disso (Entrevista Individual).

Na verdade, tem a ver com toda uma trajetória minha desde a época da faculdade assim né, eu sempre tive toda uma inserção nas questões mais políticas assim então achei, acho que foi naturalmente se constituindo assim, porque quando eu me formei meu projeto era trabalhar com saúde mental e trabalho, assim sempre foi, e queria trabalhar com saúde pública por acreditar na concepção de saúde pública (Entrevista Individual).

Desse modo, pode-se observar o quanto as trajetórias de vida pela saúde pública produzem marcas no fazer dessas profissionais. Muitas vezes as entrevistadas mencionaram o papel da formação acadêmica (graduação, especialização e mestrado) na produção de uma escuta sensível voltada para a Saúde do Trabalhador. Em outros momentos foi a prática que

“abriu os olhos” dessas profissionais para uma atuação qualificada nesse sentido. Entretanto, percebe-se, de sobremaneira, a partir de críticas das próprias entrevistadas que ainda há muito a avançar no sentido de construir uma educação permanente com enfoque na saúde do trabalhador.

A sensação que fica é que falta ainda muito investimento do poder público para que o cuidado com este campo seja desenvolvido. Parece que no que depende da profissional, aquela que já possui afinidade com o campo, pode-se esperar um cuidado atento às demandas de sofrimento do trabalho. No entanto, quando a formação acadêmica e permanente tem sido precária se torna mais difícil até mesmo o trabalho em equipe e a relação com aqueles que já têm práticas consolidadas na saúde do trabalhador. Isso ocorre em função de um não reconhecimento da importância do cuidado neste sentido pelo grupo de trabalho de modo geral.

Verifica-se assim muito mais um investimento pessoal e individualizado, em que as profissionais que percebem a necessidade buscam em espaços externos capacitar-se, do que um incentivo institucional, aqui entendido em âmbito macro e micro social, como Ministério da Saúde e gestão local. Se a saúde dos trabalhadores não é um tema abordado e não há interesse em ser, o despertar do interesse das profissionais torna-se mais raro, dependendo de um desejo individual e necessidade pelo trabalho desenvolvido.

Assim, este processo passa a ter uma relação de interdependência entre os fatores individuais, muito mais ligados ao desejo do sujeito e afinidade pessoal, e o incentivo da instituição/gestão no sentido de proporcionar o aprimoramento profissional em campos considerados mais frágeis de atenção à saúde. Justifica-se, pois não há uma tradição relativa a um acolhimento próprio e uma escuta qualificada, mesmo após a elaboração de políticas públicas e tentativas de criar dispositivos que deem suporte neste sentido.

4.1.3 Modos de Ver, Modos de Escutar: Acolhimento Integral

Um dos elementos que se destacou durante as entrevistas no que diz respeito a atenção à saúde dos trabalhadores é fato das participantes terem demonstrado desenvolver

suas práticas em saúde a partir de uma escuta sensível, não necessariamente para as demandas relativas ao sofrimento no trabalho, mas sim de modo integral. Mencionaram “olhar e escutar” para aquilo que é trazido pelo usuário, desfocando, de certa maneira, a sua especialidade e centrando-se no que é verbalizado pelo sujeito atendido.

[...] porque eu acho que começa por aí, tu olhar as pessoas como humanas, como iguais, e não com aquela separação que os profissionais fazem, eu tenho o saber e tudo e eu vou te tratar [...]. (Entrevista Individual)

Acho que pontualmente tu encontra algumas pessoas tanto capacitadas formalmente né, mas é raro, bem raro, ahm... como tu encontra algumas pessoas sensíveis como ser humano mesmo sabe? Que daí acaba levando em consideração o ser humano como algo mais complexo, mais integral mesmo assim e daí trazem a questão do trabalho (Entrevista Individual).

Esse **modo de ver-escutar** diz de uma escuta integralizadora, que permite olhar para as variadas interfaces do sujeito e daquilo que fazer sofrer, o que inclui o mundo do trabalho. São habilidades que podem ser adquiridas tanto a partir da formação acadêmica e formal, quanto a partir das vivências profissionais. Muitas vezes acontece algo que convoca a atenção do profissional da saúde e faz com que este passe a valorizar mais a questão relativa à saúde mental dos trabalhadores.

Não, como eu te falei antes assim ahm, se tu não tem um olhar integral, não é o olhar para a saúde do trabalho que vai ter, sabe. Poderia nem pensar, uma coisa é tu ter, buscar isso dentro de ti, de tu ter isso como princípio, de tá nesses princípios. “Bem eu só não sabia que podia relacionar com o trabalho”, daí tudo bem, ah sim, aí que bom vamos ver como isso funciona, sabe. Mas quando tu não busca, como eu te falei do trabalho mais robotizado aquilo que eu te falei sabe, que é uma questão de saúde mental, no meu ponto de vista (risos), que implica no seu fazer e no seu trabalho, sabe, tu não vai te “antelar” e mesmo assim não vai ter uma escuta mesmo que tu chega na frente dele e fale, a não ser que desperte alguma coisa lá, mas não, sabe... (Entrevista Individual).

[...] na verdade não acho que as pessoas não estão capacitadas, eu acho, tanto que eu gosto de usar mais o termo sensibilizar, porque eu acho que tu tem que tá aberto, disposto a poder enxergar aquilo, enfim senão por mais capacitado que tu esteja se tu não conseguir olhar, enfim, o outro como um trabalhador de que, e que é, na verdade se a gente for pensar ninguém mais tem as 8 horas de trabalho né, todo mundo trabalha mais que isso, ou se dedica, mesmo que não esteja trabalhando, enfim tá pensando no trabalho, tá se deslocando pro trabalho então assim, ocupa muito mais que um terço da nossa vida, então não tem como ele não impactar (Entrevista Individual).

Assim, nesse sub-eixo busca-se referenciar as práticas que acolhem as demandas trazidas ao serviço pelos usuários de modo integral. Sendo assim, o sofrimento no trabalho

também é considerado no cuidado em saúde mental, fazendo com que os campos da Saúde do Trabalhador e a Saúde Mental se entrelacem.

É e de ter esse olhar voltado, porque eu sempre digo assim, ontem até uma estagiária se despediu lá do local e eu disse, “olha não esquece do que eu te falei, de que a gente, independente de área de atuação a gente vai se deparar com situações de trabalho, então seja na Psicologia Escolar, seja na Psicologia Comunitária, seja na Psicologia Clínica vão ter situações de trabalho que a gente tem que...”. Na verdade, nem todo mundo vai atuar na saúde do trabalhador, mas se tiver esse olhar é isso que é importante, eu vou ter me sentido assim que eu contribuí realmente com a formação desses futuros profissionais (Entrevista Individual).

Eu ainda acho assim que as coisas, que é das pessoas, sabe assim, que existe um lado que as vezes a gente quer negar, a gente pensa no coletivo tudo bem, mas existe o indivíduo dentro desse coletivo e se esse indivíduo não despertou essa sensibilidade, as vezes me pergunto porque que estão trabalhando aqui na saúde pública, vai pro privado, acho que cada um trabalha bem onde eu acho que dá, é sua proposta tudo bem, sua escolha tem que ser respeitada, agora já que tu está no público, que tu siga o público, sabe, é a minha opinião, sabe. Então assim, quando tu tem tudo disponível, e para todos, até para os agentes comunitários (Entrevista Individual).

Os comentários verbais emitidos pelas entrevistadas demonstram o quanto a disposição para um acolhimento integral pode produzir diferenças na relação entre usuários e profissionais da saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH) prevê o acolhimento como uma ferramenta fundamental do trabalho em saúde pois perpassa todos os níveis de atenção ao usuário, desde a sua chegada ao serviço de saúde até a sua partida, não sendo responsabilidade de um único profissional.

Então assim eu acho que tudo é uma questão de cultura, eu digo assim, tudo que não é só da formação acadêmica, porque eu me lembro assim, eu posso dizer numa autocrítica de mim mesma sabe, porque eu [...] atendia, eu trabalhei no campo da Tuca, a gente implantou uma equipe no campo da Tuca, aquilo foi legal porque deu uma baita experiência assim e lá nós fazíamos plantões não era no Sanatório Paternon que nem é agora, era num “prediço” lá bem antigo, caindo aos pedaços [...] E eu lembro de ter dito um dia para o meu pai, “bah pai eu vi aquelas pessoas na comunidade lá durante o dia, e elas foram de noite”, não foram consultar? E as vezes final de semana tinha 300 pessoas sabe e bah e ele olhou para mim e disse assim, “minha filha jamais perca a tua sensibilidade”, bem, não precisou outra coisa na vida né (risos). [...] Então tudo isso assim se a gente tá aberto vai escutando as coisas que aparecem, meu pai falou aquilo, não sei o que mais, tu vai vendo, vai ficando dentro de ti, e daí não sai mais, não sai de jeito nenhum, só melhora então (Entrevista Individual).

Em alguns serviços de saúde percebe-se uma compreensão equivocada sobre o acolhimento, em que alguns profissionais, e até mesmo serviços e gestores, acreditam que este seja um momento específico do atendimento, geralmente ligado à recepção ou triagem. Institucionaliza-se o acolhimento como uma etapa do cuidado, não atuando do modo que a

política orienta, em que o acolhimento deve ser transversal, presente em toda relação que se constrói no serviço de saúde. Essas definições limitadas e reduzidas a ações pontuais estão descomprometidas com o que se pensa como acolhimento integral, comprometendo o estabelecimento de vínculos nos serviços (BRASIL, 2010).

Assim é possível perceber o enlace de vidas no âmbito do cuidado, já que se considera o vínculo e a relação de confiança construída no “entre” como uma potência de afetar e ser afetado, e assim trabalhar (BRASIL, 2010). Desse modo, se constrói a humanização como uma política de saúde, em que não é possível separar a atenção e a gestão. Para se colocar em prática essa política é necessário fazer uso das “tecnologias relacionais” que enfatizam a abordagem das relações em detrimento daquelas instrumentais (BENEVIDES; PASSOS, 2005; GUERRERO, 2013).

Para Merhy (2013b, p. 176), há três maneiras de atuar das tecnologias de cuidado em saúde: as “tecnologias duras”, as “tecnologias leve-duras” e as “tecnologias-leves”. Enquanto a primeira se refere a uma caixa de ferramentas ligadas recursos materiais como um estetoscópio, uma caneta, papéis, entre outros, a segunda se refere ao campo de saberes estruturados, o que pode incluir a clínica, a epidemiologia ou a pedagogia. Já a última tecnologia referenciada pelo autor diz respeito àquilo que existe na relação entre usuários e trabalhadores, o “espaço-relacional”, existindo apenas em ato entre dois sujeitos. Uma das tecnologias leves se refere ao acolhimento, que pode ser realizado de diferentes formas por diferentes pessoas e serviços, mas que deve ter como base o sujeito que demanda cuidado, sua história e seu relato, numa tentativa de realizar um cuidado ampliado e integral.

E aí é isso, é a coisa de tu te colocar em escuta em abertura para aquele usuário e bom, aí a coisa vem. Aí tu consegue identificar né que é um sofrimento em função de alguma questão de trabalho enfim, mas... ahm é isso assim (Entrevista Individual).

[...] é tá discutindo a ideia de que a atenção em saúde tem que ser mais ampliada possível né, o olhar sobre aquele paciente tem que ser integrado né e isso a gente não consegue se tiver muito distante né (Entrevista Individual).

E a gente sempre nesse olhar um pouco mais ampliado né, isso faz a diferença no atendimento (Entrevista Individual).

Quando se referem às questões relativas ao sofrimento no trabalho, a escuta atenta, o ato de “abrir o olhar e o ouvido” e conseguir escutar o usuário-trabalhador também é mencionado como uma atitude primordial. Assim, se a profissional de saúde está disponível

para acolher o que é expressado pelo sujeito, ela perceberá também o sofrimento produzido no trabalho e os impactos que isso tem provocado na vida do usuário, passando pelos sintomas e chegando até mesmo em um possível diagnóstico.

Então eu acho assim, é se tu abrir o olhar... tu vai atender muitas questões de saúde mental e trabalho mas tem que treinar o olhar a escuta né ainda esse é o melhor instrumento que tem (Entrevista Individual).

Acho que a questão é o nexó sabe, é tu ter a escuta aberta, pra saber que o trabalho, sabendo que o trabalho e daí tu fazer essa conversa sobre o trabalho da pessoa. Bah, chegar alguém "ah eu não consigo dormir", "eu não tô comendo direito", "eu tô triste", "eu choro" e daí tu pode ouvir e, simplesmente dizer, "ah, tá deprimida, vamos falar sobre a tua mãe" sabe, mas daqui a pouco tu precisa abrir o teu ouvido para ouvir sobre o trabalho (Entrevista Individual).

Mesmo enfatizando a importância desse olhar cuidadoso, é referido pelas entrevistadas o fato de que alguns serviços ainda não estão preparados para isso. Tal situação se dá de modo a segregar as demandas do sujeito que, muitas vezes, não encontra acolhimento no SUS, fato que acontece com muita frequência quando há demandas de sofrimento relativo ao trabalho.

[...] só que no CAPS a instituição CAPS não... tem um outro olhar, é uma visão muito, ahm, muito difícil porque assim vai contra tudo que eu acreditava do que deveria ser um trabalho de CAPS (Entrevista Individual).

[...] como é que não se pergunta, isso é produzido, e é necessário esse não poder perguntar, esse não olhar para o outro, para poder manter isso que a gente está organizado né [...] (Entrevista Coletiva).

Dejours⁵ afirma em uma entrevista sobre a centralidade do trabalho o fato que o trabalho tem em si um potencial de desenvolver uma sensibilidade que antes não existia no sujeito, algo que está ligado a uma inteligência corporal que "só de olhar se percebe". Assim pode-se afirmar que essa sensibilidade aliada às habilidades para com o fazer são aspectos humanos que podem ser desenvolvidos e que a prática é uma ferramenta potente no desenvolvimento de novas capacidades perante as dificuldades encontradas no contexto laboral. O comentário verbal sinalizado abaixo condiz com essa maneira de pensar.

⁵ Entrevista veiculada na televisão francesa.

[...] quando tu tá sensibilizado, tu olha, é como fazer um diagnóstico de um paciente né, se tu não pensa nas possibilidades de adoecimento tu não vai fazer o diagnóstico. Em relação ao sofrimento mental no trabalho também é assim, então quanto mais né tu tem experiência mais tu consegue perceber, tem ferramentas para tu fazer essa análise, então eu acho importante isso a gente discutir com os residentes e com os doutorandos a questão do sofrimento mental no trabalho, mas isso ainda não tá claro na cabeça das pessoas, né? (Entrevista Individual).

Assim a proposta de uma interlocução genuína entre trabalhadores e usuários do SUS é um dos objetivos dos serviços e do sistema a serem perseguidos, especialmente após a elaboração da PNH que prevê de modo claro a proposta da integralização no acolhimento. A integração entre os dois atores busca a construção e manutenção de vínculos e cooperação entre as pessoas envolvidas, construindo uma noção de corresponsabilidade no funcionamento do SUS e proporcionando uma abertura ao diálogo entre profissionais e usuários (GUERREIRO, 2013).

Assim sendo, fatores acima nomeados como sub-eixos temáticos desta pesquisa (centralidade do trabalho e trajetória acadêmica e profissional) vão afetar modos de ver e modos de escutar atentos àquilo que faz sofrer os trabalhadores, já que o entendimento do trabalho não é de um elemento neutro na vida social e sim algo que atravessa a existência humana. Esse modo de ver e de escutar integralmente o usuário do SUS faz a diferença no atendimento, já que este é visto com o ser humano complexo, em que há diversas forças atuando no processo de saúde-adoecimento. Essa perspectiva de atenção ampliada faz com que as demandas relativas à saúde dos trabalhadores também sejam consideradas e, a partir disso, intervenções possam ser pensadas em conjunto com o usuário. Afirma-se, dessa maneira, que as profissionais que tem uma inserção neste campo e que possuem em sua trajetória acadêmica e profissional noções sobre centralidade do trabalho acabam desenvolvendo uma sensibilidade para lidar com o sofrimento proveniente do trabalho.

4.2 SAÚDE MENTAL E TRABALHO NO SUS: ARTICULAÇÕES EM REDE

O tema da saúde mental ainda é carregado de estigmas sociais e preconceitos. Nem todos os profissionais se sentem tecnicamente habilitados para atuar junto a esta área da saúde. Se com a saúde mental já se encontra dificuldades, quando associamos o sofrimento relativo ao trabalho é possível evidenciar um campo de práticas ainda mais frágil e que tem muito a avançar. Desse modo, a Política de Saúde Mental no âmbito do SUS encontra diversos entraves para a sua efetividade. Quando associada a saúde dos trabalhadores a situação encontra-se ainda mais defasada.

A noção de saúde mental é entendida aqui, não como sinônimo de doença mental e sim como um estado complexo que envolve diversos elementos relativos a condição de vida. Saúde Mental, nas palavras de Amarante (2007), é um campo de conhecimento e de atuação na esfera das políticas públicas de saúde. Poucos campos de conhecimento e práticas apresentam uma complexidade tão grande e plural, que envolve diferentes setores e transversaliza saberes, já que a saúde mental não se baseia em apenas uma forma de conhecimento, como a psiquiatria, por exemplo, e nem é exercida apenas por um profissional. Necessita de saberes diversos, entrecruzamentos e uma composição de informações acerca do que é humano.

Saúde Mental não é apenas psicopatologia, semiologia... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais... Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental, estão, além da psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise [...], a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a filologia, a sociologia, a história, a geografia [...]. Mas se estamos falando em história, em sujeitos, em sociedades, em culturas, não seria equivocado excluir as manifestações religiosas, ideológicas, éticas e morais das comunidades e povos que estamos lidando? (AMARANTE, 2007, p. 16).

Diferentemente do que se pensa, quando se usa o termo “saúde mental” não se refere a doença mental. Entretanto esta referência ainda está vigorosamente presente no imaginário social da população em geral, bem como dos próprios profissionais da saúde. Assim, deve-se enfatizar a ideia de que a saúde mental é um campo polissêmico e plural que se refere ao estado mental dos sujeitos, mas também das coletividades (AMARANTE, 2007).

Seligmann-Silva (2011) afirma que, na atualidade, há uma instância social que passou a receber uma atenção especial no que diz respeito a produção de saúde e adoecimento psíquico. Essa instância refere-se ao trabalho que, conforme o contexto em que é desenvolvido, pode tanto ser sinônimo de fortalecimento da saúde quanto gerador de vulnerabilidades que podem desencadear transtornos mentais, tanto no plano coletivo quanto no individual.

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), reconhece o trabalho como um fator agravante ou desencadeante do processo saúde-adoecimento (BRASIL, 2012). Com relação à saúde mental isso não seria diferente. No Capítulo 1 desta tese foi abordada de modo aprofundado a inter-relação entre as políticas de Saúde do Trabalhador e Saúde mental, mostrando a importância da inseparabilidade do quesito trabalho quando se aborda tais campos de práticas.

Algumas ações relativas ao cuidado em saúde mental em geral também podem ser adotadas quando se trata de sofrimento no trabalho. Apesar das adversidades presentes no serviço público há iniciativas importantes que conseguem acolher os usuários de modo integral.

Sendo assim, este eixo temático busca discutir as aproximações (im) possíveis da saúde mental ao contexto do trabalho, buscando compreender como isso é percebido pelas profissionais de saúde entrevistadas. Discutem-se quais foram as intervenções já propostas, buscando valorizar as iniciativas dessas trabalhadoras. Mostram-se também as dificuldades que o trabalho em rede encontra para ser, de fato, efetivado e ainda se aborda as diferentes visões de saúde mental presentes nos relatos das profissionais.

Este eixo é composto pelos seguintes sub-eixos: Compreensões em Saúde Mental: o Lugar do Trabalho; (Des) Articulação do Trabalho em Rede; e Ações em Saúde Mental e Trabalho. Foram construídos a partir, especialmente, das entrevistas realizadas durante a pesquisa de campo e observações clínicas da pesquisadora, além dos registros do diário de campo.

4.2.1 Compreensões em Saúde Mental: o Lugar do Trabalho

Para poder intervir no campo da Saúde Mental e Trabalho é necessário, antes, conhecer qual é o entendimento das profissionais de saúde a sobre o tema da saúde mental. As compreensões de saúde mental podem ser diversas e ligadas a diferentes áreas do campo humano. Como já dito anteriormente, saúde mental ainda é vista por muitos como sinônimo de doença mental. Além disso, a articulação entre saúde mental e trabalho, representa ainda um “nó” nas práticas de saúde do SUS, conforme evidenciado abaixo.

[...] a saúde mental é um nó na rede pública é sempre um problema né [...] (Entrevista Individual).

Eu acho que na saúde mental sim tá, a tendência é de cada vez mais das equipes assumirem, mas quando é para fazer a relação de saúde mental e trabalho aí morre, sabe. [...] Acho que têm um medo de se incomodar em geral, porque bom, vai tem uma empresa que vai tá envolvida e daí não tem nada palpável assim (Entrevista Individual).

[...] essa compreensão de sofrimento mental e trabalho não existe né. Poucas pessoas e aí tu vai pinçar, isso são momentos pontuais e mais na atualidade que a gente vai conseguir entender um pouco mais as questões do sofrimento mental no trabalho (Entrevista Individual).

[...] Eu não tenho essa prática assim direta né, de trabalhador vir nos buscar em função disso, né. [...] mas eu acho que é um... acho que é uma área que a gente não... que a gente tateia, sabe a gente desconhece, a gente não estuda a gente não vê, a gente tateia (Entrevista Individual).

As falas acima demonstram claramente que, na visão de muitas profissionais da saúde, há uma **cisão entre ser trabalhador e ser usuário de saúde mental**. É como se não fosse possível um trabalhador ser visto como usuário e vice-versa. Algumas entrevistadas tinham dificuldades em manifestar uma compreensão de que o usuário do SUS também é trabalhador. Muitas vezes quando se questionava sobre a relação entre saúde mental e trabalho dos sujeitos atendidos, a impressão é que havia uma cisão entre “quem trabalha e quem é usuário”.

[Sobre os atendimento de usuários com sofrimento mental no CAPS] Porque, assim, no CAPS II... A gente não atende, tu diz em termos de funcionários? De colegas? [...] Não. A grande maioria [dos usuários] já estava, tipo, dispensado, não tava atuando né. Alguns já viam há muito tempo né, nem chegaram a trabalhar, faziam algum curso. Eu não me lembro especificamente assim de alguém que tenha adoecido pela questão do trabalho (Entrevista Individual).

Olha, acho que tá indo de mal a pior assim né, a gente percebe, muitas vezes as queixas dos colegas assim, quando a gente fala em saúde mental e trabalho muitas vezes as pessoas tem dificuldade em enxergar o trabalhador, mas eles se enxergam,

enquanto trabalhador... [...] Então tanto questão, acho que falava-se a questão do SUS, o quanto a própria mídia muitas vezes massacra enfim os profissionais que tão lá e que enfim... [...] Culpabiliza pelo não funcionamento enfim, ou algumas situações que né acabam... as desgraças né, enfim, as pessoas usam muito isso assim, principalmente a mídia assim né (Entrevista Individual).

Tal percepção é ressaltada nas entrevistas, demonstrando o pensamento das entrevistadas em relação a dificuldade de perceber no usuário um trabalhador. Em alguns momentos as participantes afirmaram, criticamente, que a equipe e demais colegas tem esse modo de ver o usuário-trabalhador, sendo uma visão bastante comum nos serviços.

[...] eu me lembro que tinha uma paciente lá na residência que ela contou, ela tava sofrendo assédio moral né, claro que a gente não sabia disso na época, mas ela contou que o chefe dela tinha um quadro atrás dele escrito “O poder sem abuso perde o encanto”, o chefe dela. Ela era funcionária de uma empresa de aviação, eu não me lembro qual né porque isso tem muitos anos. Mas assim eu me lembro assim que eu escrevi, eu fiquei tão chocada quando ela colocou isso sabe e aí assim e o que que aconteceu, eu fui fazer a discussão do caso e se focou na lesão por esforço repetitivo que ela tinha e não conseguiu se compreender aquele sofrimento como um todo né, a gente fragmentou o sofrimento dela e respondeu de uma forma muito incompleta o que ela tava trazendo ali. [...] No geral me deparei com essas situações, muitas vezes sem ter como fazer uma intervenção adequada (Entrevista Individual).

Primeiro, as pessoas não têm um entendimento, de modo geral, do quanto o trabalho pode ser tanto assim, fator de saúde, quanto fator de doença. [...] Quem conhece, é a assistente social que domina o que tem que ser feito. [...] Médico do trabalho eu nunca tive, nunca trabalhei junto com médico do trabalho. Mas entre psicóloga, com certeza o assistente social domina mais (Entrevista Individual).

Inúmeras vezes foi relatado nas entrevistas que, quando há uma pessoa na equipe que possui formação, interesse ou uma escuta sensível para com as demandas do sofrimento no trabalho do usuário, a discussão de caso é desvirtuada, seja para aspectos físico-orgânicos, seja para aspectos ligados exclusivamente a **história pessoal do sujeito**. Nessa ênfase direcionada a uma demanda pessoal é incluída também os conflitos familiares, ou seja, tudo aquilo que diz respeito à vida privada, excluindo o âmbito social vivenciado pelo sujeito.

[...] ele me apresentava muito a questão do trabalho né, quando eu falava com ele e eu disse “olha gente eu acho que esse caso ele tá relacionado ao trabalho né, é um sofrimento relacionado ao trabalho porque ele relata que ele era chapeiro e depois ele foi para as fábricas de calçados e ele tinha um trabalho extremamente repetitivo né”, que aquilo gerava uma série de sofrimentos depois do trabalho né, depois que ele saía, mas isso não foi identificado daí como sofrimento [do trabalho]... (Entrevista Coletiva).

Eu lembrei agora de um caso que eu atendi, não era nem no CAPS, foi na clínica escola da psicologia e o sujeito teve uma crise de pânico assim e foi no ambiente de trabalho e ele justificou a causa, colocou como causa daquilo a pressão que ele sofria no trabalho né, relatou caso de racismo, de pressão, de assédio moral e tal, e naquele serviço quando eu expus isso, só olhava para o pânico não olhava tipo, tinha outras

coisas em relação ao trabalho daquela pessoa, tratava a síndrome de pânico, aí regredi lá pra história do cara e tal de onde vinha, mais olhar para o trabalho causando isso né e o cara continuou trabalhando, depois ele saiu né desse emprego e saiu com muita dor, porque daí ele não tinha mais como, não tinha meio de subsistência mais (Entrevista Coletiva).

Até mesmo nas vagas de inclusão isso acontecia, pessoas que a empresa se utilizava desses diagnósticos mas no momento de adoecimento... e a equipe também tinha um desconhecimento por parte dessa legislação, por parte do direito dessas pessoas, das questões de carga horária reduzida, enfim acho que tem um grande distanciamento assim dos trabalhadores de saúde mental em relação ao trabalho assim, a reconhecer o trabalho como um lugar adoecedor, ou como um espaço que pode ser muito contraditório para a pessoa e também conhecer as legislações assim, isso é uma coisa que me chamou a atenção, são direitos do trabalhador (Entrevista Individual).

O fato de associar exclusivamente a história pessoal ao momento de vida e ao sofrimento dos trabalhadores está enraizado nas práticas “psis”. Tanto a psicologia quanto a psiquiatria tradicional têm como prática a análise voltada para o sujeito, deixando de lado toda a influência social e coletiva que pode estar associada a produção de sintomas. No âmbito do social encontram-se o trabalho e suas interações, mas que, em função dessa tradição, acaba sendo deixado de lado. “A herança genética, os aspectos orgânicos e/ou a história familiar e afetiva dos indivíduos geralmente foram vistos como as principais referências explicativas para problemas nesse campo.” (BORSOI, 2007, p. 103).

Muitas vezes quando a gente fala assim de sofrimento psíquico se tem alguma relação com o trabalho, as pessoas dizem “ah mas enfim”, remetem as questões da história de vida, das relações familiares né, o que não dá para se desconsiderar né, mas muitas vezes a gente percebe também, o que que acontece é muitas vezes o próprio o trabalho faz com que as relações familiares né fiquem complicadas, enfim que as pessoas se afastem, não estejam bem né, então acho que a gente tem que avançar muito nisso assim (Entrevista Individual).

E eu já vi assim ó, algo que eu também achei grave, é que foi de trabalhar essas questões como questões intrapsíquicas, como conflitos, que tu tá, que o teu chefe é o pai... essas coisas assim que pra mim são inadmissíveis assim quando tu vê uma situação de exploração no trabalho, de relações realmente assim muito adoecedoras assim... E eu, eu me lembro de ter ouvido isso assim e de ter dito assim “não, não é isso, é uma outra coisa, é real”, e aí “não é intrapsíquico”, “não, não é isso, é real”. [...] isso foi acho que bem dos psis assim, dos psicólogos com uma formação mais restrita assim... [...] Ou até vê o contexto social mas vê um como agravante do problema que ela já tem ou como, ahm... ou como eu disse agravante, disparador ou como algo que vai ajudar ela a lidar com isso, que é dela... né, numa suposta reabilitação, numa ideia de reabilitação pelo contexto assim, “eles vão dar conta disso...” (Entrevista Individual)

As clínicas do trabalho não negam a dimensão individual como influência do sujeito se constituir. Muito pelo contrário, elas afirmam a constituição do sujeito no “entre” singular, individual e o coletivo, social. Para Bendassolli e Soboll (2011, p. 3), “a associação entre

‘clínica’ e ‘trabalho’ depende [...] de uma reconhecida articulação do mundo psíquico com o mundo social”.

Assim o que se sugere não é que as questões individuais sejam desconsideradas, mas que o contexto social, e aí está incluído o trabalho, também seja reconhecido e considerado no acolhimento junto ao SUS. Sabe-se que as demandas pessoais e subjetivas afetam em grande escala o modo de ser e agir dos indivíduos, no entanto, o meio que este está inserido também possui este potencial.

Olha, já me deparei, já me deparei, sabe? Só que a gente pega uns casos tão cabeludos que já é uma mistura de tudo depois, né? Eu tive alguns relatos assim de pessoas que abandonaram e coisa, e ahm, mas que já tinham alcoolismo associado, né? Esses casos eu peguei, com alcoolismo e gente bem precarizada, né? Me lembro um que tinha também a coisa da acumulação junto, né? Então já peguei, assim (Entrevista Individual).

[...] mais importante assim de doença mesmo, burnout, um negócio assim, né, ou acidente de trabalho, esses, esses assim eu não tô me lembrando, no momento. Me lembrei de um outro caso, que daí, só que aí é uma... não era, na verdade era uma mistura de outras coisas porque, era um frentista que levou um tiro, tipo assalto. (Entrevista Individual).

Tem uma paciente que a gente atende aqui, que [...] teve uma história assim de ser uma pessoa que era cuidadora, numa casa, e fazia... trabalhava, a vida era trabalho. Ela tinha filhos que até ela não cuidava, porque ela morava no trabalho. [...] Isso é uma situação que tem que ver, assim, de... Vamos dizer, de crianças e jovens que se sentem meio abandonados pela família. Bom, não tem dinheiro, então tem que trabalhar. Aí vai ser empregada doméstica e aí fica aquela relação meio dúbia. “Ah, tá criando, adotando”. Mas aí tu vê, passa fome. Acho que uma vez, uma história assim que é uma coisa meio singela, mas é triste, assim, porque ela apanhou. A patroa dela xingou porque ela tinha pegado uma banana. Ela tava com fome e, mesmo assim, não tinha nem liberdade... Então agora, o que isso produz no sujeito assim de desvalorização, sabe? Até a gente tava falando no tratamento que ela tinha direito de lutar pelos direitos, vamos dizer assim, que ela podia se permitir. Que ela tava vendo uma série de coisas de FGTS e de tudo, mas assim tipo, “Bom, eu nasci, tipo assim, para ser escrava, para servir aos outros”. Isso, às vezes, também vai... É, isso vai repercutindo na pessoa coisas bem complicadas, até que em um momento estoura (Entrevista Coletiva).

Assim, desconsiderando a centralidade do trabalho para a vida do usuário, o trabalho entra como mais um fator que pode desencadear uma desorganização psíquica, mas, nas palavras de algumas entrevistadas, em sujeitos que já apresentam uma história prévia. Algumas das entrevistadas, principalmente aquelas vinculadas a serviços de saúde mental demonstram que os usuários desses espaços têm uma “estrutura frágil” e por isso podem não suportar uma vivência difícil no trabalho, assim como na família e na vida pessoal como um

todo. Não se leva em consideração que o trabalho em si, possa desencadear essa “fragilidade”, possa ser o motivo para uma desestabilização psíquica.

[...] só queria falar que o que acontece muitas vezes, como já tem essa, digamos, essa nossa clientela, esse nosso perfil. É um CAPS que atende psicóticos ou sujeitos com doenças mentais graves, mais graves, neurose grave... Enfim todo tipo de patologia que a gente chama de disruptiva assim, que por algum motivo interrompeu na sua vida o curso [...] E o trabalho, claro, muitas vezes entra nisso, como as gurias disseram, não como um fator desencadeante, mas, muitas vezes um sujeito com uma estrutura mais frágil, mais fragilizada, especialmente em termos de psicose ou esquizofrenia, frente a uma demanda de rendimento, de posição, enfim, de responder desde algum lugar, mais de uma resposta social, uma exigência, digamos assim, isso seria um disparador, poderia ser um disparador de uma crise, né. [...] pode vir a trazer uma crise de ruptura em função do trabalho mesmo, dessa exigência do trabalho, mas que tem a romper mesmo com algum limite que já é relativamente frágil né. Não que o trabalho em si não poderia provocar isso, mas no nosso caso, como a gente já tem este tipo de... É muito frequente acontecer... Assim como outras questões sociais, sei lá, um casamento, uma separação, uma morte, pode trazer também a crise, o trabalho entra as vezes como essa categoria de limite né (Entrevista Coletiva).

É. Pode ter acontecido um agravamento. Um sofrimento de uma situação de conflito que tenha desencadeado uma crise né. Porque, para nós, os pacientes que chegam têm o transtorno mental grave. Geralmente, já tem uma história que, muitas vezes, pode agravar no ambiente de trabalho, né? Aconteceu, a pouco tempo, de um paciente que apedrejou, inclusive, a empresa. Mas ele já tinha problemas e aquela situação de trabalho foi mais um conflito (Entrevista Coletiva).

Em outros casos aparece o **preconceito** das próprias equipes, em que estas afirmam que algumas pessoas, geralmente ligadas a uma classe social empobrecida deviam se contentar com qualquer trabalho, independentemente do quão explorador ele fosse. Aí se localiza também a ideia, mesmo inconsciente, de que quem não quer trabalhar ou não consegue trabalhar não é considerada uma pessoa digna.

Agora eu lembrei de outro caso que eu atendi de um menino que era super jovem e ele teve a primeira experiência de trabalho dele e era um trabalho horrível, horrível e ele podia ter outras experiências, mas ele tinha todo, questões dele também que atravessavam, e também muito, uma fala assim dele, e eu discuti com a minha supervisora enfim, com outras pessoas da equipe o caso dele até por essa dúvida assim, como abordar isso do trabalho com ele que é um trabalho que tá sendo tão ruim, tão desgastante. [...] e eu levava isso para discutir com a equipe e a equipe “não mas... é a primeira experiência de trabalho como é que ele já vai sair, ele tá há pouco tempo”, “Tá mas esse pouco tempo já tá servindo, ele já tá servindo para ele adoecer. [...] E a equipe ainda com uma compreensão de que qualquer trabalho era melhor que não ter trabalho assim, o que me incomodou bastante isso na época, eu me lembro disso assim (Entrevista Individual).

Desse modo, nota-se uma **dificuldade em reconhecer o sofrimento** no trabalho como algo legítimo, passível de adoecer e incapacitar o sujeito, mesmo que temporariamente para desenvolver suas atividades cotidianas, como trabalhar, dentre outras. Pode-se afirmar, assim

que há um entendimento superficial da problemática, fazendo com que muitas profissionais da saúde duvidem do relato dos usuários e de suas queixas.

É que assim, eu acho que se o usuário pelas questões que eu vejo na prática, se o usuário banca isso, “ah isso é do meu trabalho, não sei o que” ele repete várias vezes, acho que ele é até visto em alguma medida essa situação, mas não parte dos trabalhadores de saúde a investigação sobre isso (Entrevista Individual).

[...] acho que a gente precisa avançar também nisso, as pessoas que estão na política de saúde mental né fazer essa conexão de que os transtornos enfim, os transtornos mais graves também acabam interferindo, podem aparecer, ou até mesmo se agravar por situações de trabalho, então acho que isso é um desafio também para nossa região e para mim enquanto profissional de poder sensibilizar os colegas também para fazer essa relação né de que o trabalho não é só... que a questão do trabalho não tem que aparecer só quando, as pessoas... porque muitas vezes quando a gente fala assim de saúde mental e trabalho, as pessoas pensam assim de bom, um transtorno que incapacita para o trabalho... [...] é um causador... (Entrevista Individual).

É essencial que os profissionais da saúde tenham clareza sobre os impactos do trabalho na vida dos trabalhadores, para que seja possível estabelecer onexo causal. No entanto, isso nem sempre acontece, dependendo do usuário enfatizar isso nos atendimentos e assim, quem sabe, seja possível o seu reconhecimento e notificação.

A inserção da psicologia no campo da Saúde do Trabalhador lhe abre um conjunto variado de possibilidades de atuação, entre essas, o estabelecimento do nexocausal entre o trabalho e o adoecimento mental. O reconhecimento deste vínculo permeia os diferentes campos de atuação da psicologia e implica uma compreensão do humano que dá conta de suas várias dimensões (JACQUES, 2007, p. 115).

Esse entendimento nem sempre é claro para o usuário, já que muitas vezes ele é levado aos serviços de saúde pelos seus sintomas e não por aquilo que os está causando. Assim, torna-se dever do profissional de saúde a iniciativa de fazer o nexo e não responsabilizar o usuário por esclarecer ou não a origem do seu sofrimento.

Em muitos casos atendidos, a compreensão que se tem é que o fato do sujeito sofrer no trabalho é quase uma escolha, não levando em conta a situação social e econômica do usuário-trabalhador. Oferece-se explicações ligadas a questões individuais que não abarcam a complexidade do mundo do trabalho e as relações de captura que se estabelece.

Ela trabalhava numa clínica, ou alguma coisa assim, odontológica. Só que tinha toda uma relação de exploração com o patrão. Mas, aí também... Isso é outra coisa de se pensar. Por outro lado, porque alguém fica num lugar que tá sendo maltratado, que o chefe é ruim. Porque a pessoa se submete a isso e, ao mesmo tempo, não tem recurso de sair? Porque sair de lá é mais saudável, aí fica meio... Ao mesmo tempo, que tu tem alguém que tá, precisa de dinheiro, precisa sobreviver. Mas é só isso?

Entende? Porque que a pessoa não tem recurso pra... Então tem as vezes alguma coisa dela já lá... Bom, que raio de relação de tortura que se estabelece com o chefe, assim? Pode ficar, assim, se perguntando assim. É bem complicado, às vezes, uma dívida, uma coisa... (Entrevista Coletiva)

Pode ser uma questão de sorte. Um trabalho protetivo, vamos dizer assim. Seria um fator de saúde. Mas aí também entra, às vezes o quanto o masoquismo e elas buscam lugares difíceis, né? Daí é complicado (Entrevista Coletiva).

E alguns trabalhos, que também né, fazendo o inverso, escolher alguns trabalhos que também se tornam, digamos assim, escolher uma palavra, se tornam campos férteis de vez em quando para que algumas coisas se tornam [...] por exemplo, outra coisa que acontece e aparece bastante para a gente é, por exemplo, é, como eu tava dizendo, psicóticos e pessoas com quadros mais graves, tem muitos sujeitos que tem, senão uma estrutura, mas um pensamento ou um discurso paranóico, de muita desconfiança, né? E muitas vezes a tentativas de trabalho dessas pessoas foi de vigilante, por exemplo, né. E a gente sabe, e não vamos fugir disso, a gente sabe que as condições não são as melhores mesmo de trabalho né. [...] E fora toda a questão real de insegurança e mais o que é produzido em cima, ainda isso para um campo delirante fica uma coisa, realmente, bem... Então neste ponto a gente, também, tem que ter um pouco esse cuidado. E, às vezes, vem até um pedido de volta ao trabalho né (Entrevista Coletiva).

Ao contrário do que algumas correntes afirmam, não se é enfatizada as profissões das pessoas que manifestaram sofrimento do trabalho. Pelo contrário, diferentes categorias profissionais são acometidas pelo sofrimento. A culpabilização dos usuários que relatam sofrer no trabalho, também é presente como práticas das equipes de saúde. É como se todo o contexto social produtor de vulnerabilidade fosse ignorado, como se o sujeito fosse deslocado do seu meio e analisado separadamente, sem considerar o trabalho como fator determinante do processo de saúde e adoecimento.

[...] eu acho que o trabalho é algo estruturante na vida de qualquer pessoa, independente se é saúde mental ou não, mas na saúde mental acho que mais ainda, até muitas vezes né porque as vezes as pessoas ficam privadas de outros recursos, exatamente pela falta de compreensão das pessoas que tã no seu entorno, e aí eu digo que não é só a família é os próprios profissionais da saúde, da educação e todos mais. Ainda se tem né essa limitação né [...] (Entrevista Individual)

Independente da classe social a qual os trabalhadores pertencem, o sofrimento relativo ao trabalho se faz presente. Não há uma exclusividade ligada a renda ou até mesmo a categoria profissional, já que todas as pessoas podem ser adoecer em função das pressões e exigências atuais do mundo do trabalho, pois de um modo ou outro estão submetidas a lógica produtiva do sistema capitalista.

[...] eu me lembro uma situação que eu tava fazendo um acolhimento e a gente atendia muitos usuários assim muito pobres, poder aquisitivo muito baixo assim, e... e aquele dia que eu fui fazer um acolhimento era uma senhora uruguaia que tinha sido acho que era técnica de enfermagem assim em um hospital grande aqui de Porto Alegre, que ganhava um valor legal assim e que tava muito mal e que tava querendo se incluir de novo assim né, tinha passado por um período muito mal, deprimida, em casa e [...] foi encaminhada pra cá. E daí eu me lembro que foi como o primeiro choque assim de que bem, perai de que o SUS tá começando a atender uma classe média né, não é mais aquelas pessoas lá da vila né, e essa pessoa morava no bairro próximo do meu assim e né, próximo à minha casa. E daí é uma, um outro tipo de relação assim que tu fica pensando nossa, parece que a questão da saúde mental e o trabalho tá muito mais próxima cada vez mais assim né. [...] Então são situações de pessoas com outros níveis né, pessoas que trabalharam muito tempo na justiça né e que hoje tão [...] retomando né, então bem complicado... [...] Contadoras né, advogada né... [...] Então é um pouco assim não assustador mas tipo assim, é um outro nível hoje assim... (Entrevista Individual).

Então isso fica bem claro naquelas pessoas que já estão adoecidas, é, digamos tem um adoecimento físico pelo trabalho né. A gente não recebe tanto a demanda de pessoas que ainda não adoeceram fisicamente, que estejam em processo somente de sofrimento psíquico, mas nos casos que a gente recebe isso fica muito claro assim do quanto, e quanto também as pessoas demoram muitas vezes pra dar conta que aquele sofrimento tem a ver com o trabalho, porque ainda a gente ouve muito o discurso de que bom, o trabalho e vida pessoal são duas coisas completamente diferentes né e na verdade é um ideia ultrapassada mas que eu acho que as vezes a gente faz, a sociedade usa também como forma de se proteger, a gente não se dá conta que todos nós estamos sujeitos a adoecer pelo trabalho, no trabalho (Entrevista Individual).

Outro modo de compreender a saúde mental relativa ao trabalho é como **sinônimo de doença**. Neste caso, a preocupação é com a compilação de sintomas e, conseqüente, realização do diagnóstico, enfocando na categorização do sujeito e não na problematização das causas do seu adoecimento, associado a possíveis intervenções baseadas no apoio usuário-profissional da saúde.

Então, hoje com toda essa trajetória para mim é muito transparente [a relação entre saúde mental e trabalho] isso né, mas não é para todo mundo né, nem para os próprio usuários né, eles chegam principalmente na saúde mental, vem com um sofrimento intenso e que nem o próprio usuário associa que tenha relação com o seu trabalho como os profissionais que o atendem né, na saúde mental é muito fácil entrar na armadilha da doença de categorizar, de enquadrar, sem poder pensar um pouquinho de como é que é a questão do trabalho vai tá impactando sobre essa saúde mental (Entrevista Individual).

[...] então a gente tá o tempo todo provocando [pensar sobre a relação entre saúde mental e trabalho] isso assim né, na saúde mental isso eu vejo que é um pouco mais difícil né, porque a gente lida com a questão dos diagnósticos né, do enquadramentos mas acho que isso vem se modificando, na rede básica isso é muito mais difícil, as pessoas identificarem (Entrevista Individual).

Esse modo de compreender a saúde mental associada a doença mental, centra a noção de saúde, como um todo, no modelo biomédico, em que o corpo orgânico é o centro das

atenções e cuidados. Sendo assim, o tratamento passa a ser exclusivamente medicamentoso e não integral como preconizado nas políticas de saúde mental. Também não se investiga a procedência dos sintomas, tentando resgatar a história de vida do usuário.

Eu acho que é bah, nem sei assim... eu acho que é o contexto do trabalho ele é muito complexo né. Acho que tem uma questão que é essa assim que a gente tava falando dos trabalhadores que é conhecer o trabalho, o trabalho enfim, essas situações como adoecedoras e como muitas vezes dá pra chamar assim simplificadamente de desencadeantes de sofrimentos né, e acho que as vezes os trabalhadores realmente não conseguem visualizar isso (Entrevista Individual).

Isso as vezes também acaba acontecendo de não se acreditar nessa história né. Do quanto o usuário acaba, aquele usuário perde a identidade, não é fulano, não é ciclano. Então assim, qual é a história dessa pessoa, e quando ela chega no mundo, do que que gosta, o que ela fez até chegar ali né e aí muitas vezes a historicidade assim ela é desconsiderada, nós vamos tratar o sintoma (Entrevista Coletiva).

Aham, eu acho que partindo as vezes, claro com as exceções que eu acho que são pessoalizadas, mas questão de serviços eu acho muito, muito focado no sintoma e do que propriamente na construção desse sintoma. [...] a questão é: está em depressão, vamos tratar a depressão, ok, mas de que modo? Bom vai tomar uma medicação e vai ficar melhor, ok e vai continuar (Entrevista Individual).

[...] eu trabalhei um tempo com saúde do trabalhador. Antes de vir para o CAPS, há 20 anos atrás. Hoje eu não sei como é que está. Mas, na época, a discussão que a gente fazia é que a rede não sabia fazer nexos, aliás o trabalho nem passava pela cabeça do médico ver o sintoma, relação-sintoma-tratamento em função dos sintomas apresentados. Então, até na época a gente fez um curso de capacitação pela Escola de Saúde Pública pra tentar despertar essa questão pra rede, né? (Entrevista Coletiva).

Isso não significa que no âmbito da saúde mental e trabalho não se realize diagnósticos. Esse procedimento é realizado, porém com vista a incluir as condições de vida e trabalho do sujeito, buscando investigar o surgimento, a frequência e a gravidade do quadro sintomatológico apresentado (JACQUES, 2007). A investigação diagnóstica neste campo envolve: a procura por evidências epidemiológicas, que aponte a incidência de adoecimentos em algumas categorias profissionais, a reconstituição da história de vida dos trabalhadores e os motivos que justifiquem seu adoecimento, a compreensão sobre o trabalho real, a identificação dos fatores relativos a experiência de vida e a sua relação com o adoecimento, além de outros exames médicos e psicológicos (LIMA, 2006).

O que pode fazer a diferença entre um diagnóstico tradicional e a identificação do sofrimento pelo trabalho está atrelado a maneira como o profissional da saúde desenvolve o processo de escuta desse usuário. Esse desenrolar é atravessado por inúmeros fatores, conforme descrito no eixo-temático anteriormente discutido.

[...] quando o paciente chega, ele vai chegar com um episódio depressivo, um episódio de estresse pós-traumático, situações de estresse agudo, enfim né, sintomas... Aí tu vai, começa construir a história do paciente e aí tu vai logo assim, o paciente começa a te contar e o quadro se desenha por completo na tua frente né (Entrevista Individual).

Pois é, eu acho que como eu circulei mais por esses espaços, CAPS, da saúde mental... eu vejo assim que acaba entrando muito nessa coisa assim de... de sintomas assim né... [...] É que eu acho que assim, quando as pessoas chegam no CAPS elas já estão com esses sintomas muito agravados, então sim a primeira coisa que tu vê e que chega pra ti como queixa é o sintoma né, “ah estou com um quadro grave de ansiedade”, a pessoa vai te contando da ansiedade, tu vai, enfim, tu vai atendendo ela, e aí vai começar a aparecer essas questões assim, mas eu acho que, pra alguns trabalhadores acho que vai seguir sendo um sintoma assim e outros vão conseguir se dar conta de que isso tem a ver com, enfim com a vida da pessoa, com a relação dela no trabalho, com as relações de trabalho... (Entrevista Individual).

A atenção ainda se apresenta de um modo fragmentado com foco no biológico e naquilo que é “tratável” de modo medicamentoso. O que perpassa para além disso é bastante difícil de ser acolhido, especialmente na atenção básica.

É, eu acho que nos serviços de saúde mental talvez isso esteja um pouco mais... Talvez discutam um pouco mais essa questão. Mas pensando na rede de saúde como um todo, serviços especializados, tu vai num médico, no cardiologista, dificilmente ele vai associar a questão do teu trabalho. Ele talvez possa, levantar certas hipóteses, falar da tua alimentação, dos exercícios físicos, que a gente tem ideia de que qualidade de vida é fora do trabalho. Então ele pode falar disto, mas ainda é muito segmentado (Entrevista Individual).

Assim aparece uma dificuldade, seja por vias da técnica, seja relacional, de abordar aspectos para além da doença mental, com um enfoque na saúde mental, conceito considerado mais amplo. O sujeito parece ser reduzido ao seu sintoma e quando há, seu diagnóstico, não se tem a prática de olhar para a vida e a historicidade daquele que relata o seu sintoma. A vivência social e o contexto no qual este sujeito está inserido torna-se apagado em comparação ao quadro sintomatológico.

É. Eu acho que isso é uma tendência da saúde mental de fato de não olhar assim a questão do trabalho, atribuir isso a outros dispositivos da rede ou como mero detalhe dentro de um diagnóstico, um sofrimento bem específico com funcionamento X e que se deve da forma Y e que trata com a medicação Z num grupo tal, mas olhar para aquele caso e discutir trabalho, eu acho que isso não acontece muito (Entrevista Coletiva).

[...] eu fico pensando né, se é essa que é a função do serviço ou não assim, por exemplo, o CAPS ter um dispositivo, que todo mundo entende que ele é territorial e tu te implicar sei lá numa campanha pela saúde dentro do trabalho entendeu e intervir naquela comunidade falando sobre trabalho, sei lá, acho que isso tá muito longe de acontecer na maioria dos serviços né, porque a tendência é tu individualizar o sofrimento assim, tu vai lá atender, vai ter um monte de gente sofrendo ali, todas elas tomam medicamentos e se tratando no CAPS (Entrevista Coletiva).

Todo esse cenário dificulta o estabelecimento do nexos causal, tão importante para vias de afastamento pela Previdência Social, com a nomenclatura de acidente de trabalho, mesmo questões relativas ao campo psíquico e diferenciado dos afastamentos em geral (auxílio doença). Isso pode ocorrer desde que comprovada a sua relação com o trabalho, mas que se não há um envolvimento com o campo fica difícil estabelecer.

[...] aí quando precisa a gente ajuda também o usuário a né encaminhar pra um médico voltar a atender, as vezes tem uma questão de saúde né que, também tem uns usuários querendo se “encostar”, e aí facilmente vão pro médico, “ah quero um atestado né pra ir pro INSS e não sei o que”, e a gente tem um trabalho também de não facilitar tanto isso, ver mesmo se aquele usuário tá incapaz fisicamente ou psicologicamente né, emocionalmente ou se tá se acomodando e aquilo ali vai acabar piorando a situação dele, vai deprimir mais, não vai mais se sentir útil, a ter uma ocupação. Então a gente tenta mobilizar um pouco a equipe pra não ficar nessa obviedade assim... (Entrevista Individual).

Assim, as compreensões a respeito da saúde mental diante das problemáticas do trabalho, são diversas. Entretanto, aponta-se, embasado nos comentários das entrevistadas, que ainda prevalece o discurso de saúde mental associado a patologização da vida, centrado no modelo biomédico e quem tem como objetivo a identificação dos sintomas com vistas a realizar o diagnóstico do sujeito. Se este modo de atuar está longe do que é preconizado pelas políticas de saúde mental, quando se articula a questão do trabalho, o cenário que se apresenta acaba encontrando ainda mais obstáculos para um cuidado efetivo. Ainda vale lembrar que está presente nesta compreensão a ideia de que o sofrimento mental é um fator intrapsíquico, desconsiderando os fatores sociais e coletivos.

4.2.2 (Des) Articulação do Trabalho em Rede

O trabalho em rede está previsto desde a composição do SUS, compondo a legislação que o regulamenta por meio dos seus princípios e diretrizes. É uma prática que deve circular nos serviços de saúde como modo de articular os diferentes meios de cuidado aos usuários.

Para além do SUS, a atuação intersetorial se faz necessária, já que os diferentes setores possuem uma ação complementar. Em inúmeros casos a rede de saúde não conseguirá abarcar todas as necessidades de cuidado e orientação a serem ofertadas à um sujeito. Assim sendo, diferentes políticas públicas são acionadas como, por exemplo, àquelas relativas à assistência social.

Quando se atua em um campo tão complexo e plural como a saúde mental do trabalhador, é necessário que seja acionado o trabalho em rede para que o usuário seja acolhido no seu percurso pelos serviços. Além disso, a contribuição interdisciplinar é essencial, já que tanto o campo da Saúde Mental quanto da Saúde do Trabalhador é múltiplo, sendo que uma única especialidade não dá conta da dimensão necessária a ser trabalhada. No entanto, o trabalho em rede ainda é um desafio em muitos locais e encontra-se ainda pessoalizado.

[...] só que as coisas elas disparam e se perdem né, se não tem uma continuidade, se não tem um interesse, se as vezes um colega que tá puxando sai do trabalho ahm, a coisa se, se perde né. Trabalhar em rede é difícil né, e demanda uma disposição de todo mundo assim e que nem sempre as pessoas têm né [...] (Entrevista Individual).

Acho que a outra questão é a rede de cuidados assim, que não fique numa questão de sofrimentos intrapsíquicos que essa rede, possa sim ok, tá num processo grave, de sofrimento grave, pode ser um cuidado mais intensivo, sei lá, num CAPS ou num atendimento semanal num CEREST, nem sei como os CEREST estão funcionando agora é, mas que tu possa isso assim ter uma rede... [...] (Entrevista Individual).

A rede não funciona sem as pessoas para movimentá-la. Seguindo o pensamento das entrevistadas, quem faz a rede são as pessoas, as profissionais de saúde, então se faz necessário uma aproximação entre elas para que as intervenções possam circular.

Então o que eu acho maravilhosa é você poder contar com tanta rede. Mas, ao mesmo tempo, como fazer isso bem costuradinho, né, que não fique só no alinhavo. Tu começa num alinhavo, mas depois tu tem que ir costurando isso. E todos os serviços são feitos por pessoas, né. Então a gente fica “Ah, porque o posto lá...” Não, perai. “Então quem é que do posto consegui vir para conversar?” E foi uma grande resistência do posto pra vir conversar com a gente. Então, quando tu começa a olhar “Bah, olha que legal, agora a Karine, já sabe quem eu sou, ela vai me passar o paciente, a gente vai conversar e eu vou falar para ela que este paciente tá de alta e que ela pode absorver lá no posto... Claro que a gente sabe que os recursos do posto são diferentes. [...] A ideia da gente poder, também, ajudar o posto a implementar, a criar grupo, para que as coisas possam fazer uma troca nisso (Entrevista Individual).

[...] em alguns casos que precisam de atendimento mesmo, de psiquiatra, é que precisa de acompanhamento, alguns vão para a equipe de saúde mental daqui mesmo, que aqui tem equipe de saúde mental, que tem atendimento individual né mas também tem a outra colega que faz grupos, que é bem legal né, então ela faz grupos, quando é em relação ao trabalho eu mesma participo né, da inclusão, tem [...] o Hospital de Clínicas, Santa Casa, alguns hospitais da cidade enfim. Ahm aqui na nossa região que funciona bem é o CAPS Ad, é parceiro, com o CAPS adulto se tem muita dificuldade, não se consegue enfim, muito complicado, algo a ser discutido ainda né (Entrevista Individual).

A gente recebe aqui [...] a gente é uma referência pra rede de saúde né de um modo geral não é da saúde mental é da rede de saúde, então a gente recebe desde ESF, de UBS, de ambulatório de hospital, [...] não especificadamente de saúde mental mas assim de saúde né, e de serviços especializados também né, e aí o CEREST também pode nos encaminhar né. E aí assim a gente tem um contato então direto que a gente tenta poder ou por encaminhamento escrito né ou pelo telefone né, esse profissional

vai entrar entrando em contato com a gente e a gente vai tá marcando então um acolhimento assim né, esse usuário vai vir pra cá como referência no serviço e a proposta é que ele continue referência no serviço que encaminhou [...]. Isso funciona sempre muito bem e a gente força que isso aconteça né e até porque a gente acha que a gente não pode trabalhar sozinho assim né. Então isso é algo bem legal, e eu acho que isso é potencializador, [...] mas eu acho que assim, tem que tá trabalhando muito junto assim né, isso leva mais tempo, mas assim bem mas é potencializador pra aquele usuário né então assim, acaba-se ganhando... (Entrevista Individual).

As **dificuldades de articulação em rede** aparecem nas palavras das entrevistadas, em que o sofrimento psíquico do trabalho, ocupa um não lugar, já que na atenção básica, por não ser algo puramente orgânico, embora em alguns casos produza também adoecimentos físicos, passível se ser exclusivamente medicalizado, não é considerada uma demanda para ser acolhida. Enquanto isso nos serviços de saúde mental, por não se configurar, na prática, como um serviço que tende a olhar de modo amplo para o sujeito, reconhecendo as problemáticas de trabalho, também acaba por não oferecer suporte ao usuário em sofrimento.

Tá, assim ó, a gente trabalha bastante em rede né, então pensando a questão da atenção básica por exemplo que é geralmente, é a porta de entrada do, de qualquer usuário, na verdade, do SUS. [...] Então, por exemplo, pensar as questões de psicossomáticas não, ainda não é uma conversa que se tenha, qualquer coisa que fuja a uma questão clínica mais física é encaminhada para a saúde mental [...]o que é possível de medicar naquele momento ou de ter uma cura enfim, ok qualquer coisa que fuja disso, bom não faz parte, por exemplo, da atenção básica (Entrevista Individual).

E aí eu me lembro que várias vezes a gente falava sobre o trabalho e o adoecimento das pessoas no trabalho ou acidentes de trabalho que tinham sido adoecedores e a gente não conseguia achar [...] Tu não via outros dispositivos de cuidado assim naquele processo que estava, a pessoa estava em sofrimento, chegava no CAPS porque era um sofrimento psíquico, era um sofrimento que já tava chegando ali na beira de algo de incapacidade assim, nesse sentido de não conseguir realizar suas atividades, suas questões da vida e a gente ficava ali sem saber... o CEREST não atendia [...] não tinha assim outros caminhos. Aí a gente acabava mandando pra clínica-escola, [...] pra psicoterapia ou pra... [...] Ou encaminhava pra... as ESFs não tem, não tinham nada assim, muito frágil assim a perspectiva do cuidado em saúde mental (Entrevista Individual).

Mas talvez o CRAS que fique mais próximo desse campo do trabalho. Eu acho que no posto não se fala muito sobre isso, não tem ações voltadas pra isso, "ah, hoje dia do trabalho, vamos fazer um grupo sei lá", por exemplo, não tem nada assim objetivamente voltado pra isso, mas as vezes surge como assunto no grupo de adultos né, o trabalho, daí a gente fala sobre isso (Entrevista Individual).

Olha, acho que isso a gente, é uma coisa que ainda tem que se avançar bastante assim né, porque as pessoas acabam, muitas vezes, enfim algumas pessoas quando tu tem condições vão buscar um profissional né particular ou enfim vão procurar uma Unidade de Saúde, mas as vezes não vai vir com esta queixa de sofrimento, vai aparecer outras coisas né... (Entrevista Individual).

Assim, os usuários-trabalhadores que sofrem no trabalho, não encontram um lugar de acolhimento no SUS. Aqueles que possuem recursos financeiros acabam buscando um profissional particular, enquanto outros que não possuem, ficam sem atendimento. O sentimento de impotência também é vivido pelas profissionais de saúde, já que muitas vezes a rede de apoio pela qual o usuário poderia circular é frágil e não dá a sustentação necessária ao sujeito. Ainda há a insegurança de ouvir o relato de sofrimento e não saber como realizar os encaminhamentos.

É eu me sinto assim bem impotente na verdade em algumas situações [...] da gente só ver o usuário de vez em quando ou uma vez né e gente não conseguir dar continuidade para essa escuta assim né. [...] Então meu desafio é um pouco assim como ajudar esse usuário nessa problemática do trabalho então vendo ele tão poucas vezes assim né, ou tendo muito pouco contato com esse mundo do trabalho dele [...]. Um pouco eu acho que tem a ver com essa, com o conhecimento da lei, dos cursos né da burocracia mais, mas a minha preocupação seria mais assim onde é que vai parar esse usuário depois de eu ter atendido ele (Entrevista Individual).

Mas eu acho que é, acho que é essa a complexidade assim, como lidar com isso né como trabalhador da saúde e da saúde mental, como achar uma forma de... que aquela pessoa não tenha que continuar naquele trabalho que é adoecedor, que é exploração assim... é meio, as vezes é meio sem saída... eu acho que essa é uma sensação bem ruim assim em relação a esses adoecimentos relacionados aos trabalho porque as vezes a pessoa, ela muda de trabalho, mas a função, ou a profissão dela ou as condições que ela tem de trabalhar, as vezes pela baixa escolaridade né ou as vezes também, em outros... com certeza em outros contextos de trabalho que as pessoas enfim tem escolaridade trabalham em altos cargos, sim tem um sofrimento muito grande, e é isso (Entrevista Individual).

Para dar conta da complexidade e das diversas possibilidades de promover a circulação dos usuários pela rede, bem como a ampliação da atenção à saúde, algumas equipes contam com ações voltadas ao **matriciamento**. O apoio matricial é uma estratégia para fortalecer as práticas em saúde, visando atender a perspectiva de integralidade, aumentando as possibilidades de resolução da atenção básica. Desse modo, as políticas em saúde propõem o matriciamento como uma proposta organizacional com base no apoio técnico em especialidades que fornecem suporte para o desenvolvimento de ações de saúde mental nos serviços na rede de atenção básica (BRASIL, 2004).

E nisso, também, a gente trouxe os postos para mais perto. O que que é isso? A gente chama de matriciamento. A ideia é que os postos se aproximem de nós, e nós deles. Então, a gente faz uma reunião, marca o dia para eles, e eles vêm para nos trazer o caso. Então, a partir disso, a gente tá ali na miniequipe, onde temos psicólogo, médico psiquiatra, residentes da área de serviço social, enfermagem, arte e educação, terapia ocupacional [...]. Então a gente se reúne e discute o caso e a partir disso a gente vê quem vai ser a referência. A gente trabalha com referência. Então a gente vai vendo, muitas vezes a gente consegue respeitar um pouco isso de "Bah,

este caso me interessei”, “Este caso me causou uma certa vontade de tá...”. E alguns casos é meio que também dividido, distribuído. E a partir disso, a gente vai dividindo. Só que, aí, o fluxo vai ficando pro outro colega (Entrevista Individual).

E no matriciamento, então, a gente atendia casos de saúde, mas uns 80% eram de saúde mental, a gente fez um levantamento, de 80 a 85% de saúde mental, [...] saúde mental era o que pegava. E a gente atuava com consulta conjunta, discussão de casos, educação permanente, grupos, oficinas, terapia comunitária. Sempre em conjunto com as Estratégias da Saúde da Família. Teoricamente eu era coordenadora de cuidados. [...] aí as demandas que vinham eram aquelas que as equipes entendiam que conseguiria dar conta. Claro tem muitos atravessamentos assim sabe, as vezes não se entendia o papel do [serviço], então teve todo um trabalho... [...] (Entrevista Individual).

É, e muitas vezes o profissional que tá lá na ponta não faz essa relação né, a gente sabe que muitas vezes assim o próprio campo da ocupação quando é preenchido é somente um dado, mas que muitas vezes não é investigado né, então acho que ainda a gente precisaria melhorar isso assim, essa questão de como né os profissionais que tão lá na ponta na atenção básica pra conseguir ter esse olhar sobre o trabalho (Entrevista Individual).

Mesmo a proposta do matriciamento estando inserida nas políticas de saúde, as entrevistadas apontam que as equipes, em geral, têm **dificuldades para atuar com a temática da saúde mental**. Para muitas profissionais da saúde somente o psicólogo e/ou psiquiatra poderiam realizar acompanhamento dos usuários que apresentam tais questões. Essa posição de não acolher a saúde mental na atenção básica, principalmente, desvirtua a proposta de acolhimento integral prevista pelo SUS.

[...] e acho que por uma resistência natural em relação a saúde mental, do estigma da loucura de que é difícil, que né... que é isso que a gente tentou trabalhar na capacitação que as vezes os trabalhadores fazem muito mais que eles percebem, que as vezes só um “bom, dia”, um “como é que tu tá?, como é que tu passou o fim de semana?” já é saúde mental, e eles não se dão conta né (Entrevista Individual).

[...] cada UBS tem um estilo, mas tem muito isso que a gente ainda ouve “ah mas é da saúde mental tem que ser com a psicóloga”, esse é um pouco o nosso trabalho, é quase né, eu digo que a gente vira umas papagaias assim porque precisa repetir que a saúde mental é do posto, que é sim responsabilidade da equipe, e as vezes dá certo, muitas vezes tem, a gente consegue identificar dentro da equipe, [...] então nesse sentido de fazer rede [...] (Entrevista Individual).

As dificuldades de acolhimento em saúde mental se agravam ainda mais quando se associa o sofrimento psíquico relativo ao trabalho. Há um desconhecimento sobre o modo como o trabalho afeta a saúde mental dos trabalhadores. Não há conhecimento, por parte das equipes de modo geral, sobre como atuar propondo um cuidado relativo ao sofrimento do trabalho.

Então é isso, a gente acaba sem, sem retaguarda... no campo da Saúde Mental já é um, um desespero, saúde mental e trabalho então... (Entrevista Individual).

Eu não vejo, por exemplo, a área técnica de saúde mental também, só de saúde mental, aberta a essa questão de saúde mental e trabalho, não vejo isso né, até porque estão tão envolvidos com as questões de saúde mental que assim é um nó, tem pouquíssimos profissionais de saúde mental na rede, na rede, então cada vez diminuindo então assim não tem psiquiatra, não tem psicólogo né, a gente não consegue fazer uma assistência, então estão muito envolvidos nisso né na assistência que não pensam na questão da política de saúde mental e trabalho não existe, nem na saúde mental e nem na saúde do trabalhador. Então assim é muito doido isso assim a Saúde do Trabalhador fechou a porta pra saúde mental e a saúde mental nunca abriu a porta pra questão de trabalho. Então é um trabalho que precisaria ser fortemente constituído assim né, porque eu acho que as coisas se perderam assim, isso que é doido assim, anos de trabalho, porque a gente não está falando só do CEREST, a gente tá falando de um trabalho todo que começou lá em 1982 né, quando se constituiu o antigamente que era o CEREST [...] (Entrevista Individual).

Sabe que, qual é a questão de saúde mental, tem um tabu assim sabe. As pessoas têm medo também. Por exemplo, um médico para afastar uma pessoa por saúde mental eles tem 200 dedos para fazer sabe? Ah se tem um sei lá, uma doença osteomuscular é muito mais prático, assim eles sabem como fazer. Se é saúde mental a coisa... [...] E tem essa coisa, “ah é saúde mental então manda pra psicólogo” sabe? “Dá um remedinho”. Não tem uma coisa assim de pegar assim mais firme (Entrevista Individual).

É presente o entendimento da gestão e até mesmo das profissionais da saúde de que investir na saúde mental é investir em sujeitos considerados socialmente como improdutivos, já diagnosticados com um transtorno mental grave. Aí se percebe novamente a associação com a doença mental, demonstrando uma visão não inclusiva das ações de promoção da saúde e prevenção de adoecimentos.

[...] a gente vem lutando bastante para que tenha um espaço dentro da política de saúde como um todo do município, porque tu desenvolver serviços de saúde para pessoas que são drogadas, loucas, marginalizadas, em situação de vulnerabilidade, não é o maior desejo para uma administração. Eles querem o que dá lobo, unidade básica de saúde, UPA [Unidade de Pronto Atendimento], porque vão atender as pessoas que, realmente deveriam e trabalham o dia todo, que realmente precisam né. Porque geralmente a saúde mental atende quem? As pessoas que estão afastadas do trabalho, né, que não conseguem, que tão em sofrimento psíquico grave, né enfim, que não estão produtivas. Aí o Estado vai investir em quem não está produtivo (Entrevista Individual).

Ahm, teve uma vez até que eu perguntei na sala de aula o que os alunos achavam de investir uma verba considerável da saúde em saúde mental para pessoas, por exemplo, que usam álcool e outras drogas que muitas vezes recaem várias vezes e vão que procurar novamente os serviços. E os alunos, em sua maioria, responderam que era melhor ter investido em médicos, clínicos, especialista, cardios, enfim, que vão atender a população que, realmente, merece ser atendida. Então tem ainda essa concepção pelos próprios alunos né, que tão fazendo formação em saúde em alguma medida né (Entrevista Individual).

Institucionalmente, por parte da gestão não há o interesse em capacitar as profissionais para atuação neste âmbito, conforme demonstrado pelas entrevistadas. A questão da saúde mental em si “não dá ibope”, muito menos a sua relação com o trabalho, já que muitas vezes tem que se fazer um enfrentamento frente ao modo produtivo que adocece as pessoas, o que também inclui os próprios profissionais da saúde.

[...] dentro da prefeitura, depois como médica na atenção primária em saúde isso nunca foi trabalhado, saúde mental e trabalho nunca, eventualmente assim se tocava em algumas questões a respeito das doenças do trabalho, isso também foi muito pontual, agora sofrimento mental e trabalho, não. Agora eu acho que o ano passado que está se fazendo uma pesquisa em relação a isso que se envolveu alguns trabalhadores, mas em termos de formação, capacitação, cursos, etc, nada disso na prefeitura, então a gente tá muito aquém né, da demanda que existe e se tu não sabe tu não vai pensar nesse diagnóstico (Entrevista Individual).

[...] na minha unidade, sempre foi assim, problema de saúde do trabalhador eu era acionada tá, mas aí o cara chegava lá para preencher uma CAT, se machucou, sofreu um acidente, os técnicos em enfermagem mais sensíveis do que os meus colegas médicos me chamavam, “ah aconteceu aqui, se machucou no trabalho, esse não sei o que”, e aí então a gente fazia uma abordagem voltada para isso, mas mais pro acidente, pro adoecimento em geral, não para a questão mental ainda, notificação não (Entrevista Individual).

Mas tem muito pouco, tem muito pouco, a prefeitura hoje não, não trabalha... em termos de capacitação até tem alguma coisas, as políticas de saúde tem formação, saúde da mulher, HIV [Vírus da Imunodeficiência Humana] [...] o campo da Saúde Mental já avançou bastante, hoje tem uma área técnica da saúde mental né, [...] mas saúde mental e trabalho... ainda não, ainda não chegamos lá, e precisa sim, acho que precisa, mas daí assim ó... o órgão que devia ter essa competência no município que é o CEREST não faz isso, durante um tempo até eles andaram em algumas unidades né, tentando fazer essa ideia do matriciamento mas nunca mais retornaram, é um trabalho de continuidade né, tu precisa te oferecer como retaguarda para as áreas e a gente não tem isso [...] (Entrevista Individual).

A atuação em saúde mental e trabalho e na saúde do trabalhador abrange diversas propostas e práticas e intervenções. Conforme as políticas nacionais (BRASIL, 2002; 2012) relativas a este campo, as atividades podem ser desenvolvidas de modo transversal nos serviços, não sendo necessário o encaminhamento para um serviço especializado unicamente. Entretanto, o serviço que centraliza tais ações é o **CEREST** que busca atuar na promoção da saúde, na prevenção e assistência em casos de adoecimentos e outros agravos relativos aos trabalhadores.

Atualmente a gente tem da parte da psicologia mais o atendimento individual né, mas a gente já teve algumas experiências com grupo, além disso assim, eu trabalho na questão da vigilância epidemiológica, então todo o trabalho de análise, acompanhamento das notificações dos agravos relacionados ao trabalho, fazendo capacitação, sensibilizando os profissionais para tá participando dessa, fazendo registro no sistema de informação disponível né, elaborando os informes epidemiológicos né então, investigando os acidentes de trabalho né, ahm... [...] Ai já faz acho que desde 2007, já faz uns 7, 8 anos que tem estágio no serviço, então também faço o acompanhamento né dos estagiários e enfim capacitações em geral, tem muitas situações que os municípios demandam de algumas palestras, de algumas falas sobre saúde mental e trabalho, a questão do assédio que tem sido uma coisa que as pessoas tem bastante dúvidas então de participar dessas capacitações né e algumas situações de vigilância, eu não faço parte das equipes de vigilância nos ambientes de trabalho né, mas tem algumas situações em que eu acompanho essa vigilância... [...] É, vou junto, faço relatório, faço as recomendações, em algumas situações principalmente quando as queixas são principalmente de assédio moral [...] (Entrevista Individual).

Apesar de politicamente os CEREST se constituírem como um estabelecimento que tem grande potencial de ação e articulação no campo da Saúde do Trabalhador do SUS, muitos serviços são inoperantes, não atendendo a demanda para o qual foi criado. O levantamento desenvolvido por Bittencout, Belomé e Merlo (2014), apontam a fragilidade e a atuação insipiente da maioria desses serviços no Brasil.

E não é só o município né, na verdade é a política nacional assim que tem que... durante um tempo assim, com as constituições dos CEREST acho que houve um aquecimento assim, mas assim, os que conseguiram se organizar e se constituir estão ficando e alguns outros se perderam, se perderam inclusive em termos que concepção e de princípios né... um pouco, se tu fosse fazer um diagnóstico dos CEREST do Estado tu ia ver como isso tá muito desarticulado (Entrevista Individual).

A questão do trabalho tá relegado... ahm, o que que a gente tenta fazer é tentar fazer com que a gente possa sensibilizar esses profissionais que tãõ na ponta para eles poderem olhar e aí assim, fazer esse trabalho [...] de reinserção né, encaminhar aos órgãos que a gente conhece Superintendência Regional do Trabalho e Emprego, se há algum sindicato que tenha algum trabalho encaminha pro sindicato... a gente vai nas brechas, mas hoje enquanto área que deveria ser o CEREST a referência não é e não encaminha mais. Agora infelizmente a gente desistiu... (Entrevista Individual).

[...] porque hoje as pessoas nem encaminham mais pro CEREST pois não tem mais retorno né. Então assim eu acho impressionante como uma área que pensa saúde do trabalhador tá interditada a questão da saúde mental né (Entrevista Individual).

Há um nítido desconhecimento por parte das profissionais de saúde sobre qual é o papel do CEREST no trabalho em rede, voltado para a saúde do trabalhador. Nas palavras das entrevistadas, há pouca divulgação sobre as possibilidades de atuação do serviço. Raras foram as vezes que conseguiram articular alguma proposta de trabalho em conjunto com este serviço que tem como foco as questões relativas à saúde e trabalho.

E... e vou te dizer que até hoje Karine, eu não entendo assim qual é o papel... deles [CEREST] assim sabe. Eu não sei... [...] É um serviço que pra mim não é claro qual é o sentido da proposta assim... (Entrevista Individual).

O CEREST é uma coisa muito distante, assim. Eu nunca tive contato com nenhum, nenhum CEREST. [...] Mas acho que nunca teve um caso que precisei encaminhar... O CEREST é uma coisa que passa longe assim. Eu não sei muito bem nem como funciona (Entrevista Individual).

[...] eu me eu lembrei assim que na época eu fiquei bem incomodada com a questão do CEREST lá em [município], né, que era um prédio bem equipado, bem organizado, mas era um prédio que não, o serviço não funcionava né. Ele funcionava acho que no sentido bem burocrático assim né [...]. Então eu lembro que isso foi uma coisa que a gente equipe se incomodou muito assim né, porque o CEREST bom, era um serviço que naquela época estava recebendo muito recurso, e não tava dando, não dava conta disso né. Ahm... na época assim era uma coisa muito clara pra mim que ele tinha que tá trabalhando junto conosco né. Então vou te dizer até hoje eu não entendo muito bem qual é o funcionamento do CEREST (Entrevista Individual).

Se hoje a gente recebe da saúde mental e não da saúde do trabalhador é por uma questão de não vir, né, de não vir porque o CEREST não atende, aí vem daonde, né? O [Hospital de] Clínicas já teve momentos que nos encaminhou, tinha uma assistente social bem interessante assim, [...] então tinham vários encaminhamentos do [Hospital de] Clínicas assim e depois eu acho que acabou se perdendo assim, né (Entrevista Individual).

[...] lá porque tá um campo muito difícil [CEREST], porque eles tão trabalhando só com matriciamento, matriciamento meio... é só matriciamento mas eles não fazem ações efetivas de matriciamento... [...] tá se perdendo um espaço de trabalho lá mesmo com a saúde mental assim né... (Entrevista Individual).

Por exemplo, na secretaria a gente tem o CEREST, que, na verdade, a gente... Eles lutam para que a gente faça encaminhamentos para eles, quando se vê que o adoecimento é no trabalho. Nunca se encaminhou ninguém. E eu acredito que o fluxo é muito baixo de encaminhamentos na rede. Então, volta e meia, em reuniões assim de coordenação, eles tão presentes para mostrar, como é o trabalho e o que que a gente deveria encaminhar. [...] Eu não sei, na verdade, qual é o fluxo e para que ele... (Entrevista Coletiva).

Não sendo acolhido nas unidades básicas de saúde, nos serviços de saúde mental e nem mesmo nos CEREST o trabalhador em sofrimento mental desencadeado pelo trabalho não tem para onde ser encaminhado. Acaba em um “limbo” do sistema, o que está em desacordo a proposta das políticas de saúde e os princípios do SUS.

Mas é que morreu, a saúde do trabalhador. Tem menos acidente? De repente tenha menos, hoje em dia, mas tem, né, óbvio. Doença do trabalho tem mais, né, onde é que tão essas pessoas? (Entrevista Individual).

[Sobre os usuários-trabalhadores com sofrimento psíquico do trabalho] Provavelmente ficam invisíveis né. Porque isso não é identificado, muito provavelmente (Entrevista Individual).

É, ou assim, em saúde mental e trabalho, por exemplo, não tem onde a gente possa encaminhar fora. [...] no ponto de vista de um acompanhamento, de um tratamento

para esses pacientes que a gente identifica que tem sofrimento psíquico relacionado ao trabalho... isso não tem onde encaminhar... (Entrevista Individual).

O próprio Hospital de Clínicas né, que deveria ser a referência para nós né, a gente estava discutindo agora o sistema então que encaminha, o AGUS né, que a gente encaminha para as especialidades né, deveria ser a referência o Hospital de Clínicas né, o ambulatório, a gente não consegue encaminhar lá pro ambulatório de doenças do trabalho, se tu identificar alguma situação tu vai encaminhar pro Hospital de Clínicas e aí se perde, então por isso que eu digo, a gente não tem aonde, não tem. (Entrevista Individual).

Eu acho que quando explodem vão aonde? Vão no pronto atendimento... Entende? Talvez aí fosse da gente pensar que a chegada talvez fosse no pronto atendimento, e não no cotidiano da marcação que vão conseguir uma consulta, porque daqui há 15 dias já passou a crise, né? (Entrevista Coletiva).

Eu acho que ficaria concentrado hoje, pelo jeito que tá a política assim, de atendimento, na básica. Isso entra como mais um dos fatores. Me imagine uma consulta de 15 minutos, o que tu consegue escutar de tanta coisa. Então, assim ó, tanto faz, acho que um pouco é aceitar. Tanto faz, tá doente, medica, trata o sintoma, agora não vai ter tempo e nem como ir atrás da causa e o interesse. Tu imagina, eles têm que, hoje, se eles forem encaminhar para serviço especializado, seja qual for, eles têm que levar o caso em reunião de matriciamento. [...]. Então, acho que ele... não aparece, na verdade. Talvez ele vai ficar... não é diagnosticado [sofrimento relacionado ao trabalho]. Do jeito que a saúde funciona, eu duvido (Entrevista Coletiva).

Verifica-se que, no entendimento de muitas profissionais, o sofrimento ou até mesmo situações de violência no trabalho não dizem respeito ao campo da Saúde e sim ao campo da Assistência Social ou até mesmo Jurídico. Desse modo, pode-se produzir um questionamento acerca desse posicionamento, pensando para onde é acolhido aquilo que é vivenciado no trabalho e que, por mais que tenha implicações legais, repercute diretamente nos processos de saúde e adoecimento. Isso deslegitima o papel do SUS enquanto responsável pela saúde dos trabalhadores e pelos encaminhamentos a outros setores que poderiam ser realizados a partir de uma escuta sensível no serviço.

Porque o CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social] seria mais situações de violência, violência doméstica, de violação de direitos geralmente ligados às famílias né, ou a família e aquela comunidade, a vizinhança né, então é mais com isso mesmo que a gente trabalha né, mais diretamente com essa rede, né. Mas eu acho que tu está me chamando atenção para alguma coisa que realmente faz muita falta né, e quando surge isso, a gente pode encaminhar talvez para um advogado trabalhista, ali para defensoria para procurar os seus direitos, mas várias questões que a gente sente muita falta, a questão da saúde da mulher como um todo né... (Entrevista Individual).

Eu acho que pro sindicato né, eu acho que os sindicatos sim poderiam ter um espaço [...] (Entrevista Individual).

[...] é uma coisa que a gente também fica de buscar na rede, mas é isso é muita coisa para dar conta e a gente acaba deixando digamos assim mais pra a assistência social

assim, pelo menos o trabalho tá mais ligado à assistência social em [município], a saúde não se envolve tanto assim nessa discussão né, é o que eu vejo pelo menos assim (Entrevista Individual).

Assim, demonstra-se o desconhecimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e do seu conteúdo. A atuação no campo da Saúde do Trabalhador é mencionada tanto na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), quanto na Lei da criação do SUS (BRASIL, 1990a), entretanto, ainda não se encontram ações efetivas de modo amplo na rede. O que existe, sendo mencionada pelas participantes da pesquisa, são ações pontuais, iniciativa de algumas profissionais, mas não são práticas consolidadas nos serviços.

[...] parece que não faz sentido para os trabalhadores da saúde, até para os da saúde mental, [...] eu fico assim muito decepcionada, essa é a minha palavra, eu tenho uma decepção muito grande assim com muitas pessoas das equipes especializadas, de CAPS e outras mais que não pensam nisso, na minha equipe claro eu tenho uma psicóloga ali que pensa nisso, que já trabalhou, que é oriunda da saúde e trabalho, consegue vê isso né, assim as psiquiatras que trabalharam comigo, graças a Deus também, que trabalharam na minha equipe, mesmo eu que apresentei essa política para elas e ao saberem entraram de cara, bem legal, mas outros profissionais sabe, psiquiatras e psicólogos não entram, não entram, não sei porque, não me pergunte porque, porque eu não sei (risos) né, mas não entram, então a minha função assim, é por isso que eu propago muito assim né, até porque eu tô nesse processo de despedida né, tu sempre quer deixar alguma coisa, com o máximo que puder até o final deixar, até o último dia de trabalho eu deixo né... (Entrevista Individual).

[...] ela [PNSTT] é boa, bem fundamentada né, é o produto daquilo que se consegue construir dentro das condições políticas, econômicas, sociais do país, mas ela não respinga aqui, isso é muito interessante sabe, porque tu vê, hoje a Política Nacional de Humanização por exemplo, ela tem o que, 2001, ela tem uns 15 anos, e hoje ela respinga aqui né ela começou a ser trabalhada aqui há uns 10 anos atrás, e a gente tem muita dificuldade nisso mas enfim, já se apropriou de vários conceitos de compreensão etc e tal agora a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e a questão específica do sofrimento mental não chegou aqui, não chegou (Entrevista Individual).

Ela não consegue chegar, ela não consegue se capilarizar para poder de fato fazer isso né, a proposta é boa, mas ela de fato não consegue chegar, onde deveria chegar para que ela se construa né como uma política mesmo e se consolide (Entrevista Individual).

Durante as entrevistas foi perceptível o nível de **desconhecimento**, que não se refere apenas ao conteúdo da PNSTT e sim sobre a existência dela. Muitas entrevistadas demonstraram não receber informações sobre a publicação desta política, o que causou até um certo desconforto em seu questionamento. Parece que foi a primeira vez que haviam ouvido falar, na ocasião das entrevistas, já que muitas vezes pensavam que a política propunha ações voltadas exclusivamente para as profissionais da saúde. Ou então acabavam

desviando o assunto para práticas em que tinham mais experiência, evitando abordar o assunto proposto.

[Sobre a PNSTT] Olha deve ter chego algo assim, mas eu te confesso, a mim assim, eu, não tive acesso assim... [...] Porque eu vou te confessar uma coisa. Eu me sinto nestas coisas muito isolada. [...] Mas te confesso que acabo não acessando. [...] E aí são políticas de saúde que eu fico... Bah, eu preciso poder me fazer um pouco mais e ler um pouco mais sobre esta questão, né (Entrevista Individual).

Não. A gente na verdade pegou alguns tópicos que alguns trabalhadores trouxeram, mas discutir [a PNSTT], de fato, a política, não (Entrevista Individual).

Não, a gente não teve acesso [sobre a PNSTT]. Não tive acesso, não. E que eu saiba a minha equipe a gente nunca falou sobre isso. É recente mesmo (Entrevista Individual).

Pois é, eu acho, eu acho que eu ouvi isso em algum momento na faculdade, ou alguma cartilha... Eu sei que existe, me debruçar sobre eu nunca me debrucei assim, em ler... (Entrevista Individual).

As pessoas que tinham conhecimento sobre a PNSTT, que são consideradas exceções, era em função de seu trabalho, trajetória acadêmica e profissional afinada com as questões de saúde do trabalhador. De qualquer modo, sinalizam que as equipes, de modo geral desconhecem.

Sim, eu me aprofundi bastante porque eu trabalhei nisso lá no CEREST né então. E eu falava exatamente dessas coisas se a gente vai ver todos as políticas elas não são diferentes nos seus objetivos, porque todas visam os princípios do SUS que é a integralidade, intersetorialidade a vigilância, a assistência né, só que daí tem o viés trabalho, o viés saúde mental [...] (Entrevista Individual).

[...] mas na política como um todo assim, acho que a gente também tem que avançar no sentido assim né que a gente faz parte de uma rede nacional né, mas que muitas vezes é... não tá muito, não trabalha como rede, né enfim, então tem muitos serviços de saúde do trabalhador enfim, a gente tem vários serviços no Estado e no Brasil, mas que não conversam entre si, que enfim né trabalham, claro que tem as regiões que tem as suas particularidades enfim, mas que muitas vezes trabalham em linhas completamente diferentes né, então não tem assim uma... em linhas gerais não tem um norte pra seguir, então acho que isso é um desafio, o que a gente tem né (Entrevista Individual).

Desse modo observa-se a distância entre a política e as práticas no âmbito da saúde e trabalho, já que é deficitária a divulgação da sua existência e de seu conteúdo. Tal fato impede a atuação efetiva neste campo, já que o conhecimento sobre a proposta das políticas em saúde é o primeiro passo para sua implementação.

E tem aquele clichê bem antigo, né? Que a Constituição te dá o direito a saúde e educação e tátátá... E cadê? Para tu ter isso, onde é que tu vai buscar? “Ah, tem um monte de políticas públicas”. Claro, tá, tá ali, tá e aí? No papel ele aceita tudo. Eu vou lá, assino e tá... E aí? Mas a solução para isso? Não adianta ter as políticas públicas, não adianta a Constituição tá ali, outorgada e te da isso aí, mas quando na realidade não te dá, não te dá, porque ela só tá no papel linda e maravilhosa. Mas o contexto dela não tem resolução nenhuma. Porque, no momento em que tu tem um direito e que tu tenha que brigar por esse direito, qual é o teu direito? Onde que está o direito disso? (Entrevista Coletiva).

O parágrafo único do artigo 5º do capítulo 1 da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora descreve como um dos seus princípios e diretrizes a requisição de “mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde.” (BRASIL, 2012)

[...] a gente tem, ainda tem o desafio de trabalhar de forma intersetorial e interinstitucional assim né e que acho que, eu sempre digo, que qualquer questão, qualquer tema assim que estiver dentro da questão de saúde mental e do trabalho só a saúde não vai dar conta, tu precisa de outros parceiros... [...] por mais que a saúde, né, faça um bom trabalho, realize um bom trabalho pensando na assistência, do tratamento né, esbarra muitas vezes na questão da Previdência Social né, então todo aquele trabalho que é feito enfim, muitas vezes o trabalhador tá melhor, se recupera, ele vai lá pro local de trabalho e continua né fazendo a mesma coisa, é obvio que ele vai adoecer de novo né, então muitas vezes não vai conseguir voltar mesmo, daí fica ali naquele limbo... [...] então eu acho que o principal desafio é isso assim, a gente trabalhar de forma intersetorial (Entrevista Individual).

E o quanto também né a gente tem dificuldades de trabalhar né também com outras políticas públicas de saúde, mas outras, outras, outros setores também né, que enfim, que também lidam com a questão do trabalho, então assim, a questão tanto do Ministério do Trabalho... [...] A Previdência Social, o Ministério Público do Trabalho a gente tem uma proximidade maior, é mais tranquilo, mas principalmente a questão do Ministério do Trabalho e Previdência Social ainda é muito difícil assim, e é algo que a gente vê que não é, que não é a nível local, que é a nível nacional, a questão vem lá de cima né, que a gente até as vezes pode estabelecer algumas parcerias mas que sempre depende muito de pessoas e pouco da, a instituição como um todo ainda não tá integrado (Entrevista Individual).

[...] então muitas situações que a gente tá muito direto, muito próximo né, de todos esses conflitos, mas como é importante existir lugares né que possa... sozinhos as vezes tu não consegue resolver tudo, mas daí tem que acionar vários outros, outras instituições que possam dar proteção a essas pessoas (Entrevista Individual).

A **intersetorialidade** é entendida como a integração de diferentes setores sociais, fundamental para efetivação das políticas de saúde em geral. No que se refere a saúde do trabalhador é essencial a participação, para além do SUS, do Ministério Público do Trabalho, Previdência Social, setores sindicais e representativos dos trabalhadores, instituições de

ensino e pesquisa, incluindo também os setores da assistência social (MACHADO; PORTO, 2003).

Uma das estratégias desenvolvidas pela área consiste na construção de redes de cooperação entre diversas instituições, sindicatos e organizações não-governamentais (ONG) visando garantir a continuidade e qualidade das ações, bem como potencializá-las diante de problemas concretos de Saúde do Trabalhador (MACHADO; PORTO, 2003, p. 122).

A necessidade de realizar um trabalho intersetorial pode ser evidenciada nos comentários seguir. Estes ressaltam a complementariedade do trabalho em um formato de rede que vai muito além dos serviços de saúde, na busca por atender as necessidades da população.

A gente tem um trabalho intersetorial né, assim, então, na verdade se reúne para ver inúmeras situações de trabalho – INSS, Ministério Público... São instâncias que, frequentemente, a gente senta para conversar e ver como auxiliar e... enfim. Agora, dentro da saúde, a gente tem nas reuniões de matriciamento... Não é específico assim o tema, mas ele vem, ele surge assim. Acho que é algo que... Eu não sei como cada serviço lida com essas demandas (Entrevista Coletiva).

Tentaria vincular, claro e fazer esse usuário ter contato com assistente social, o CREAS e a UBS ficar monitorando esse cuidado né, que as vezes a pessoa se coloca em risco também né, daí tem uma parte que é o contrato com o usuário assim. Mas nunca aconteceu assim de eu, nesses 3 anos e meio eu nunca tive que fazer uma denúncia de assédio moral no trabalho assim, em relação a um usuário adulto assim que eu lembre... é, não me lembro disso. Por isso que também é um fluxo também um pouco desconhecido... (Entrevista Individual).

Além do trabalho intersetorial e interinstitucional é fundamental ter em perspectiva o **trabalho interdisciplinar**, já que nenhuma especialidade dá conta da complexidade da Saúde do Trabalhador articulada às questões psíquicas. Desse modo evidencia-se a necessidade de contar com uma equipe multiprofissional para realização de um atendimento integral e interdisciplinar aos usuários.

Então o que eu faço, todas nós aqui trabalhamos com oficinas, não assim, não tem uma coisa específica de área profissional e todas nós temos referências individuais né, e trabalhamos com acolhimento todas nós né, daí assim é geral não é uma coisa que tu, pela questão da tua área assim né, todas nós fizemos ligações fora, tenta a intersetorialidade, tentamos buscar recurso né, não tem uma coisa específica de um ou de outro (Entrevista Individual).

A gente tentou trabalhar esse vínculo do território com os agentes de saúde né que as vezes eles fazem saúde mental e não sabem, então valorizar os aspectos mais básicos assim da relação humana né como parte do trabalho também, mas que não é reconhecido né, então as vezes eles veem que só um ensino superior ou técnico ali precisa interpretar e sinalizar algumas coisas... [...] E as vezes dentro da própria equipe assim né o médico toma para si também essa, essa função e os outros não se

sentem também né a vontade, então são vários aspectos assim né (Entrevista Individual).

É importante reconhecer que os fatores associados à saúde dos trabalhadores não são de domínio exclusivo da saúde. Ter uma percepção ampla do quanto diversos setores e atores devem estar envolvidos é necessário para que sejam possíveis ações efetivas neste contexto. “Daí que ações intersetoriais e políticas públicas mais sensíveis à nova realidade do mundo do trabalho devem ser reivindicadas, contínua e constantemente, pela sociedade em geral, como forma de obter o controle sobre sua saúde no campo do trabalho” (AMAZARRAY; CÂMARA; CARLOTTO, 2014, p. 90).

A partir do que foi referenciado neste sub-eixo sobre as (des) articulações da rede, nota-se as dificuldades que as equipes encontram na aproximação com outros setores e até mesmo outros serviços de saúde. Muitas vezes quando “se faz rede” ela fica muito pessoalizada, sendo uma profissional específica responsável por esta movimentação. Se esta pessoa que encabeça a articulação na rede muda ou se afasta do serviço a relação entre serviços e setores acaba não sendo mais alimentada pela equipe como um todo. É como se estas ações fossem individuais e não institucionalizadas pelos espaços de cuidado em saúde ao qual nos referenciamos.

4.2.3 Ações em Saúde Mental e Trabalho

Apesar de haver compreensões diversas a respeito do campo da Saúde Mental e ainda mais complexa a interlocução com o trabalho, que apresenta diversos atravessamentos e percalços vividos na rede, algumas iniciativas neste contexto foram relatadas pelas entrevistadas. Tais ações devem ser enfatizadas, mostrando que mesmo com todas as dificuldades presentes na efetivação de uma política pública que ainda não está sedimentada no campo das práticas em saúde, é possível provocar rupturas e novos modos de atuação.

As intervenções em saúde mental e trabalho podem ser realizadas de diferentes formas, dependendo muito da especificidade dos atendimentos. Pelo trabalho ser genuinamente uma atividade exercida coletivamente, a proposta de uma intervenção coletiva tem se mostrado muito mais efetiva. Inevitavelmente, outros modos de intervir se fazem necessários, pois nem sempre as profissionais da saúde que estão dispostos a realizá-las

possuem os recursos necessários para alcançar o coletivo. Desse modo, as ações em um plano individual também surgem como uma maneira de lidar com o possível.

Dejours (1999), afirma que existe uma diferença entre o trabalho real e o trabalho prescrito, sendo o primeiro aquele que, é de fato, desenvolvido pelos trabalhadores, sua prática e ação cotidiana. Já o prescrito refere-se às normas, regras formalizadas: aquilo que deve ser feito, mas que nem sempre, dada a dinâmica do cotidiano, é possível de ser realizado da forma exata como foi normalizado.

Assim, percebe-se no campo da ação que aquilo que é possibilitado de ser colocado em prática, nem sempre condiz com as orientações e até mesmo teorias que prescrevem um modo de realizá-las. Neste sentido, as intervenções em saúde mental e trabalho que são discutidas aqui ainda estão longe daquilo que é comumente orientado. Entretanto, algumas iniciativas são importantes de serem relatadas pois, encontram-se também no contexto da criação que é permitido pelo espaço entre o trabalho prescrito e o real. Tal fato implica a inventividade e o uso da inteligência prática que é considerado extremamente potente na produção de saúde no cenário laboral.

[...] e uma psicóloga que se divide também entre mil tarefas assim não consegue fazer psicoterapia individual, porque eu acho também que tem diferença assim entre tu fazer trabalhos em grupo e precisa sim em alguns casos de uma escuta individual não tem, isso é um absurdo tu dizer que não no SUS. Porque eu sempre digo isso, eu não procuro atendimento em coletivo para falar das minhas questões assim, quando eu indico para um familiar que está em sofrimento, dificilmente eu digo, “ah vai procurar um grupo”, acho que também tem uma questão da nossa formação ser mais focada nessa questão individual... (Entrevista Individual).

É eu acho que se fala MUITO pouco em saúde mental do trabalhador né. [...] eu acho que não é uma forma consciente, elas sabem que algo da saúde do trabalhador não vai bem né, eu postei no Facebook esses dias, precisamos falar mais sobre saúde do trabalhador, muitas pessoas curtiram [...] (Entrevista Individual).

Assim, há um reconhecimento de já haver, pelo menos em teoria, uma legitimidade das ações focadas na saúde dos trabalhadores. Entretanto, se questiona “onde é que se perde” esse foco de atuação, numa tentativa de realizar uma reflexão sobre isso e, quem sabe, repensar as práticas a partir de então.

Bom, se é uma situação, já tive várias situações de sofrimento mental né, a gente discute, eu que faço a primeira abordagem, se é um caso de entrar com medicação, eu revejo em três dias para ver mesmo se é isso e aí entro com a medicação, e aí faço um acompanhamento semanal até conseguir discutir nas reuniões de matriciamento em saúde mental que a gente tem uma psicóloga, tem uma assistente social, e tem uma psiquiatra e o grupo dos médicos clínicos, onde a gente discute e aí o que que acaba indo, o paciente vai tratar num dos serviços de saúde mental que a região tem. Então ou vai aqui para o [serviço de saúde] num atendimento normal, ou vai pro, se tem sintomas psicóticos, pro centro de atendimento psicossocial [...]. Não existe nenhuma proposta assim, específica né que possa fazer uma construção diferente, mas como eu continuo acompanhando, mesmo os meus pacientes que eu encaminho para a saúde mental eu começo a vê-los depois mensal, e depois de três em três meses é assim essa coisa de relação com o trabalho eu vou fazendo o resgate né e aí se precisa CAT a gente faz [...] (Entrevista Individual).

Mesmo não havendo uma proposta específica tida como referência nacional para SUS, há novas pesquisas indicando a necessidade de implementação de uma Linha de Cuidado neste sentido (BOTTEGA, 2015). De qualquer modo, o que se evidenciou neste estudo são **tentativas de atuação**, quando se tem a noção que o trabalho afeta a saúde mental dos usuários-trabalhadores. Assim, a questão do reconhecimento entre esses dois campos já aparece como um ponto de partida para estruturar futuras ações.

Não, eu acho que com certeza, são duas coisas [saúde mental e trabalho] que estão bem inter-relacionadas assim, até nessas experiências que eu tenho tido, na verdade é a terceira equipe né, eu já tive em três equipes esse ano né e fora também a convivência com os outros colegas assim (Entrevista Individual).

[...] isso eu acho que é uma coisa importante a gente entender né, as pessoas não tão se fazendo de corpo mole, não! As pessoas se dedicam, as pessoas trabalham, vão trabalhar doentes, fazem inúmeras coisas e não tem o reconhecimento né, não tem o reconhecimento e são tratadas simplesmente como um material descartável, e essa sensação é terrível para um ser humano né, que coloca o trabalho como algo fundamental na, na compreensão da sua identidade né, então isso é terrível e aí os caras vão manifestar inclusive problemas psicóticos né, que a gente pensa muitas vezes não... sim! Vai desencadear inúmeros sintomas. A história do suicídio, tudo isso é muito forte né, na história dos trabalhadores (Entrevista Individual).

Aqui esse tema aparece o tempo todo, o tempo todo assim, não de uma forma explícita né, daí a gente, quando vai, a gente principalmente quando vai fazer as consultas conjuntas é interessante porque aí assim, aquelas perguntas, a gente dizia né, eu me lembro que a gente trabalhava muito na capacitação, algumas perguntas básicas que tu pode fazer e que descortina assim né, abre o leque de coisas sobre a história da vida desse sujeito na sua relação com o seu trabalho enfim, é muito interessante e a gente tem logo lançado essa, essa pulga atrás da orelha pros profissionais assim (Entrevista Individual).

É ressaltado pelas participantes o fato da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (BRASIL, 1990a) apresentar claramente aspectos relativos à saúde do trabalhador no Capítulo 1, artigo 3º, com o entendimento sobre a área, sua relação com as demais vigilâncias e abrangência de ações. Essa demarcação mostra quanto tais prescrições já estão previstas no contexto do SUS

há quase 30 anos.

[...] na própria Lei Orgânica 8.080 tem um parágrafo bem específico sobre trabalhadores, acho que isso diz muito assim de como o SUS, pela forma como ele se configura e de fato tem ali que a lei poderia não falar de trabalhadores, mas ela opta por... além de ser, fala que é universal, mas tem parágrafos específicos que fala sobre a saúde do trabalhador, então também talvez isso tenha surgido num primeiro momento, mas então se perde, porque eu não sei, é uma pergunta que fica assim... (Entrevista Coletiva)

A percepção das profissionais de saúde para as problemáticas relativas a saúde mental do usuário-trabalhador é afetada pelos fatores ressaltados no eixo-temático já trabalhado anteriormente no texto. Assim, ressalta-se o quanto o modo de viver e trabalhar atual afeta a saúde mental das pessoas e que isso tem chegado para ser acolhido pelas profissionais do SUS.

[...] olha, no sistema único de saúde a prevalência de sofrimento mental é intensa né, é enorme, o que as pessoas têm de sofrimento mental, fruto da sociedade atual, do modo de trabalho, enfim do contexto social e econômico que a gente vive. E eu comecei no processo de trabalho em assessoria a saúde do trabalhador essas coisas começaram a chegar muito, desde [19]94 na minha residência isso aparecia, só que a gente não conseguia, ainda não tinha ferramentas suficientes para compreender o que era aquilo né, então a gente dava suporte, pedia pros pacientes, encaminhava para a psicologia e etc, para psiquiatria para medicar porque o sofrimento era muito intenso né, mas a gente ainda não conhecia isso né (Entrevista Individual).

Diversas são as causas que os usuários-trabalhadores relatam e que os fazem entrar em sofrimento pelo seu trabalho. Podem ser citadas vivências de situações de injustiça, conviver com a vulnerabilidade social, abusos de poder, a violência psicológica e assédio moral, humilhações, perseguição, preconceito, discriminação, entre outros fatores desencadeantes que podem levar ao adoecimento psíquico, envolvendo até mesmo ideação suicida, como citado no comentário abaixo.

Eu atendi uma paciente, ela é filha da minha paciente, e quando a mãe dela veio consultar comigo, eu fiz aquele atendimento que eu faço sempre etc, e aí ela, um dia ela tava no trabalho, ela trabalha no décimo andar e ela olhou da janela e ela disse que ia se atirar da janela, que ia se matar e aí ela começou a pensar “para quem eu posso pedir ajuda?”, e aí ela lembrou de mim e foi lá no posto num horário sabe, sem marcar nada e tal, eu tava saindo e ela chegou e disse eu preciso da tua ajuda né. E assim sentou e me colocou toda uma história que ela tava tentando se matar por causa do trabalho. Uma guria jovem, super competente, séria, eles eram crentes talvez isso fez ela resolvesse não se atirar mesmo né, mas ela já tinha ideação suicida e assim comprometida e etc. E aí um dos chefes para “comer” a colega colocou a colega como superior hierárquica dela, sendo que ela, que todo mundo achava que era ela ia assumir aquele cargo pela competência, pela dedicação etc, e esta colega começou então a assediá-la sabe, e aí foi algo assim que ela não conseguiu suportar e isto ela traz, isso aconteceu há uns quatro anos atrás ela trabalha em outros

empregos mas ela entra em sofrimento quando começa a “moeção” assim sabe, muito forte isso assim né (Entrevista Individual).

Diante de um quadro tão perverso e aniliquilante da subjetividade dos trabalhadores, é importante valorizar as **ações efetivas** que tem sido realizadas nos serviços participantes da pesquisa. Dentre essas ações estão os acompanhamentos individuais e grupais, esta última modalidade, mais raros de serem encontrados. Nos acompanhamentos individuais, além de oferecer uma escuta acolhedora, livre de pré-julgamentos e de uma atitude culpabilizadora, as profissionais buscam estabelecer elos de confiança entre usuários e o serviço. Também é possível encontrar nos relatos orientações em relação aos direitos e deveres dos trabalhadores e onde encontrar auxílio judicial em casos extremos, mesmo quando está previsto na lei e não está sendo cumprido.

[...] tipo um paciente foi demitido ele teve um surto, um cobrador que teve um surto dentro do ônibus, mas ele já vinha sendo moído há um tempo e aí chegou e ele surtou, então ele foi demitido e aí então encaminhei para o plantão ali da DRT [Delegacia Regional do Trabalho], do Ministério do Trabalho e Emprego para fazer mediações, aí foi feita a mediação, ele conseguiu ser readmitido, ficou né no auxílio doença, no acidente de trabalho, afastado pelo INSS e aí tá, agora ele tá começando o processo de reinserção. No caso dele, ele não pode mais trabalhar como cobrador, porque é um fator estressante ali, é o estressor dele, então a empresa ainda tá fazendo um estudo de onde vai colocá-lo (Entrevista Individual).

O **apoio do profissional de saúde e o suporte emocional** que pode ser ofertado quando se tem presente um relato de exploração, humilhação e submissão, produz um efeito importante no sujeito que sofre. Isso ocorre de modo que o usuário em sofrimento possa se fortalecer internamente para enfrentar as adversidades, sabendo que poderá contar com alguém que o compreende e não julga, nem o culpabiliza pela situação. O conhecimento sobre os direitos e deveres dos trabalhadores também é essencial, quando se necessita empoderar o usuário para que, com o apoio da equipe de saúde, ele possa estabelecer limites e até mesmo superar uma situação de sujeição.

Agora a pouco nós tivemos uma moça que trabalhava na [rua] Padre Chagas sem nenhum direito, sem carteira assinada, de domingo a domingo, sem folga, sem nada e agora a gente conseguiu uma vaga, porque ela teve um problema sério, tentou se matar, foi internada e a patroa tava cobrando os dias que ela teve no hospital sabe, nunca deu direito nenhum, agora ela pediu demissão, foi para a justiça né do trabalho, tá acionando essa pessoa, uma pessoa na [rua] Padre Chagas... nunca deu direito nenhum, uma folga por mês pra moça, chegou no último da depressão e indo trabalhar na [rua] Padre Chagas e aí a gente conseguiu ela tá iniciando numa loja aqui na [bairro] Tristeza, com horários, com direitos com tudo né nessa vaga especial, agora essa semana ela está iniciando, então isso a gente acompanhou. E quando ela começou a fazer o relato desse trabalho, “olha não tá certo isso, vamos né”, a gente

encaminhou para ver os direitos, ela tá com advogado agora, que vai acionar talvez, não tem nem ISQN esse lugar [...] uma moça rica que é a dona do negócio explorando ela né. Então ela conseguiu fazer tudo isso, mas primeiro teve que né sair mais da depressão, ter coragem, enfim... [...] Teve o apoio, é... Quando viu que ela podia ter outra possibilidade de trabalho, porque tipo assim é o único trabalho do mundo, “eu preciso, eu tenho que ficar ali porque eu preciso”, aí tu se submete a tudo né... (Entrevista Individual).

[...] eu fiz várias vezes acolhimento e a gente percebia no acolhimento mesmo, que era uma escuta em grupo inicial a gente percebia que era um adoecimento relacionado ao trabalho, e a gente tentava lançar mão dessa rede assim dizer “não, tu realmente está em sofrimento, tem questões importantes aí, do teu dia a dia, do lugar onde tu trabalha, onde tu está, tu precisa sim de um acompanhamento pra lidar com isso”, a gente dizia isso pras pessoas, reconhecia... Mas aí quando a gente ia buscar na rede um... um espaço pra esse cuidado né... a gente não encontrava... [...] E a gente acabava ficando... as vezes a gente pedia que essa pessoa voltasse num espaço de acolhimento [do CAPS] e ficava dando um lugar de escuta assim num grupo algo que não era, não era efetivo, mas por reconhecer e poder até fazer com essa pessoa combinações ou poder ajudar ela a pensar em outras formas de lidar com aquela situação, pra tentar lidar com isso assim (Entrevista Individual).

Entre as ações está a inclusão de trabalhadores em licença saúde do trabalho em oficinais, acompanhamento *in loco* e aproximações com o estabelecimento em que o usuário trabalha. Outras possibilidades referem-se a afastar o usuário do seu trabalho, seja alguns dias, seja encaminhando para a Previdência Social, via afastamento de longo prazo.

[...] a gente tem alguns usuários que chegam pra nós que não querem a questão de oficina de trabalho de artesanato de qualquer coisa assim né... E aí a gente tenta então ver a possibilidade de cursos, ou então entrada no mercado formal e aí também a gente acompanha assim né (Entrevista Individual).

[...] tinha uma usuária há pouco tempo que tava na [estabelecimento comercial] e que aí a gente combinava então antes de ela pegar o turno ou no final do turno eu ia lá e conversava com ela uma vez por semana né, conversava com a gerente, então a gente tinha uma relação também assim, tava com esse apoio né a gerente passava qualquer coisa pra gente também do que que tava acontecendo, como é que tava sendo, tentava ir auxiliando em alguns momentos mais de crise, e depois a pessoa vai e qualquer coisa eles ligam pra cá (Entrevista Individual).

Eu lembro de um, faz um tempo isso, um rapaz assim de 30 e poucos anos que veio, e homem né, quando homem busca geralmente... que ele trabalhava era alguma coisa gráfica e só tinha ele na função dele e o patrão dele, ao mesmo tempo que meio até que assediava ele, ahm não demitia, não permitia que ele pedisse as contas. E ele sofrendo muito, e daí com todos os sintomas de depressão assim. Dificuldade para dormir, emagrecimento, tristeza... E... e daí eu afastei ele do trabalho uns dias. A gente não entrou com nada, mas eu afastei por uma semana e foi visível o quanto que o trabalho dava aquela carga, que ele melhorou sabe, aquele tempo que ele ficou fora do trabalho. [...] E outras, e outras situações assim eu também afastei algumas pessoas por algum tempo do trabalho, mas muito mais porque a condição que ela tava impedia ela de trabalhar... [...] mas algumas sim que nem esse rapaz (Entrevista Individual).

É a mesma coisa assim quando eu digo assim que eu incluo alguém no trabalho, gente eu vou mexer em gerações futuras, nela, e um dos rapazes que a gente fez ali,

e ele já tava quase desmanchando o casamento dele, porque ele procurava trabalho, ia lá saia e procurava, nunca que ele ia conseguir se não fosse uma vaga protegida, daí é o vagabundo, é o malandro, é isso e aquilo, [...] mas o bom que ele falava e continuou vindo nos grupos, depois ele veio e me disse assim “bah dona fulana eu vou ter férias coletivas, nem imagina que eu ia ter férias”, imagina o que que é isso para uma pessoa sabe, que tem a sua esposa, que tem filhos enfim, sabe muda, eu acho que a gente não sabe a dimensão do bem que a gente faz sabe, mas se a gente já fez tá bom, tu sabe que isso vai dar resultado positivo então (Entrevista Individual).

Porque tem que ter cuidado para não institucionalizar aqui também né e já tem que criar outras possibilidades, e tal. Então a gente tenta também trabalhar bem com uma questão do fora o tempo inteiro assim... [...] A visão sempre é pra fora, nunca é aqui né, sempre aqui é um lugar de passagem mesmo pros que tão há dez anos aqui dentro, né que são aposentados, que tipo não mas vamos pensar outras coisas, né não que tu vai conseguir sair pra trabalhar no mercado formal, mas bem tu vai conseguir sair com os teus colegas de repente pra montar alguma coisa (Entrevista Individual).

Uma ação acessível e extremamente importante que pode ser realizada é perguntar para o usuário-trabalhador, independente da sua queixa, como está o trabalho ou como o se sente em relação ao seu trabalho. Essa pergunta pode indicar pista sobre qual é o lugar do trabalho na produção daquela queixa, seja ela física e/ou psíquica. A realização dessa pergunta é também recomendada pela cartilha que foi produzida especialmente para os profissionais da saúde (MERLO, BOTTEGA, PEREZ, 2014b) e tem-se mostrado um ponto de partida eficaz para a investigação de sintomas produzidos pelo trabalho.

Ahm, teve um caso que eu lembro, e eu sempre pergunto do trabalho sabe, sempre “ah mas como é que tá no trabalho?” Daí vem, a coisa aflora (Entrevista Individual).

Na nossa ficha assim de acolhimento a gente se preocupa com isso assim. Perguntar vínculo de trabalho, a pessoa trabalha, não trabalha. Isso é uma pergunta, onde trabalha, qual é o contato, se já trabalhou. Então assim está já no momento do acolhimento essa questão para nós, né, isso é importante, de saber qual a situação de trabalho da pessoa. [...] Existe, não existe. Tá em auxílio doença... (Entrevista Coletiva).

O apoio e suporte emocional oferecido quando se faz uma escuta atenta do sofrimento do trabalho do usuário tem uma potente função de produzir um “dar-se conta” daquele que sofre. Perceber aquilo que está sendo vivenciado e refletir sobre quais são as possibilidades para lidar com esse sofrimento, com o apoio do profissional da saúde, é um modo de intervir e produzir diferença nesse meio. Um modo que necessita muito mais de tecnologias leves (MERHY, 2013b), embasadas na relação, do que recursos outros como materiais e financeiros.

Enquanto que, por exemplo, tu instaura esse movimento assim num trabalhador e ele passar a sentir medo de represália é também um processo importante para que ele valorize o aspecto coletivo. [...] Que ele crie condições de superar o individualismo que talvez tivesse colocado, mas que ele passe a operar de uma forma coletiva, que

ele se depara com a fraqueza né, que talvez ele não estivesse vendo, eu acho que esses movimentos são saudáveis embora possam causar um pouco de sofrimento mas aí é como tu falou, por trás vai ter uma pessoa para cuidar disso, e fazer desse sofrimento talvez vida (Entrevista Coletiva).

Mas aí entra a questão do método de trabalho né, tu pode chegar para pessoa e dizer “tu tem ir lá e falar isso para o teu patrão” ou a partir do momento que tu abre espaço para a fala tu produzir nela possibilidades entendeu (Entrevista Coletiva).

[...] então a maioria das demandas é da saúde mental, enfim, mas o fato de eu estar presente eu consigo identificar muitas coisas, do social né que as vezes as pessoas tem problemas de saúde mental e não dão conta de vários direitos pela característica da própria doença e outras as vezes que a questão social é o que leva a ter uma doença mental né, e as vezes nas discussões de caso a gente vê se sobrepõe os problemas sociais primeiro para serem resolvidos para que depois tu possa ver os da saúde assim no strictu sensu sabe (Entrevista Individual).

É interessante notar que, a partir das entrevistas, as profissionais de saúde foram recordando de **casos atendidos** ao longo da vida profissional. Esta ação de falar sobre a relação entre saúde mental e trabalho fez com que muitos pudessem refletir sobre a temática, resgatando intervenções realizadas no passado. Isso que fez muitas entrevistadas notassem os atendimentos realizados em saúde mental e que tinham relação com o sofrimento do trabalho. Parece que a partir da entrevista, daquilo que foi abordado e produzido em reflexões, fez com que o nexos causal, antes não tão claro, agora pudesse ser afirmado.

E dos usuários assim, a maioria, pensando no público que a gente, o usuário que chega pra atendimento individual em geral são pacientes portadores de Ler/Dort [Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho] né então. A gente até meio que brinca assim que o paciente de Ler/Dort teve, tem ou terá algum tipo de sofrimento psíquico né, dificilmente isso não vai né, porque isso interfere na sua vida pessoal, na vida profissional, muitas vezes assim nas questões, nas relações familiares né, a própria questão do autocuidado que fica comprometido assim então né, já me deparei em vários casos de pacientes por exemplo que precisavam cortar o cabelo para poder enfim, poder se pentear se pentear, as questões de, e muitas vezes até da questão sexual né então... (Entrevista Individual).

Eu atendi um caso que me veio agora que eu fiquei impressionada, não é nada assim aparentemente grandioso, mas era uma funcionária de uma farmácia e ela tinha um sobrepeso importante e exigiam que ela usasse um determinado tipo de calça que causava uma alergia nela, e ela ficava toda assada e ela pedia para usar outro tipo de calça, eles obrigavam que ela usasse calça jeans e ela só conseguia usar legging, e aquilo foi produzindo uma angústia naquela mulher e ela foi se deprimindo, foi se deprimindo, horrível assim, muitos casos. [...] eu atendi uma vigilante esses tempos que trabalhava num banco e que ficou com arma na cabeça um bom tempo e deu, bastou assim, a pessoa que trabalhou quase 30 anos como vigilante de uma maneira correta, na retidão aquela né assim, tinha a ver um pouco a ver com a origem dela também e ali foi o ponto assim de basta. Vejo, vejo muito, mulheres com muitas dores no corpo né, porque daí tu vê assim mulheres que não tem escolaridade vão trabalhar com que? Serviço pesado né, jovens, Karine jovens 30 e poucos, 40 anos... [...] Com

cirurgia na coluna né, com uma série de questões assim, e aí entra o INSS né que umas recebem, outras não (Entrevista Individual).

Inúmeras são as situações em que as profissionais da saúde têm que lidar com contexto de trabalho dos usuários muito precarizados. A baixa escolaridade da maioria da população atendida pelo SUS, faz com que as possibilidades de emancipação de um trabalho, que estabelece uma relação de exploração com aquele sujeito, se tornem menores diante do atual contexto econômico.

É isso, alguém que não tem escolaridade, que a maioria das pessoas que a gente atende no SUS são pessoas pobres de baixa renda, classe média e que tem escolaridade mais baixa... que contextos de trabalho essas pessoas têm? (Entrevista Individual).

[...] também em casas empregadas domésticas também que sofrem algum tipo de violência e não tem seus direitos reconhecidos né, várias situações e outras que tão na crise de desemprego também e ficam fazendo faxina e vendendo coisas de comida na rua, sem ter uma garantia de, de sobrevivência né [...] (Entrevista Individual).

Queria falar sobre os usuários, o pessoal do telemarketing, as gurias chegam chorando, desesperados, “Porque eu não aguento mais”. “Porque eu tô com crise de ansiedade”. E daí a gente pergunta aonde que a senhora ou senhor trabalha: “No telemarketing”. Eles sofrem muita pressão direta. Atrasam pagamento, ganham pouco, é horrível. [...] E ainda são xingados pelas pessoas (Entrevista Coletiva).

Tem uma série de situações, tem um rapaz que eu acolho há um tempão que é difícil, ele era trabalhador do [empresa] e ele tem muito medo de deixar de receber o benefício, muito medo, mas ele vai com um sofrimento muito intenso, uma coisa de não conseguir sair do sofá de chorar muito e a gente está tentando construir com ele assim isso né, porque pessoas jovens, e aí a gente vê que isso também tem a ver com a falta de outras possibilidades social assim né... (Entrevista Individual).

Tem situações, acho que tem umas três situações de pessoas que tinham, trabalhavam nesses empregos que são chamados formais mas na verdade elas trabalhavam de “bico”, faziam muito e trabalhavam muito, muito, muito faziam “bico” de tudo que é tipo de coisas, trabalho pesado e foram pessoas que tiveram acidentes de trabalho ou tiveram um processo de adoecimento psíquico, depressão e ansiedade [...] (Entrevista Individual).

O sofrimento no trabalho é também produzido pelo preconceito racial e discriminação de gênero tornando-se um agravante. As pessoas mais afetadas, conforme os relatos, são as mulheres negras. Além disso situações de violência psicológica e até mesmo assédio moral, em que a humilhação, perseguição e situações de injustiça são fatores significativos na produção desse sofrer.

[...] eu me lembro assim de atender as pessoas e me deparar com muitas situações de adoecimento no trabalho, muitas, muitas... situações de, eram várias questões assim me chamavam a atenção, era o adoecimento relacionado ao trabalho, o modo como a pessoa trabalhava assim e o que que aquilo gerava para a vida dela, as

questões relacionadas a mulher assim, machismo, enfim, de gênero e questões de violência, essas três, três indicadores assim apareciam muito significativamente assim em pessoas que tavam com crises bem graves, principalmente de ansiedade e depressão. Eu atendi duas mulheres que estavam muito adoecidas, situações de, uma era pânico e ansiedade generalizada assim que iniciou no processo de trabalho, que trabalhava com máquinas pesadas e a outra foi, era uma depressão gravíssima assim, uma situação que unia duas questões, um trabalho de muita exploração, ela fazia faxina num determinado lugar, uma situação bem exploração e nesse lugar, ela também era negra, e ela era xingada ela era chamada de negra que não limpava, várias questões raciais assim, então só pra falar um pouco disso assim, isso acho que acaba perpassando a vida de todo mundo assim... (Entrevista Individual).

O trabalho não apresenta um caráter neutro na vida das pessoas. Para além dos múltiplos significados que ele possui no quesito saúde-adoecimento ele pode ser um **fator determinante** de doenças laborais. Quando não se apresenta desse modo ele pode ainda representar um fator agravante de um quadro de saúde prévio.

Até era uma pessoa que tava levando uma vida, relativamente, dentro do que era possível, dos padrões. E trabalhava já há bastante tempo. E o que aconteceu? A crise foi no trabalho, em função... né de uma situação que surgiu. Ela trabalha a noite e começou a ficar com medo. Os clientes que chegavam lá à noite aprontavam algumas coisas. Teve uma situação difícil no trabalho e ela acabou adoecendo. Só que, agora, durante o atendimento ela diz que desde que um tempo atrás “desde que meu pai morreu, eu fiquei com isso, e antes o trabalho eu conseguia levar, não me incomodava. Agora eu não suporto mais este trabalho”. Mas ela entende que por ter ficado muito depressiva antes, isso se tornou insuportável, né (Entrevista Coletiva).

[...] umas das coisas que a gente conversa bastante com essas pessoas que tão chegando assim são as experiências delas anteriores de trabalho né, e a gente percebe que muitas pessoas tiveram experiências muito ruins, muito adoecedoras, e que inclusive, em alguns momentos ficaram impossibilitadas de voltar a ter relações de trabalho, ou problemas de relações sociais e familiares por situações de trabalho assim, de carga horária, de adoecer no trabalho. (Entrevista Individual).

O fato do sofrimento gerado pelo trabalho ser tão intenso pode provocar incapacidades no trabalho, o que gera a necessidade de um afastamento, seja via atestado por alguns dias, seja via Previdência Social. A necessidade de passar por uma perícia do INSS faz com que o sofrimento e até mesmo o quadro psiquiátrico do sujeito em questão se acentue, já que o adoecimento mental é difícil de ser legitimado pelos peritos.

Quando chega lá tá... tá agudo já, já tá grave, vai se afastar ou vai entrar em licença saúde por dois três anos enfim, fora toda a massa que não chegou está lá ou não teve acesso, porque alguns diagnósticos são permitidos para o afastamento ao trabalho, porque perito também tem isso assim, não são todos. Então tem mais essa perversidade assim, porque quando tu chega lá tu tem que justificar teu sofrimento, tu tem que provar. E se não se encaixar naqueles escopos que eles têm ali de doenças, não entrar naquele CID, tu volta para o trabalho (Entrevista Coletiva).

E assim como sofrimento com o INSS né, que é muito grande nas perícias, muito grande mesmo, de alguns peritos, alguns, realmente não olharem, não

perguntarem... Na época que tem perícia marcada os pacientes já entram em crise, já chegam aqui chorando, já começam a piorar, de medo da perícia... (Entrevista Individual).

Pra ajudar... é pior, vira uma situação de estresse [a perícia], muitas vezes são maltratados mesmo né. Eu lembro de um paciente meu que ele agrediu e foi parar na Polícia Federal numa perícia, que montaram uma banca, ele era um segurança, com muitas crises de impulsividade, agressividade mesmo, não tinha mais condições de trabalhar com armas, tava adoecido, também exposto há anos a essas situações, e já com histórico familiar também de muito sofrimento, e aí montaram um banca do INSS pra ele e tinha um psiquiatra cadeirante, e o psiquiatra disse assim para ele, "olha eu aqui nesta cadeira de rodas e tu forte não querendo trabalhar", o paciente surtou... ele pegou, ele tinha uma espátula uma coisa ali na mesa e ele começou a furar toda a mesa pra não furar eles ele me disse e ele foi algemado pela Polícia Federal, aí depois na perícia seguinte ele foi aposentado, mas precisou passar por isso humilhação do outro, ele disse "ah o senhor nessa cadeira mas o senhor teve uma vida de mauricinho, faculdade, tudo pago, mas eu tô ralando desde pequeno", sabe ele conseguiu ainda argumentar, mas depois disso ele se perdeu e agrediu assim. Então tu ouve relatos muito sérios de violência dos profissionais com os pacientes... (Entrevista Individual).

Então, às vezes, a forma de fugir desse trabalho é o famoso se encostar. "Eu quero um laudo para me encostar". E não quer nem pensar sobre o porquê disso, ou questionar a questão do trabalho, problematizar que trabalho faz, porque que pensa em se encostar. E às vezes, pessoas bem jovens. Então não tem essa discussão, e também não tem essa discussão nos serviços de saúde, essa pessoa tem que trabalhar e ponto, as discussões param para os dois lados (Entrevista Individual).

A chamada perícia, o que é a perícia? A perícia é o médico dizer, que ele nem te conhece, ele não sabe a sua história, ele não sabe nada, e ele vai poder avaliar sintomaticamente se tu está ou não apta ao trabalho, ele não vai pensar na tua relação com o chefe. Sim, das questões clínicas, das questões clínicas. Ele não vai querer saber se tu chega e tu fica fazendo hora extra até às 11 da noite, ele não vai, essa não vai ser a questão para ele (Entrevista Individual).

Ainda há um estigma social muito grande relativo ao adoecimento psíquico. O trabalhador que necessita afastar-se do trabalho em função de seu estado mental produzir uma incapacidade para o trabalho é marcado por este acontecimento, especialmente no seu retorno ao trabalho. Nota-se uma dificuldade generalizada em afirmar o trabalho enquanto produtor de sofrimento, o que também acomete as empresas, instituições, na figura de seus gestores e empregados.

[...] isso é outra coisa muito difícil né, o paciente com sofrimento mental ser respeitado no seu retorno ao trabalho, nossa é impressionante, tu não consegue, e assim ó questões de assédio moral tu precisa trocar do local, tu não pode voltar com ele lá naquele mesmo local (Entrevista Individual).

Diante do cenário descrito, alguns casos foram citados em que as entrevistadas conseguiram estabelecer a relação entre a atividade profissional desenvolvida pelos usuários e o seu adoecimento. A partir dos atendimentos realizados, algumas estratégias foram usadas

pelas profissionais da saúde para dar conta de uma demanda tão complexa quanto o cuidado relativo às questões de saúde mental do trabalhador. Algumas delas são elencadas a partir dos comentários verbais dos entrevistados como, por exemplo, articulação do serviço junto à empresa da qual este faz parte, possibilitando uma aproximação entre as profissionais da saúde pública e àqueles que atuam no interior das empresas.

[...] teve um caso bem importante lá de tentativa de suicídio, e lá em [município] tem muita tentativa, tem muito suicídio né, as pessoas praticam a coisa, chegam no fim assim, chegam a praticar o suicídio. E a gente conseguiu até um contato, a gente fez uma reunião com as psicólogas da [empresa], pra poder tá pensando ahm, trocas de postos de trabalho dentro da empresa, vê como poder estar se aproximando da empresa [...]. (Entrevista Individual).

E aí a gente marcou uma reunião com as psicólogas com a [empresa], pra ver, se aproximar, pra poder talvez estar indo na empresa falar um pouco do trabalho do CAPS gente. Sim Karine, a gente foi na [empresa] dar uma palestra sobre saúde mental na empresa. E se aproximar e abriu CAPS pra isso né, ahm... eu não me lembro, acho que teve alguma receptividade assim da gente lá, mas eu acabei saindo e não sei como é que ficou isso né, mas eu me lembro que a gente montou um powerpoint, foi lá na empresa né, porque tava tendo muitos casos [...]. (Entrevista Individual).

[...] a gente queria ficar nessa parceria com a empresa, da empresa poder estar nos ligando né, de a gente poder estar fazendo um grude junto, tipo “olha tem um trabalhador aqui”, eu me lembro de um, “olha gurias a gente tem com um trabalhador aqui de vocês que está com uma tentativa de suicídio bem séria, então a gente queria uma parceria, a gente não quer que ele se afaste do trabalho, mas como é que a gente pode fazer então pro cara não se afastar, que pra ele é importante estar indo trabalhar, estar ocupado, mas que né que a gente possa tá cuidando ahm, que a gente possa tá observando essa pessoa né, que ela não precise se afastar do trabalho assim” (Entrevista Individual).

Como eu te disse, no caso né quando tem instituições que tem psicólogo eu procuro fazer contato né ou assistente social né. Colegas de prefeitura a gente encaminha [...]. a gente já teve vários da gerência já me pediu, [...] esse funcionário né não tá legal (Entrevista Individual).

Muitos assim tiveram a primeira crise dentro do local de trabalho, em várias empresas aqui. Eu já tive vários motoristas de ônibus que chegaram aqui, de lotação também por sofrerem assaltados, por uma carga horária extrema, teve um grupo que um motorista disse que a todo o momento ele tinha vontade de pegar o ônibus e atirar por cima de outros carros, enfim, eu me lembro que nesse grupo os pacientes diziam, “ah me diz o número do teu ônibus porque eu não quero pegar” (risos), mas ele tava em licença. Eu entrei em contato com a psicóloga da empresa, ela tava realizando toda uma capacitação, ela tava dedicada, que as vezes o profissional é um no meio de todo um, de máquina né, que tem que funcionar, mas foi bem comum, uma época vários motoristas de lotação, agora a pouco teve um último que pelo estresse no trânsito né, estresse urbano, e empresas também né [...]. (Entrevista Individual).

Uma menina que eu atendo, também, que ela é jovem, vem de uma situação bem complicada, bem difícil de vida. Tá trabalhando agora, através do projeto, já há algum tempo, já fez algumas tentativas e tá bem, tá conseguindo se manter numa

loja. [...] E é uma guria super jovem ainda, queria começar a trabalhar, para comprar alguma coisa para ela e tal. E aí quando eu fui ver ela tinha sido colocada no provador masculino. Que é uma guria que tem toda uma questão complicadíssima com ela, com a aparência, com a sexualidade... Ela tava se sentindo muito mal naquilo ali. Aí sim, ela pediu e eu consegui fazer, fiz um contato e “Bom, quem sabe o setor não é o mais indicado...” e ela conseguiu, mudou de setor, quis ir escolher outro setor que queria ir e conseguiu ficar bem. Então, tem coisas que são fatores do trabalho mesmo, estressantes, inadequados, muitas vezes, mas que a gente ainda consegue intervir de uma certa forma, né? [...] Nessa lógica, desse projeto, tu tem o acesso aos supervisores, aos orientadores, desses lugares. Esse pessoal faz reuniões, esse pessoal tá nos fóruns. Então, assim ó, todos... Tem assistente social no supermercado que, meu Deus, já é conhecido de todos, entendeu, então ela pega. Ela sabe, ela já conhece as situações. Então, assim, a gente... (Entrevista Coletiva).

Outra maneira encontrada pelos trabalhadores da saúde que já estão mais sensibilizados em relação a saúde do trabalhador e saúde mental em geral é promover **capacitações** para os demais colegas que ainda não tem o olhar voltado para essas demandas. Isso ocorre com mais facilidade em serviços que estão ligados ao matriciamento em saúde, bem como serviços especializados.

Já teve situações em que a gente, na própria discussão viu bom, o município tem condições de absorver e acompanhar esse caso, então a gente vai até o município discute o caso colocando enfim, faz uma espécie [...] matriciamento assim, de poder orientar também esses profissionais a tá... porque não adianta também só absorver porque... [...] Vai inchando o serviço, e... e também não contribui pra aquele trabalhador que de repente não vai chegar no CEREST, que possa ter um atendimento qualificado, então se tu está mostrando, enfim, tá discutindo com o profissional ele vai poder, além de atender aquele caso individual, poder extrapolar pra outros... [...] (Entrevista Individual).

Eu notava assim, a gente fazia um trabalho na época no CEREST, que a gente ia né nas equipes, a gente tava discutindo, iniciando a discussão lá do matriciamento em saúde do trabalhador, acho que isso ia fazer toda a diferença [...] (Entrevista Individual).

[...] a gente fez essa capacitação em saúde mental que era um iniciozinho assim, uma coisa básica e a minha ideia era começar a afunilar então assim, a minha ideia era poder trazer a questão do trabalho, vamos ver se vai... (Entrevista Individual).

Outra maneira de atuar observando a saúde dos trabalhadores e fazer com que isso se multiplique pela equipe é a partir da **interconsulta**, ou seja, o atendimento em conjunto com outro profissional. Isso faz com que a diversidade de problemáticas apresentadas pelo usuário-trabalhador possa ser atendida de modo integral, atentando também para as demandas do sofrimento no trabalho. É comumente mais praticado pelos profissionais que atuam nos NASFs e que fazem o matriciamento junto a UBSs e ESFs. Entretanto, é uma alternativa que pode ser inserida em outros serviços, de acordo com a necessidade percebida.

[...] porque a maioria que vem para o apoio matricial são casos mais complexos né, são dramas e tragédias a maioria deles, não são todos, vamos dizer que 90%, e nisso né, tu têm que ter um olhar mais integral, interdisciplinar e intersetorial também né, e meu papel é esse, fazer essa articulação também, chamar pra isso, fazer os grupos, estimular assim nas equipes [...] (Entrevista Individual).

Atividades como **oficinas e grupos** com os usuários também tem uma interface com o trabalho, já que o objetivo, em muitos casos é gerar renda, bem como buscar inseri-los no mercado de trabalho. Isso produz uma inserção gradual no processo produtivo, especialmente em relação a trabalhadores que estão afastados.

Daí a oficina a gente trabalha com duas perspectivas a partir daquilo que é feito como plano terapêutico para as pessoas, uma que a inserção no trabalho formal, mas ela é feita de forma bem gradual, é através de vagas de aprendiz, é um processo que dura dois anos para as pessoas que então tem interesse em participar, enfim. Há algumas inserções no trabalho formal feitas, ahm, são feitas individualmente mas é mais por essas turmas de aprendiz e aí um outro processo são as pessoas que trabalham lá dentro na economia solidária e algumas que fazem as duas coisas trabalham lá dentro na economia solidária e fazem o processo de inserção no trabalho formal, são processos assim que demoram anos, são bem lentos assim, é um lugar bem interessante assim de trabalhar (Entrevista Individual).

Mas na oficina [...] isso é bem visível, uma das coisas, um dos exercícios que se faz assim com as pessoas, principalmente quando elas chegam né, que elas se deparam com uma outra organização de trabalho né, que é um trabalho mais coletivo né, é um trabalho de divisão das tarefas coletivo, que muitas coisas são decididas conversando, o que que nós, qual é o processo que nós vamos fazer hoje né, que cor tu quer fazer o teu trabalho e a pessoa não sabe o que dizer [...] (Entrevista Individual).

[...] criei esse grupo [...] que era pensando nisso, na inclusão daquelas pessoas que estavam, vai pra perícia e é sempre aquela eterna perícia, é aquele eterno sofrimento né, porque todo mundo sofre antes de uma perícia, a maioria é muito maltratada enfim. E daí eu resolvi fazer esse grupo né, para pensar em outras perspectivas de trabalho se eu posso ser incluído ou não [...] (Entrevista Individual).

Acionar a **rede de saúde e saúde mental** do município também acaba sendo uma ação importante no sentido de promover uma atenção integral aos usuários-trabalhadores que sofrem no trabalho. Isso ocorre especialmente quando o serviço que o acolheu inicialmente não dá conta da demanda trazida pelo usuário.

Quando é trabalho eu mesmo dou conta junto com as equipes né de orientar, então uso muito a [oficina] que eu acho que é um lugar muito estruturante, onde as pessoas que as vezes tem um déficit cognitivo bem comprometido mesmo que não vão se enquadrar exatamente numa coisa de trabalho né assim né, mas vão aprender, a fazer oficina, talvez numa economia solidária daí sim que é uma coisa bem mais protegida né, os outros são protegidos mas nem tanto assim, são protegidos por um determinado tempo daí se desenvolvem bem não precisa tanto segue seu tratamento aqui, mas os outros não é uma coisa mais permanente né, então a gente usa bastante, é outro lugar legal assim (Entrevista Individual).

Alguns casos a gente consegue acompanhar no posto, outros a gente encaminha para o CAPS né, para o CAPS 2 assim, várias situações aliás que eu vejo que tem o sofrimento ligado ao trabalho mais intenso, eu encaminho para o CAPS para as pessoas poderem ser vistas mais vezes né e não ficaram desamparadas (Entrevista Individual).

Já teve muitos, porque assim a gente já teve uma fase toda que a gente recebia todo mundo do CEREST. O CEREST atendia, a gente... teve uma época ahm... que [...] a gente trabalhava muito junto né assim saúde mental e saúde do trabalhador [...]. E as vezes a gente, é bem interessante assim porque, tinha alguns casos que vinham por exemplo do Hospital de Clínicas assim, por depressão e não sei o que, mas na verdade tinha uma Ler/Dort aí que tava né, que a gente descobria posteriormente, a gente as vezes até encaminhava para o CEREST depois [...] pra poder trabalhar essa questão né da Ler/Dort mesmo assim porque, ou então vinha da saúde do trabalhador né pela questão mesmo da Ler/Dort mas assim toda essa questão de descobrir que na verdade tinha uma esquizofrenia ali associada né, não usando muito, a gente não usa muito essa questão de diagnóstico mas pensando um pouco essa questão assim da gravidade mesmo assim (Entrevista Individual).

A gente primeiro tenta resolver aqui, a gente lê, lê, até porque a gente tem essa experiência, já tenho essa especialização. Então primeiro a gente tenta discutir, analisar o caso, porque se pode ser resolvido aqui tudo bem, porque sempre tem um pouco daqui né e as vezes aqui é um pouco demais né, e um pouco mais da rede, enfim, então faz assim, a gente analisa né e daí articula quando é necessário, é isso que a gente faz (Entrevista Individual).

Compartilhar informações que chegam até os profissionais com a equipe, também é um meio de disseminar ideias, possibilidades de intervenção e apoio interinstitucional. Em determinadas situações, quando os meios de buscar orientar e fazer os encaminhamentos devidos nas questões relativas ao sofrimento do trabalho no serviço e na própria rede de saúde se esgotam, muitas vezes é necessário fazer **denúncias** nos órgãos competentes.

Eu recebo seguidamente e-mails da superintendência e a gente tem esses e-mails de grupo e eu passo sempre sabe, para os NASFs todos assim, para tudo que eu posso passar eu passo, o pessoal de fora sempre pede até pras minhas colegas assistentes, né que a gente acaba fazendo uma rede. Eu passo porque eu acho assim a informação é a alma do negócio. O conhecimento te dá a capacidade de decidir e de tu ter autonomia para onde tu quer levar a tua vida né, o Gastão já falava né um projeto em defesa da vida eu acho assim que a gente constrói ele todos os dias, com grãos de areia onde é possível, sabe, e onde não é possível a gente denuncia né, também né, também denuncio, também é possível denunciar (Entrevista Individual).

Para Campos (2003), o trabalho nas instituições de saúde deve ter como intuito apoiar os usuários para que estes possam avançar na compreensão do contexto sócio cultural que estão inseridos. Esta atividade pode ser realizada por meio das práticas clínicas voltadas a saúde coletiva das populações. Assim, é importante repensar o modo como a atenção em saúde é produzida, em que o estímulo para uma educação em saúde é necessária para que os

sujeitos envolvidos possam ampliar a sua capacidade e autonomia diante dos acontecimentos e problemáticas vividas.

Mesmo havendo o reconhecimento por algumas entrevistadas do trabalho enquanto causador de sofrimento, um questionamento que fica é, será que as pessoas procurariam os serviços de saúde quando estivessem passando por dificuldades no trabalho? O comentário verbal abaixo produz reflexões a respeito disso.

Acho que não é... acho que é um porcentagem pequena [dos usuários em sofrimento mental do trabalho que procuram os serviços de saúde do SUS] [...] Eu acho que algumas... É que depende do vínculo também, né. Quando a pessoa tem como referência a Estratégia da Saúde da Família, a sua unidade básica de saúde, acho que ela busca, mas quando não tem... Tipo lá essa unidade da residência, que eu fiz a primeira residência, a população ia buscar por muitas coisas sabe, era uma unidade muito forte ali naquela comunidade [...]. Então vai muito de como a comunidade tem a ligação com o posto (Entrevista Individual).

Por meio desse reconhecimento, dessa percepção que o trabalho afeta a vida dos sujeitos, que é algo central e estruturante, pode-se pensar em intervenções. Interessante notar que o nexos causal, antes, quando o sujeito fora atendido, podia não estar tão claro, mas que pelo exercício da fala e escuta de si, as entrevistadas passaram a lembrar de casos que passaram despercebidos ou não tão enfatizados como quando se discutiu sobre essa problemática.

[...] mas como eu tô te falando, eu tive, agora eu tava falando contigo e lembrei de uma mulher [...] que eu atendia lá também, e ela eu encaminhei ela para o CAPS inclusive, [...]e ela veio ahm, a ficar numa condição bem grave assim sabe? E tinha uma certa despersonalização, não sei assim, de ela chegar na frente do espelho e cortar todo o cabelo sabe, de sair meio caminhando sem rumo assim e... porque ela trabalhava num abrigo e ela viu uma situação de violência, e era um abrigo que não era da administração pública, era uma conveniada, tipo uma casa lar assim que eles mal fiscalizam e daí ela começou a sofrer ameaças, até que, e ela foi pro posto (Entrevista Individual).

Muito isso é algo que nós temos discutido bastante assim, nos lugares onde a gente está circulando. [...] As pessoas que, quanto mais assim elas vão se fechando e fechando o seu trabalho na sua prática individual, com coisas que são muito complexas que são adoecimentos [...] assim, casos gravíssimos né e os trabalhadores tentando dar conta de, não como algo como uma culpabilização deles né, mas é um processo de gestão, é um processo da equipe, uma cultura dentro daquela instituição assim que é bem adoecedora (Entrevista Individual).

Assim, nota-se que as ações voltadas ao cuidado do sofrimento psíquico do trabalhador são extremamente localizadas, produzidas de modo individualizado: de profissional da saúde para usuário, ou seja, não é algo compartilhado com a equipe e também

não é algo que os usuários em sofrimento possam dividir entre eles. Percebe-se, por um lado, um sentimento de solidão e até mesmo impotência na fala das profissionais engajadas com a temática e por outro lado um total desconhecimento daqueles que não estão afinados com a problemática em questão.

Desse modo, o lugar do sofrimento produzido pelo mundo do trabalho é localizável na atenção ofertada pelo no Sistema Único de Saúde de modo muito pontual, já que não existem práticas definidas, instituídas e difundidas no âmbito do cuidado daqueles que sofrem em função do seu fazer laboral. Estes sujeitos ficam à mercê do desejo e sensibilidade daqueles que de algum modo se sintam mobilizados por esta problemática, conforme pôde ser discutido no eixo temático que se encerra aqui.

4.3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NOS SERVIÇOS DO SUS

A organização do trabalho e os modelos de gestão adotados pelos serviços de saúde do SUS afetam os modos de trabalhar dos profissionais da saúde, que, como consequência, irão repercutir no atendimento ofertado ao usuário. Não há como abordar o cuidado em saúde, sem problematizar o modo como trabalho daqueles que são responsáveis por essa atenção se estrutura e os afeta.

Por isso é de fundamental importância detalhar como a organização do trabalho e a gestão das instituições se estruturam. Assim pode-se perceber os reflexos de tais maneiras de atuar no campo da Saúde do Trabalhador e seus possíveis agravos (HELOANI; LANCMAN, 2004).

A organização do trabalho e os modelos de gestão têm o potencial de afetar a saúde dos trabalhadores, atravessando a produção de subjetividade. Durante as entrevistas, a temática abordada neste eixo foi enfatizada, mostrando como o modo de funcionar dos serviços de saúde tem produzidos questionamentos e, de algum modo, sofrimento psíquico.

E aí tu não tem como separar, tu vê como os processos de trabalho, a forma como as pessoas trabalham, ou como mesmo, ou trabalham de uma forma mais individualizado ou mais em equipe ou com uma rede mais estruturada ou menos estruturada, o quanto isso influencia na realização do trabalho profissional, assim, na execução mesmo do teu trabalho e o quanto as pessoas adoecem ou conseguem, apesar das dificuldades as vezes, enfim dar conta daquele trabalho e também ser feliz naquele trabalho e se sentir bem e produzir saúde naqueles que cuidam né, e tu vê que em outros espaços assim as pessoas começam a adoecer, começam a faltar trabalho e muito relacionado com o modo como a organização do trabalho tá naquele lugar (Entrevista Individual).

Para dar conta da complexidade desta temática é necessário elencar alguns pontos essenciais. Desse modo são abordados neste eixo-temático “Organização do Trabalho nos Serviços do SUS” os seguintes sub-eixos: Cotidiano de Trabalho; Novos Modelos de Gestão nos Serviços de Saúde; e O Papel da Gestão Institucional: Atravessamentos Políticos.

4.3.1 Cotidiano de Trabalho

No sub-eixo “Cotidiano de Trabalho” são abordados os aspectos relativos as vivências recorrentes das profissionais de saúde. Aquilo que acontece com frequência e que influencia as práticas na saúde. Tais fatores, muitas vezes, são determinantes sobre os quais as trabalhadoras não possuem autonomia necessária para modificar. Isso ocorre principalmente por se tratarem de serviços público ligado a esferas superiores como a gestão municipal, estadual e o próprio Ministério da Saúde e que devem obedecer a diversas regras e protocolos altamente estruturados.

Com frequência, a tomada de decisão no serviço público é realizada pela gestão. Aos trabalhadores que estão na “ponta”, desenvolvendo as atividades juntamente aos usuários, cabe acatar. Percebe-se assim uma dificuldade de comunicação e uma falta de abertura para aqueles que desempenham as atividades possam opinar sobre elas.

Para economizar de um lado, eles acabam sobrecarregando a ponta. [...] E aí quem tá na ponta é quem responde, e entra em sofrimento. (Entrevista Coletiva).

Nós tivemos uma situação bem crítica aqui. As agendas médicas elas foram abertas por longo prazo, né. Hoje não são mais. Porque a gente achou melhor fazer deste jeito para diminuir o sofrimento. [...] E continua sendo sofrimento mesmo assim. E aí então, o que aconteceu? Tiveram vários incidentes e vários médicos tiveram que se afastar. E a agenda tava marcada à longo prazo. Então a gente teria que pegar aquele bloco de uma semana, de dias, de duas semanas e reagendar. Só que para reagendar iria ser para daqui a 2 meses. Aí tu imagina tu reagendar ahm... 70

pacientes para daqui a dois meses? O que tu vai ouvir daquelas pessoas que tu vai remarcar porque tu não tem outro espaço. E aí, tu não tem tempo para fazer isso. E tu começa a ter que fazer isto, e aí é de um médico, e aí depois vem de um outro e depois vem pro outro, e ninguém tava mais aguentando, né? Aí a gente começou a perceber, assim, na expressão facial das pessoas o nível de sofrimento que tava. Sabe? Foi um troço horroroso. Pressão subindo a milhão, as pessoas, daqui a pouco aconteceu uma coisa, que foi muito forte, mas ela teve a reação de estresse de tudo que estava sendo acumulado. E aí essa pessoa ficou afastada por um tempo. Então, nós tivemos que reorganizar para nos proteger, contra a tendência que existia. E, agora, essa proposta tá voltando, de novo, para a gente fazer agendas a longo prazo pros médicos, e a gente tá segurando, justamente por isso, porque a gente já vivenciou uma situação de muito estresse, foi muito triste para todos nós. Então, a gente não quer que isto aconteça de novo (Entrevista Coletiva).

As condições de trabalho dependem de alguns fatores que são essenciais para a boa condução das atividades profissionais. Referem-se aos aspectos essencialmente físicos do ambiente de trabalho, como mobiliário, iluminação, ventilação, entre outros recursos materiais necessários ao desempenho das tarefas. Assim, atribui-se de modo geral à qualidade do ambiente físico (MENDES; FERREIRA, 2007).

Um ambiente de trabalho adequado faz com que as pessoas que nele circulam se sintam acolhidas, interferindo na produção de satisfação ligada ao trabalho daqueles que ali atuam. Assim, também ocorre com os usuários que frequentam o serviço. As entrevistas demonstraram que quando há mudanças nas instalações é para satisfazer uma necessidade da população atendida essencialmente e não as demandas da equipe.

Então as casas hoje são os CAPS são superequipadas, tem um espaço maravilhoso, tem ar condicionado em todas as salas, é super decorada e parece bobagem, mas aí os usuários chegam lá e se sentem num lugar acolhido. Muitos dizem que não querem voltar para casa e bem no centro da cidade. Então fez também com que as pessoas pudessem ver que uma casa enorme e linda tá sendo usada pela saúde mental e isso tem um outro impacto. Enfim, então vai repercutindo em rede em outras coisas (Entrevista Individual).

E tu trabalhar com saúde mental já é difícil, tu num lugar horrível, sem nenhuma condição, o usuário também chega sem nenhuma condição o que favorece o trabalho? E também é um espelho para o usuário, ele vê, que pode trabalhar. Que trabalhar também pode ser algo prazeroso (Entrevista Individual).

Na atuação em saúde as condições de trabalho, de modo geral, são apontadas pelas entrevistadas como precárias, o que dificultam a execução das tarefas. Em muitos casos, as profissionais chegam a comprar materiais com seus próprios recursos financeiros para que o trabalho não seja inviabilizado pela escassez de recursos. Outras situações envolvem a falta de profissionais para atender a demanda existente, dificuldades de acesso a telefone e a veículos para realizar visitas domiciliares e outras atividades.

E toda essa outra falta de cuidado assim, com os funcionários, a gente fez greve e tudo, das condições de trabalho né, a minha sala que é super fria, essa estufa eu trouxe de casa né, as coisas eu trago, o tapetinho eu comprei porque eu gelo o pé, então tem condições de trabalho que são bem, não são confortáveis, são precárias né e que tu vai investindo e mesmo assim muitas vezes não é reconhecido (Entrevista Individual).

[...] eu atendia dentro de um banheiro, como psicóloga dentro de um banheiro na UBS, que eles adaptaram, eles tiraram o vaso e colocaram duas poltroninhas na diagonal, foi a coisa mais bizarra, eu reclamava todo dia. Enfim, eu louca já pra denunciar mas é aquela coisa, tu começando num trabalho, eu tava meio acuada, graças a Deus foi nesse período que me chamaram em [município] né (Entrevista Individual).

Vem já situações bem críticas assim já, muitas vezes demanda de internação, aí não tem onde internar... tá cada vez pior, aí consegue vaga pra internação aí não tem transporte, porque não tem ambulância, porque o carro a gente... [...] aí depois começou a ficar cada vez mais difícil, aí quando tinha carro, não tinha motorista [...] A rede absolutamente doente assim, é muito doente, tudo, onde tu mexe tem impasses muito primários. [...] faltava profissionais né, a gente com essa demanda toda [...] (Entrevista Individual).

[...] ah a questão do celular que a gente usa o celular pessoal, que a gente não tem né nenhum tipo de incentivo em relação a isso, gasolina essas coisas (Entrevista Individual).

O espaço da pesquisa também foi visto como uma forma de revelar a **falta de estrutura** que há nos serviços de saúde pública. Não há como abordar o modo de acolher os usuários sem problematizar as condições que são oferecidas aos trabalhadores. Assim, ao falar da atenção àqueles que sofrem, e que podem recorrer aos atendimentos do SUS, as profissionais de saúde expressaram o modo como elas se sentem em relação à precarização do suporte material que lhes é oferecido pela instituição. Entretanto, muitas entrevistadas sinalizam que não há um setor específico que receba as críticas e solicitações de mudanças nos serviços, ficando a mercê da própria equipe resolver problemas relativos a infraestrutura.

E bom, tô falando já no tema acho assim da saúde mental do trabalhador também né, a gente não tem e não tinha, não tem muito apoio assim na parte até do transporte, a gente tem que usar o nosso próprio carro para se dirigir aos postos, usar o nosso próprio celular. Claro que tem o telefone do posto mas que dificilmente tá funcionando ou tá disponível, ou é num lugar fechado pra gente falar sobre pacientes né, pra não divulgar pra todo a recepção escutar então não tem esses espaços nos postos. (Entrevista Individual).

A falta de estrutura básica afeta profundamente o trabalho das profissionais de saúde. Faz-se necessário que os recursos mínimos sejam ofertados para que se possa pensar em outras exigências, como formações adicionais, já que, em inúmeros casos, para se desenvolver aquilo que é orientado no espaço educativo, faltam condições adequadas de trabalho.

[...] não adianta capacitação, é isso que aconteceu agora. E aí a gente foi lá, [...] a fono foi lá, falou falou, e todo mundo ficava nos olhando assim, “tá, e aí como é que a gente coloca isso na prática? Se não tem curativo, não tem mesa, não tem sala de grupo, não tem limpeza, enfim, o posto tá tomado por ratos”, tá e aí eu vou ficar te enumerando... [...] daí não adianta a gente ficar capacitando as pessoas que eu acho que falta, tem uma parte que diz respeito a isso, à formação em saúde mental né, mas não adianta isso sem ter os recursos básicos... (Entrevista Individual).

Aliada as condições precárias de trabalho das profissionais, atentando especialmente para a falta de trabalhadores na saúde que acolha as demandas de atendimento, está diretamente associada à **sobrecarga de trabalho** daqueles que ali desempenham suas tarefas. Esse elemento afeta a saúde das profissionais e impacta a relação que estas estabelecem com os usuários, já que se há uma grande procura pelos serviços a atenção ofertada a cada pessoa que o busca, acaba ficando comprometida.

Vamos dizer assim, tinham tantos funcionários que eram psiquiatras ou ginecos, só que as pessoas vão se aposentando e aquele quadro não é repostado. Então, o que que acontece? Isso tá aumentando a demanda. Mas tá diminuindo a oferta. E aí, aqui na ponta, a gente recebe muita gente (Entrevista Coletiva).

Monteiro e Jacoby (2013), afirmam que a sobrecarga no trabalho se revela como o excesso de atividade em que os trabalhadores têm sido convocados diariamente para realizar. O fato de haver tarefas para além do tempo disponível para serem executadas está relacionado ao enfoque na produtividade e gestão por metas, onde o relevante é o desempenho quantitativo do trabalhador. É comum a necessidade do uso de horas de lazer para dar conta das atividades profissionais, já que, mesmo com uma jornada de trabalho extensiva, a quantidade e a complexidade de tarefas a serem executadas extrapolam o horário de trabalho habitual.

Uma coisa assim também, aqui eu vejo que o pessoal é bem unido, que se ajuda coisa e tal. Mas, às vezes, eu sinto, assim, uma falta de recurso para nos ensinar [...] E, de repente, largaram no colo da gente várias funções que a gente nunca exerceu e aí dizem “faz isso, faz aquilo”. Só que muitas coisas a gente não sabia fazer. Aí pedir ajuda “não posso”, porque tá, sempre, todo mundo muito ocupado. O dia que não tá ocupado é o dia da reunião. Então ficava difícil... “Ah me ajuda aqui, me ensina aqui”, e não dava. Aí um dia, a enfermeira, falei com ela, aí eu disse, “Aí [colega], pelo amor de Deus, me ensina a fazer isso aqui”... Ela largou tudo que tinha pra fazer, atrasou todo serviço dela, veio para me ensinar, pra eu aprender e não aprendi de primeira. Aí veio de novo, me ensinou. Quer dizer assim, a gente é meio um Severino, assim, né, faz tudo (risos). O pessoal todo, é os severinos da saúde. Todo mundo se vira, da forma que pode, para ajudar e coisa e tal (Entrevista Coletiva).

Tem a questão do banco de horas, que a gente acaba, eu sou uma pessoa que acabo excedendo, sempre fico mais horas, né, o que também não é legal, né. Claro, posso tirar, a gente chama banco de hora eu posso usar em algum momento, fazer né...

Mas, acaba sendo algo, que eles também estão limitando, não querem isso. Não querem que tu exceda no teu banco de horas (Entrevista Individual).

[...] é fazer grupos e eu acabo montando um cronograma assim e tentando me incluir na agenda dos médicos e enfermeiros, mas eles que acabam entrando na minha agenda digamos assim. “Ah porque é o dia da psicóloga vir então eu vou marcar com o fulano e ciclano que eu tenho muita dificuldade de fazer essa escuta e encaminhamentos e a gente faz uma discussão de casos”. Então as vezes funciona e as vezes não. Eu fico muito sozinha, dando conta né, daquele atendimento, tendo que remarcar pra daqui a dois meses porque eu só vou duas ou três vezes naquele posto né então... (Entrevista Individual)

A sobrecarga de trabalho produz sofrimento aos trabalhadores de modo que estes parecem sentir que não estão trabalhando o suficiente já que a busca pelo serviço sempre é maior do que as possibilidades de atendimento. Isso faz com que muitas situações consideradas graves não tenham o devido acompanhamento, como é o caso de usuários da saúde mental que são atendidos uma vez por mês e, muitas vezes, somente pelo psiquiatra e não pela equipe multiprofissional, focando em um acolhimento parcial e que não dá conta de produzir um cuidado integral. Em outras situações as profissionais acabam fazendo horas extras para dar conta do trabalho, o que não é recomendado pelas instituições as quais estão inseridas, já que isso gera banco de horas.

Eu vejo muitos trabalhadores dizendo que sonham com os casos, que sonham com as pessoas, que sonham que coisas ruins tinham acontecido, aí eles acordam nomeio da noite e não conseguem dormir ficam pensando nas pessoas que atendem, isso assim é algo que me chamou muito atenção assim, é um processo muito intenso de sobrecarga assim no trabalho (Entrevista Individual)

Meu compromisso com o trabalho, e eu acabo acolhendo vários usuários, marcando nem que seja uma vez por mês, de 15 em 15, muitas vezes procuro encaminhar pra algum serviço né que atenda de forma gratuita, voluntária, que a gente sabe que nem sempre se opera, porque não tem transferência com aquele lugar, a pessoa não vai se deslocar, não tem nem passagem para chegar vir aqui numa clínica. Então nesse sentido, eu já tive momentos assim bem drásticos dentro de Unidades Básicas de Saúde, de eu estar atendendo sozinha um usuário que eu sei que precisa ser escutado com mais cuidado, mais atenção, de bater na porta do médico, esse médico dizer eu não vou atender, é fora de área, ou não ele é paciente do doutor fulano, só que daí o paciente não quer ser atendido pelo doutor fulano...(Entrevista Individual).

Então meu trabalho atualmente né é na tentativa de fortalecer essas equipes, de supervisionar, apoiar, atender junto né, o que claramente, a gente sabe que não funciona muito bem também. Algumas equipes aceitam melhor outras não. Então assim, muita informação assim, mas só pra te dar um quadro geral pelo Ministério da Saúde não sei se você está familiarizada com as leis assim, mas o NASF I, que é nossa equipe, estaria apta a atender 9 ESFs né, 9 equipes de saúde da família e cada posto, cada UBS tem em torno de duas equipes de ESF. Então isso daria em torno de umas 4 UBSs né. Então foi tudo feito da forma mais né inadequada. E, então a gente já começou assim e atendendo muito a mais do que a demanda da nossa equipe né então, eu tava em sete postos, a minha colega psiquiatra em seis, a outra psicóloga em cinco, aí a gente claro, tentou se dividir pra não ficar nos mesmos né, tentando

cobrir todos esses 13 mas ainda assim uns ou dois ou três ficaram de fora inclusive o pronto atendimento que é o maior que é o que mais encaminha e que a gente se recusou a assumir porque não tinha simplesmente condições (Entrevista Individual).

Percebe-se assim o quanto esse trabalhar constante, o fato de estar o tempo todo ocupado com o trabalho subjetiva o trabalhador contemporâneo. Isso faz parte da cultura e do modo de “viver-para-o-trabalho” presente no cenário brasileiro. No entanto, além de estar presente na cultura, é algo incentivado pelos serviços em decorrência da falta de profissionais e de alta demanda de atendimentos.

Completamente atravessada pela ideia que tenho que trabalhar um monte... É muito engraçado o quanto a gente é atravessado por isso. A minha mãe ela trabalha das 5 da manhã às 10 da noite. Eu me criei com a ideia que se tu não podia dormir até o meio dia senão tu era vagabundo, sabe? E tu vai criando essa noção, e parece que tu tem que ocupar o teu tempo inteiro com o trabalho, porque senão tu tá sendo alguém que está desperdiçando o teu tempo. E ainda brigo bastante com essa concepção. Porque parece que tu tem que trabalhar o tempo inteiro para ser reconhecido de alguma forma. [...] Tu tem tempo, tu tem que ocupar com mais trabalho e isso vai lá da família, e depois os locais que tu vai trabalhando eles vão te sugando também, né, enfim... (Entrevista Individual).

[...] por decisão da gerência a gente acompanha todas as equipes da gerência, ou seja, são 27 unidades, isso inclui USF's e UBS's. Por aí já não deveria ser assim, porque a gente deveria ter, o que a portaria prevê, que a gente trabalhe com um número menor em torno de 9 equipes, 9 unidades de saúde da família... olha o que a gente está fazendo, 27 a gente não consegue, a gente faz de conta que faz o trabalho... então o que que acontece, muitas das ações que a gente deveria fazer enquanto equipe de apoio matricial, a gente não consegue por esse universo né [...] (Entrevista Individual).

A sobrecarga de trabalho, a necessidade de “fazer de conta que faz o trabalho” e de acolher precariamente os usuários que, em função de condições graves de saúde apresentada, faz com que o **sofrimento ético** esteja presente no cotidiano de trabalho dessas profissionais. As trabalhadoras, então, se encontram diante de um dilema: ou atendem à demanda de modo insatisfatório, sobrecarregando-se e desgastando a sua própria saúde ou então focalizam na qualidade do atendimento de alguns usuários deixando de acolher grande parte das necessidades da população, o que também não impede o seu sofrer.

[...] acaba surgindo outros problemas que as Unidades Básicas que estão MUITO sobrecarregadas. [...] Tem a UBS] que deveria ter 4 mil usuários e tem praticamente 40 mil usuários, é uma coisa absurda, absurda... (Entrevista Individual).

O sofrimento ético é definido por Dejours (1999) como aquele que é gerado por situações em que o trabalhador age de modo que moralmente desaprova. O trabalhador em questão tem consciência de que esses atos podem causar algum dano ou prejuízo a alguém.

A fonte do sofrimento ético passa a ser então a relação paradoxal entre o ideal moral e o modo concreto que o sujeito age, sendo que nesse sofrimento os trabalhadores mobilizam sua energia psíquica e inteligência para desempenhar um trabalho que eles próprios desaprovam (ROLO, 2011).

O fato de não ter tempo para fornecer um atendimento adequado aos usuários faz com que não seja possível, muitas vezes, compreender as reais demandas que fazem com que aquele sujeito procure o serviço de saúde. Neste caso, pode ser incluído o tempo necessário para fazer uma entrevista apropriada, buscando identificar o sofrimento psíquico do trabalho.

[...] acho que as vezes no imediatismo assim de vamos apagar incêndio né, vamos vê, acaba atendendo muita gente e tal e não vê a história da pessoa, o que se passou com ela, como que construiu assim (Entrevista Coletiva).

Tem bom, aí tem uma infinidade de exemplos nesse sentido assim, e as equipes ficam sobrecarregadas e negam atendimento, muitas vezes né, a saúde mental (Entrevista Individual).

Então, e cada vez mais, que nem hoje eu trouxe várias coisas das reuniões de ontem, se cobra que o trabalhador desempenhe diferentes tarefas. Atividades que antes eram realizadas em centros de referência, em locais específicos, agora vem tudo para a ponta. O acompanhamento de todos os agravos é tudo feito na unidade básica e na grande maioria das vezes sem a estrutura necessária. Então, isto gera um sofrimento ainda maior. Porque mesmo que a gente se convença, ou concorde, ache numa boa, a gente não tem como desempenhar as tarefas. Porque a instituição não dá as condições (Entrevista Coletiva).

E sem contar que, principalmente nós... essa da ponta, tipo os técnicos, se a gente for ver a gente faz serviço de secretário, faz serviço de recepção, burocrático... Assim ó, a gente não é mais só técnico de enfermagem, a gente é recepcionista né, a gente é psicólogo, a gente é administrativo... Quando eu comecei, quem é administrativo é administrativo, né? Quem tinha que preencher papel era o administrativo. Tu passava lá teu relatoriozinho que tu fazia na base, e o administrativo que ia preencher. Agora, não. Agora, além do teu serviço de enfermagem, tu tem mais a parte administrativa. Só que nós somos remunerados para um serviço só. E a sobrecarga de serviços que nos colocam tá muito maior. [...] E cada vez eles diminuem mais a máquina, cada vez mais eles diminuem mais o número de profissões, e querendo centralizar tudo numa só. Então, cada vez a gente tá fazendo mais coisas (Entrevista Coletiva).

Então, assim, as situações de organização... Nós temos uma equipe né, de trabalhadores que consegue dar conta de 20% da população de onde somos responsáveis. Então, assim, tem a descentralização das políticas, tem um quadro de funcionários que não dá conta da necessidade de saúde da população que a gente é responsável, tem uma diminuição de investimento em termos de recursos, tem poucas possibilidades em termos de exames... e tudo isto foi gerando sofrimento da gente. E a gente vai driblando de um jeito, driblando de outro. Tu vê a coisa escorrendo, assim, e tu não consegue fazer... (Entrevista Coletiva).

O trabalho no âmbito da saúde tem como princípios as ações em equipe, com foco na interdisciplinaridade. No entanto, as relações entre as profissionais encontram alguns obstáculos, conforme relatado nas entrevistas, pois nem sempre as pessoas estão tecnicamente preparadas para a atuação entre diversas disciplinas.

E acho que tem questões que, como tu tá no CAPS, eu digo sempre da pra gente borrar as fronteiras né. Então “Ah, isto aqui é só para TO, ou isto aqui é só para psicóloga”, Não, não existe, existe uma equipe que vai acolher junto. Até por isto assim a gente se dá conta, [...] que muitas vezes não dá para ti atender sozinha, bah e como é legal tu ter um colega junto, ele escuta de um jeito, ele vê de outro jeito. E aí quando tu vai, senta e conversa, depois que tu atende, puxa, que legal. “Ah então eu tava vendo, quem sabe então eu vou ficar com essa mãe, precisamos ouvir mais essa mãe”. Então, tudo isso, não é “ah isso é da TO, ah isso é do psicólogo, ah não isto é da enfermagem”. “Paraí” né, todas as áreas têm as suas especificidades, mas ali [...] as coisas vão, elas se borram, e como a gente também saber até onde (Entrevista Individual).

O problema é que, ainda, é muito segmentado, o SUS teoricamente é uma coisa o que acontece na prática é outra bem diferente, mesmo quando tu encontra um profissional que tenha um olhar um pouco mais para isso tem uma equipe por trás, né então, às vezes, tu esbarra na questão da equipe. Então... tu até pode ter um olhar um pouco diferenciado, mas se a tua equipe não banca teu olhar diferenciado tu fica, muitas vezes, impotente de fazer algo diferente do que está preconizado ali. E esse bancar tem que ser da tua equipe, tem que ser da tua gestão [...] (Entrevista Individual).

O **trabalho em equipe** acaba se tornando um trabalho do “entre”: ou seja, nas palavras de uma das entrevistadas “*tu vai lidar com aquilo que vem do paciente e com aquilo que está dado naquela equipe*”. A atividade na saúde é um trabalho que tem uma característica de ser desenvolvida por pessoas (trabalhadores) para pessoas (usuários). Para que isso aconteça de modo genuíno, é necessário que se tenha um investimento que não é apenas técnico e sim na relação com as equipes, em que a ideia é compartilhar saberes, buscando agregar conhecimento e práticas.

Então, eu acho que é esse tempo de aprendizagem e de espera também me fez assim “Paraí, baixa a ansiedade porque, né...”. Ansiedade acaba sendo um... Como é que a gente pode dizer, assim... Um motivo, algo que vai adoecer, né. Por quê? É como eu disse tu vai lidar com aquilo que vem do paciente e com aquilo que está dado naquela equipe, né? Ou com aquelas pessoas que tu vai contar e com aquelas que não dá (Entrevista Individual).

Então a gente foi muito assim com amor ao trabalho fazer esse apoio às equipes. E aí o quê que acontece? Algumas equipes se prontificaram né e atendem junto, então na verdade a gente que tem que fazer o apoio, mas muitas vezes a gente se vê assim “Obrigado por atender comigo” né porque é muito difícil, é uma resistência...[...] A saúde mental já é um trabalho que as pessoas encaram com resistência. Então a gente se sente, na verdade, a gente que tem que se sentir acolhido às vezes por uma equipe para aí poder apoiar essa equipe né, então é meio maluco assim... Mas então

alguns postos atendem comigo e outros assim marcam pra atender mas não atendem, eu atendo sozinha. E aí alguma coisa eu consigo passar para equipe, seja no corredor, ou em alguma reunião que eu consigo comparecer, enfim. Mas o ideal seria na verdade ter uma equipe referência presente, com aquele usuário né e dar continuidade ao atendimento né. (Entrevista Individual).

Dejours (2004) propõe que a cooperação não é passível de prescrição. Ela está atrelada às condições éticas do trabalho que residem essencialmente nas práticas e não na técnica. Já a desconfiança e o trabalho não compartilhado é altamente prejudicial às relações de equipe e à saúde dos trabalhadores.

Essas dificuldades no trabalho em equipe, vão produzir, como consequência um modo de trabalhar individualizado, o que é prejudicial para o usuário e não está de acordo com os princípios que regem o SUS. Castel (1998) aborda a problemática social da desfiliação, apontando uma relação entre o processo de **precarização presente nas relações de trabalho** e a vulnerabilidade social que os sujeitos acabam se expondo em decorrência dessa mudança. Assim há um possível crescimento da vulnerabilidade social daqueles que vivenciam a precarização no cotidiano do seu trabalho, justamente em função da importância que os modos de produzir têm na elaboração da identidade humana.

[...] a gente tem essa dificuldade até com a nossa equipe de saúde mental aqui, eles podiam me indicar várias pessoas. Eu consegui essas pessoas porque eu me dou muito bem com a psicóloga aqui, trabalhava do meu lado, pertinho que é da saúde mental e foi identificando algumas pessoas quando eu entrei que essa equipe mínima não existia, era “equipe” e eu não sei ficar parada e fui achando coisas para fazer, tu sempre acha a partir daquilo que tu já sabe né e daí que eu consegui aquelas pessoas, agora não, agora através do meu trabalho junto as equipes dos meus colegas que eu vou vendo e já vou fazendo propaganda e vai vai, vamos fazer um levantamento não é possível que não tenha (Entrevista Individual).

[...] é um lugar bem CAPS CAPS, mas um CAPS muito num funcionamento ambulatorial, é uma equipe formada praticamente só por psicólogos, tem uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e uma neurologista e o resto são só psicólogos, então é uma equipe de psicólogos que tiveram uma formação há muitos anos, década de [19]70 a formação deles, [19]80, então eles tem um trabalho bem ambulatorial, bem individual assim, o que causa também muito sofrimento para os trabalhadores assim porque eles trabalham casos graves e se responsabilizam individualmente por esses casos, tentam dar conta (Entrevista Individual).

E a gente sabe que tem muito sofrimento dentro do serviço público municipal, né? Por causa, por conta da precarização, de não ter sala... Hoje a gente tá tendo sorte de ter essa sala... (Entrevista Individual).

[...] a gente têm colegas que também estão passando por isso, acho que também fala disso assim, que tem ambientes muito precarizados que também não conseguem dar conta, talvez a própria estrutura também não consiga dar conta, a gente poder falar dessas questões, que está acontecendo, então é isso (Entrevista Coletiva).

Para Dejours (1999), a precarização das relações de trabalho desenvolve inúmeras consequências para a vida daqueles que permanecem trabalhando. Podem-se citar algumas, sendo essas a intensificação do ritmo e da carga de trabalho, o crescimento do sofrimento psíquico, a dificuldade para a mobilização coletiva na luta contra o sofrimento, em que os trabalhadores acabam dominados e alienados e a elaboração de estratégias defensivas, especialmente ligadas a um individualismo e uma “paralisação” em possíveis ações que poderiam modificar o cenário produtor de sofrimento.

Se vê muito é, particularmente, é um estresse social. Ou ausência do trabalho ou... sintomas pela forma de trabalho, pelo tipo de trabalho. Mas, geralmente é um contexto de depressão social, ou o desemprego, parece que isso aí também, isso tá vindo com muita força. Parece né que, ultimamente até “Estou trabalhando, que bom” (Entrevista Coletiva).

Trabalhar na saúde pública do Brasil é se deparar cotidianamente com as **situações de violência e vulnerabilidade social**. Elas podem emergir diretamente, quando colocam em risco a vida dos trabalhadores e usuários de maneira eminente, e/ou como a violência simbólica ligada a falta de recursos básicos no cotidiano de trabalho e relativo às condições de vida da grande parte da população atendida.

[...] a maioria dos atendimentos são permeados por algum índice de violência ou de sofrimento no trabalho... [...] muitos usuários ahm... que são assaltadas no serviço né, que são seguranças, vigilantes, ou pessoas no deslocamento do trabalho são assaltadas. (Entrevista Individual).

[...] agora a pouco uma unidade fechou devido a criminalidade né, tiroteios. Tavam vários funcionários aqui, tu imagina tu trabalhar com medo né. [...] aconteceu diversas vezes de fecharem o posto de chegar alguém baleado, e bota uma arma na cabeça das gurias para fazer tirar uma bala, né. Então como é que fica isso, como essa pessoa dorme de noite? Nós fomos assaltados aqui várias vezes nos roubaram 15 computadores aqui do posto, muitas noites a gente sai daqui com medo né [...] (Entrevista Individual).

Então assim, por exemplo, semana passada toda teve unidade ficou fechada por toque de recolher, disputa de território ali, então a gente não consegue chegar e nem a equipe não pode chegar né [...] (Entrevista Individual).

[...] agora me ocorreu a questão da segurança né, que agora os serviços têm sido assaltados, as UBSs já são assaltadas há um bom tempo, são assaltadas assim né pelas pessoas do bairro ou assim de outros bairros enfim, entram levam pelo forro, picham, teve um assalto que os caras fizeram “cocô” no meio do corredor do posto de saúde... [...] É, uma coisa de... é todo um ressentimento também da população, assim as coisas vão se misturando. Ahm... semana passada o CAPS 2 foi assaltado serraram as grades e levaram os três computadores que eles tinham... O CRAS [...] foi assaltado dois homens a mão armada e levaram o carro de uma das trabalhadoras (Entrevista Individual).

[...] eu fui lá no dia que deixaram o corpo esquartejado lá, [...] e na frente da escola deixaram uma cabeça [...], helicópteros, polícia, todo aquele “auê”, unidade sendo fechada. [...] A última vez agora, tavam botando fogo lá na Cruzeiro e eu pintando lá no postão assim tá ligado, os caras botando fogo no ônibus, na parada, e todo mundo fechando, a polícia chegando e eu do lado de fora (Entrevista Coletiva).

Mas se vê de uma forma bizarra né? Porque a gente se deparar tirando instrumentos, maquinários de dentro do serviço, levar para as suas casas para poder funcionar no outro dia... sabe, é uma coisa que tu fica pensando “Meu Deus, que outro serviço eu estaria fazendo isso?”. Eu digo, a gente para dar conta das situações... acaba abraçando. [...] Tu já fica imaginando, que vai chegar aqui e não vai ter computador para trabalhar (Entrevista Coletiva).

Desse modo, observa-se o sofrimento duplo ocasionado pela convivência cotidiana com a violência. Por um lado, se sofre em função dos relatos que são acolhidos nos atendimentos em que os usuários mencionam as situações precárias de vida e violência vividas nas comunidades e, por outro, a violência direta que as profissionais da saúde são vitimizadas, como assaltos, furtos e tiroteios.

Assim, o cotidiano de trabalho das profissionais de saúde é permeado por más condições de trabalho, em que a infra-estrutura ofertada é precária para o desenvolvimento das atividades. Há uma sobrecarga de trabalho, ocasionada especialmente pela alta demanda que deve ser atendida e pela escassez de profissionais nos serviços. Também se percebe uma dificuldade de atuar de modo interdisciplinar, realizando um trabalho coletivo. Todo esse cenário é agravado pelo enfrentamento da violência que essas trabalhadoras devem fazer todos os dias para continuar desenvolvendo suas atividades profissionais.

4.3.2 Novos Modelos de Gestão nos Serviços de Saúde

Os novos modelos de gestão se fazem presentes nos mais diversos contextos do trabalho. Inicialmente difundido genericamente nas organizações privadas, atualmente se fazem presentes também nos setores do serviço público. A ideia de “copiar-e-colar” as estratégias gerenciais do âmbito privado para o público produz consequências nefastas para as relações de trabalho, bem como para a saúde dos trabalhadores.

As mudanças pelas quais o mundo do trabalho vem passando nas últimas décadas provocam impactos na vida humana. Estes indivíduos são então forçados a conviver com uma lógica de mercado flexível e altamente mutável o que produz, inevitavelmente sentimentos

de mal-estar, instabilidade e insegurança em relação a sua condição de empregabilidade (DEJOURS, 1999).

Deseja-se um profissional altamente polivalente, capaz de realizar as tarefas pelas quais foi contratado, mas também que possa realizar outras atividades, para além de sua formação e função (HELOANI; LANCMAN, 2004). Exige-se qualificação permanente, o que traz uma sensação de estar constantemente desatualizado, não sendo mais viável aprender com a experiência apenas (BAUMAN, 2009). “Falar do trabalho impõe o uso de uma língua que não é nunca neutra, e que é dominada cada vez mais pela descrição administrativa das tarefas e da organização” (PÉRILLEUX, 2015, p. 49).

Gaulejac (2007) afirma que a gestão é apresentada nos manuais administrativos como um conjunto de técnicas diversas que tem como objetivo racionalizar e otimizar o modo como funcionam as organizações. Pode ser considerada como “um sistema de organização do poder” (p. 36).

A educação permanente, que tem uma função muito importante na qualificação das profissionais e dos serviços, também foi capturada por uma lógica de desempenho. Institucionaliza-se a participação em cursos, já que este é um quesito a ser pontuado nas avaliações de desempenho pelas quais algumas trabalhadoras passam.

Eu acho, que assim, [...] tem coisas muito boas, mas tem coisas que são complicadas, assim né. Eu sou super assim... Essas coisas, por exemplo, de fazer cursos, tu tem que mandar um workflow eu detesto coisas de mexer em computador e mandar. Eu vou lá, bato meu ponto, faço o curso e volto. Mas tem que aparecer. Tanto que ele tem uma avaliação e eu, por uma hora, perdi, que é de educação permanente. E eu sou uma pessoa que, sempre que dá, sábado [...] eu assisto alguma palestra, né. Mas perdi por uma hora, por não me organizar e colocar as coisas (Entrevista Individual).

Isso produz uma **burocratização no trabalho em saúde**, já que muitas vezes as profissionais acabam ocupando o seu tempo com essas atividades de preenchimento de planilhas e formulários. Tais atividades, muitas vezes acabam sendo invisibilizadas, já que o que “conta” na realidade é quantos atendimentos foram de fatos realizados. Supõe-se assim que o trabalho em saúde passa a ser quantificado, deixando de lado os aspectos relacionais tão importantes na tarefa do cuidado.

[...] daqui a pouco vão te pedir, tá quantos atendimentos tu fez? Para ti escutar uma pessoa um pouco mais detalhadamente, tu precisa de tempo e tempo significa que

tu não está atendendo uma pessoa, tu deixa de atender outra pessoa pra escutar um mais demoradamente aquela pessoa, também é quantitativo (Entrevista Individual).

Pois é... Em parte assim eu vejo um pouco pela organização né, pela... acho que tem uma coisa da secretaria também, da demanda por quantidade de atendimento né... Então eles estabelecem a produção, né o médico tem atender tanto por dia. Metas e obviamente uma escuta em saúde mental não dá pra fazer em 15 minutos, né e as vezes dura até 1 hora e meia então como é que tu vai distribuir fichas né se tu tem usuários ali que tu não sabe qual história que vai vim ou as vezes tu tem que encaminhar na hora assim pra um CAPS ou pra um CRAS, alguma coisa e aí tu tem que fazer contato telefônico, isso leva tempo, tu tem que escrever, redigir um encaminhamento mais detalhado né, ou as vezes se trata mesmo de uma internação, então até a remoção chegar daquele deslocamento pro usuário, isso as vezes é uma manhã inteira assim né. Então eu vejo assim que a organização do dia a dia do posto atrapalha muito essa escuta assim né... (Entrevista Individual).

[...] Da gestão. Muitas vezes já nos foi cobrado, nos foi cobrado números né pro NASF assim. E a gente tentando dar essa explicação “mas o NASF é justamente um atendimento qualitativo assim né, poder escutar o usuário na sua singularidade, escutar com calma e se implicar na história né desse sujeito e bábábbá”, e não mas assim, houve uma secretária que agora não tá mais mas que disse isso, “mas eu não vejo o trabalho de vocês e eu quero um número concreto” ela dizia “então eu preciso de números”, de ter que preencher aquelas folhinhas do e-SUS né, que claro tem que ter um registro, né, do tipo de atendimento que a gente faz, mas o objetivo era “quantos atendimentos tu faz por mês?” De vim essa pergunta algumas vezes né e enfim a gente conseguiu... assim relevar um pouco isso, e não deixar isso aparecer tanto no nosso trabalho, e só seguir fazendo o nosso trabalho, sem se importar, mas com algumas ameaças assim de vez em quando né (Entrevista Individual).

Quando eu comecei na enfermagem a gente trabalhava muito com a parte assistencial do paciente, com a parte de humanização do paciente. Hoje em dia, a preocupação é mais com a parte burocrática. Tu tem excessos de papelada para fazer, e depois o paciente. Geralmente é assim, eles se preocupam mais com “Tu não preencheu o papel ali”. O paciente, mas tu tem que preencher este papel, bonitinho. Senão não tem verba daqui, não tem verba dali... Então, é muita burocracia. Acho que se tornou muito burocrático, principalmente, a enfermagem. É excessos de papel, é excessos de relatório, de fichário, de estatística... E a parte assistencial mesmo, do paciente, eu acho que tá ficando bem mais... Ahm... Tipo assim... em segundo plano... não, não é em segundo plano, mais, mais frio. Não tem mais aquela coisa do, de tu chegar e conversar. Que antes tu tinha mais. Um dos motivos que eu gosto da sala de vacina, que eu adoro a sala de vacina, é isso. Porque ali na sala de vacina tu tem aquele contato mais com a mãe. Tu consegue conversar, orientar, né? Perguntar. É uma coisa mais acolhedora, eu acho mais acolhedor, né (Entrevista Coletiva).

O controle sobre o trabalho e sobre o trabalhador se faz presente no dia a dia das profissionais. Isso aparece na exigência do próprio Ministério da Saúde ao solicitar o preenchimento de dados referentes aos atendimentos realizados, o que não abarca todo o trabalho, somente o resultado final. Também é percebido na instauração do ponto digital, que, a partir deste equipamento passa a regular as entradas e saídas do serviço de modo rígido.

É porque eles estão querendo os dados quantitativos também né, “ah quantas pessoas cada profissional atende por semana”, só que a gente tá ali não é um

ambulatório né. O CAPS é uma concepção muito mais ampla, a gente atende também na sala de espera, também no corredor, a gente também vai em casa fazer VD [Visita Docimiliar], a gente tem que participar de reuniões para estudo de caso do CREAS [...]. Até o Ministério da Saúde até para controle da questão da verba enviada para CAPS eles tentaram, né a RAS [Redes de Atenção à Saúde] né, mas foi uma coisa assim, isso dependia de um sistema informatizado né que nós estamos muito longe né, todo o nosso controle é manual, a gente tem prontuário manuais [...] Então as coisas elas vêm muito por decretos assim né, de cima para baixo mas bom, as capacitações necessárias e o pessoa pra fazer... porque a gente não consegue ter pernas para tudo isso né, e ainda fazer esses registrinho... (Entrevista Individual)

Sim. A grande maioria [trabalha 40 horas]. Que não era né? Se transformou. Desde que a gente entrou na prefeitura os acordos eram outros, né? E aí, claro, depois vai mudando gestão e, enfim, acaba que a carga pesou... [...] É. Por exemplo, a gente tem ponto. Antes a gente não tinha relógio ponto. Isso ajudava a gente a ter alguma flexibilidade. “Bah, hoje não tô mais rendendo, não consigo mais, mas amanhã...”. Acabou, não tem. É o ponto ali é digital (Entrevista Coletiva).

As atribuições das profissionais de saúde aumentam, todavia, a inclusão de novos profissionais para suprir tal demanda não cresce proporcionalmente. Isso vai impactar no âmbito físico e psíquico a partir de uma constante sobrecarga de trabalho que acaba sendo incorporada a carga já assumida.

A gente tem visto assim alguns trabalhadores aguerridos na luta pela saúde mental e que tem o seu trabalho reconhecido, mas que não tem este reconhecimento né, este respaldo. Não é só na saúde mental, na atenção básica também. E é uma questão de suporte, assim. Vem lá o tal do acolhimento né, que estão implantando, sem apoio e sem estrutura as pessoas estão adoecendo profundamente nas unidades de saúde. Porque “ó faça” daí tu tem que atender tanto, aí aumenta a demanda e tem que dar conta. E não tem ninguém lá junto, dando um apoio dizendo “Senta aqui, vamos conversar, vamos planejar juntos” (Entrevista Coletiva).

Nessas reuniões de coordenação, desde o tempo que eu participo... Gente! Eu me apavoro. Toda semana tem alguém ou cobra ou dizendo a novidade que a atenção básica tem que fazer. Atenção básica é tudo, é a porta de entrada. Eu acho maravilhoso, acho lindo a atenção básica atender várias questões, tuberculose, HIV e coisas assim tão difíceis e complexas, mas cadê a infraestrutura? Cadê os funcionários? A capacitação... Até tem alguma capacitação, A gente sabe que tem. Mas, tipo assim, não dá para ir todo mundo porque não pode fechar, sabe? E as pessoas tão adoecendo muito (Entrevista Coletiva).

A lógica das **metas** faz parte do cotidiano de trabalho na saúde, em que os usuários atendidos são reduzidos a números, não sendo diferenciados pela complexidade dos casos, nem mesmo pela singularidade da história dos indivíduos. Parece que, para dar conta da demanda de atendimentos, a solução encontrada não é a ampliação do quadro de trabalhadores e sim a redução do tempo e do aprofundamento do atendimento, o que compromete muito a qualidade do trabalho desenvolvido. O foco por parte da gestão

encontra-se claramente na quantidade, colocando em segundo plano as particularidades de cada situação.

É e as vezes assim um paciente falta e isso não é registrado, eu faço o meu registro próprio mas no e-SUS não tem registro de falta. Então daqui a pouco, essa época, por exemplo, os usuários vão para a praia, não avisam que foram aí parece assim, se for olhar pelo sistema eu não fiz nenhum atendimento hoje... estava ali com a equipe conversando, discutindo de outros usuários que não estavam presentes, né então é o tipo de trabalho que talvez em números não apareça, então acho que isso atrapalha então em parte né (Entrevista Individual).

Esse modo de trabalhar está associado a ideia de alta performance em que as atividades profissionais são representadas por indicadores de desempenho e estes, por sua vez, são traduzidos em custos ou benefícios, seguindo uma visão dualista. O humano é visto como um recurso que está a serviço das empresas e instituições de trabalho. Desse modo, o trabalho é permeado por uma racionalidade fria presente no enfoque numérico, representado pela quantofrenia, ou seja, obsessão pelos números em detrimento das pessoas que ali desenvolvem suas atividades profissionais (GAULEJAC, 2007).

[...] tu precisa ver a dificuldade que é para fazer as pessoas pararem para fazer uma capacitação né, a gente conseguiu só fazendo parceria com a gerência e mesmo assim teve muita gente que não foi porque tá engolido pela rotina, pelo trabalho, [...] eles tão com o usuário batendo na porta né, então vem a gente orientar de que eles precisam fazer a escuta desse paciente que é importante que eles possam coletar uma boa história, que eles possam né, conversar sobre como que é o trabalho e tudo bem eu acho muito legal, só que a porta tá batendo a gente vai fazer as vezes matriciamento nas unidades, tem que fechar agenda né deles, eles tem que ficar ali com a gente um tempo, tem uma lista enorme de demandas que eles querem nos trazer e é o tempo todo alguém batendo na porta, “ah uma receitinha, um encaminhamento”, é produção né... a relação é não muito diferente de uma relação de trabalho... (Entrevista Individual).

O enfoque direcionado a um **produtivismo** e nos resultados do trabalho, medidos a partir de avaliação quantitativa, produz um meio de trabalho precarizado. Além disso, nem mesmo alguns direitos básicos, como o pagamento dos salários em dia, tem sido mantido pela gestão de alguns municípios e no estado do Rio Grande do Sul. Isso provoca uma fragilidade nas relações entre instituição e trabalhador, desestimulando o investimento destes no seu trabalho.

E eu não sei se tu tem notícias, mas atualmente a gente tá num momento delicado assim de... não estarem pagando os salários, mesma coisa do Estado assim, que na verdade não tem a ver com o Estado mas... [...] Mas tá acontecendo de eles atrasarem férias, não pagaram dezembro pra todos os funcionários. A gente tá lá agora com o sindicato tentando garantir janeiro né então é um momento que a gente

se sente muito enfraquecido, sem a menor vontade de ir trabalhar né, ainda mais com saúde mental que é uma coisa tão delicada assim... (Entrevista Individual)

É, então, por exemplo, teve agora uma psiquiatra contratada que entrou pra equipe do NASF maravilhosa assim, com capacitação, especialização [...] super envolvida assim com os pacientes né, ela chegava no horário, que geralmente os contratados não né, e ela chegava assim antes do horário e saía depois do horário, super vinculada, a gente trocava mensagem sobre os pacientes que ela atendia e eu também com o resto da equipe, e aí foi isso que aconteceu, a prefeitura não conseguiu pagar e essa profissional se demitiu e foi uma perda assim absurda, que era alguém que tava potencializando as equipes, né. Então isso assim a gestão também não reconhece aquilo que tá modificando, que tá acontecendo, ao invés de tentar segurar, eles não se coordenam (Entrevista Individual).

Para que este cenário descrito, referente a organização do trabalho que circunda a atividade em saúde, seja modificado se faz necessário o investimento por parte da gestão destes serviços. Entretanto, a percepção das profissionais indica que este movimento não é de interesse dos gestores, já que exigiria enfrentamentos que ultrapassam as instituições de trabalho, especificamente, chegando a ter que se repensar o próprio sistema socioeconômico que atravessa as relações de trabalho, também no serviço público.

Para isso o gestor tem que ter interesse, né? E daí é que eu não vejo acontecer. Porque não há interesse em mexer no capital. Não há interesse em dar elementos para que se questione a relação com o trabalho, então eu não vejo... ainda mais no momento atual... (Entrevista Coletiva).

Gestores da saúde tem que querer envolver política, uma política de saúde que contemple essa questão. Por exemplo, Chikungunya e a dengue entram na saúde mental. Os CAPS AD têm mais verba que o nosso CAPS, porque? Porque tá todo mundo preocupado com a questão da drogadição... O gestor acaba sendo, por “n” questões, obrigado a desenvolver mais determinadas políticas. E eu não vejo quem, a não ser os trabalhadores e os sindicatos que possam cobrar isso do gestor. É uma relação bem complicada, politicamente (Entrevista Coletiva).

Por exemplo, tu vê em qualquer unidade tu vê um monte de cartazes assim “Qual a diferença entre Chikungunya e Dengue e não sei o que”. Tu não vê cartazinhos perguntando, ah sei lá, se tu imaginasse “quais os principais fatores de adoecimento no trabalho? Você já passou por isso?”. “Você sabe que conforme a relação que você desenvolver com o trabalho...” Porque acho que aí a gente vai entrar, vai levar uma questão que é histórica, que é um pouco da posição que a gente ocupa, como, nessa cadeia (Entrevista Coletiva).

O desconhecimento da gestão a respeito das especificidades do trabalho, principalmente na saúde mental, faz com que haja um pré-julgamento sobre modos desejáveis de se trabalhar. Quando se referencia os serviços públicos, gerenciados pelo Município, Estado ou País, há o **atrasamento político partidário** nas relações de trabalho. Assim, o que efetivamente dá visibilidade para a gestão municipal é incentivado, em

contrapartida, aquilo que nem sempre tem uma resolubilidade rápida não é percebido como algo relevante.

Mas eu acho que principalmente é a gestão assim, que às vezes tu vê os usuários não, os trabalhadores motivados e desistindo de fazer grupos, de fazer trabalho por que não tem esse apoio e esse reconhecimento né e inclusive as vezes dentro da própria equipe alguém é criticado, “ah o fulano foi lá fazer o grupinho dela”, é algo desvalorizado assim como se tivesse matando o trabalho assim né. Então “não tá aqui aplicando vacina, tá lá fazendo grupinho” então tem um pouco dessa, desse estigma assim também, que não é algo sério assim, um trabalho sério, então acho que é isso assim (Entrevista Individual).

Que a gente é “pau para toda obra”, agora a gente vai mudar de prédio de novo, porque nós saímos daquele prédio que eu te falei a gente já saiu provisoriamente por seis meses e agora estamos retornando para lá e estão nos socando com outro serviço [...] então é situação terrível né que vai mexer com a nossa própria identidade como serviço né. Porque agora nós estamos sozinhos numa casa, e agora a gente vai funcionar com um serviço que é da educação e isso vai nos, nos sufocar... (Entrevista Individual).

São inúmeras as situações relatadas e que beiram o descaso em que o cuidado e investimento nas profissionais de saúde não são prioridades da gestão. Fornecer material adequado para o trabalho e suporte para as atividades não é uma prática frequente o que, quando não inviabiliza, dificulta muito o fazer destes trabalhadores. Além disso, quando as trabalhadoras solicitam materiais ou condições adequadas para o trabalho a gestão não acolhe essas demandas, agindo de modo a precarizar ainda mais o trabalho desenvolvido, o que produz uma lógica de silenciamento diante de queixas e busca por mudanças naqueles espaços de trabalho.

Ou então como, a gente sentia assim nas reuniões que a gente tinha essa gestão como um espelho sabe, batia e voltava, então tu começa a adoecer. Eu não tinha nada para trabalhar. Eu não tinha um jogo de canetinha porque atendia muita criança, eu não tinha um jogo, não tinha boneca, não tinha nada assim. Eu atendia com... E eu não tinha como carregar porque eram 9 equipes né, então cada dia eu ia para um lugar diferente né, então não tinha como... [...] a gente fazia grupo com material reciclável, assim pedia garrafa pet e muitas vezes as unidades faziam brechó para conseguir arrecadar algum dinheiro, para poder fazer alguma coisa que tem custo sabe. E daí tu começa a ver que a gestão não tem interesse que tu faça sabe, aí tu começa a se desmotivar assim né com o trabalho (Entrevista Individual).

[...] eu acho que outra coisa que adoce muito é condições de trabalho. [...] a gente nunca teve grandes condições assim né, tipo de material, de carro, de sala, de computador, telefone... E num dado momento, daí a gente começou a reclamar, fez assembleia no posto de saúde, daí nos tiraram tudo, o pouco que a gente tinha. Nos tiraram carro, nos tiraram sala, nos tiraram computador, nos tiraram tudo. “Agora cada um de vocês vai de manhã vai para uma Unidade de Saúde e no final da tarde vai embora, não precisa mais ter sala, não precisa ter carro, não precisa ter mais computador”. Isso adoce, foi por isso que eu saí de lá, porque eu entrei em sofrimento, grande assim. É mais o problema da gestão é exatamente esse, é gestão

surda né, surda assim (Entrevista Individual).

Dejours (1992), afirma que na alienação social, a palavra daqueles que são oprimidos no contexto do trabalho é quebrada e pode até mesmo tornar-se inaudível. O sujeito é, assim, condenado a uma solidão alienante, quando a dinâmica do reconhecimento pelo que realiza no seu trabalho, não se faz presente.

“A gestão é surda”, quando escuta, muitas vezes repercute de maneira negativa, de modo persecutório. A sensação que se tem é que quando as pessoas são ouvidas de alguma maneira serão visadas para uma punição. As relações que se constroem baseadas em ameaças, retirada de direitos básicos, más condições de trabalho e gestão negligente, conforme descritas acima, acabam preparando o terreno para o estabelecimento de relações perversas entre gestão e trabalhadores e mesmo entre a própria equipe. As pessoas então, em sofrimento passam a realizar um trabalho individualizado e, em alguns momentos, se atacar, reproduzindo a violência simbólica promovida pela gestão.

Então foi isso assim, eu acho que eu fui construindo assim o gosto pelo trabalho na saúde pública, entendendo por onde que é possível fazer um trabalho. [...] Então acho que assim me relaciono relativamente bem com a gestão, embora saiba de todos os furos, de tudo, eu acho que também a gente tem que ter jogo de cintura né, claro aprendi muito com essa situação que eu te contei da mídia como um quarto poder que é bem evidente, bem evidente, a secretária disse, o fulaninho que estava lá é o jornalista e essa entrevista não vai sair por tua culpa, tu causaste, tu quase causaste um desastre de proporções internacionais, poderosa eu né... (Entrevista Individual).

Barreto e Heloani (2014) vão afirmar que o assédio moral, atualmente se “popularizou”, sendo considerado uma ferramenta de gestão. Entretanto, é necessário diferenciar a **violência do assédio**. A violência, de modo geral, pode ser considerada qualquer tentativa, seja ela explícita ou não de assujeitar o outro, interferindo negativamente na sua capacidade de agir, pensar e sentir e assim desubjetivá-lo (MENDES; ARAÚJO, 2010). Já o assédio moral é referenciado quando há uma conduta abusiva, sendo esta frequente e intencional e que objetiva “diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psiquicamente um indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de trabalho, atingindo a sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional”, ocorrendo essencialmente no ambiente de trabalho (FREITAS; HELOANI; BARRETO, p. 37).

Os trabalhadores da saúde são vítimas também de situações de constrangimento, de assédio, de pressão. Hoje na saúde a gente tem uma pressão por produtividade

também como qualquer outra empresa, então a gente tem que cumprir metas, a gente tem que cumprir dados, de uma outra forma, mas também tem uma pressão [...] (Entrevista Individual).

É e falando em assédio assim, isso é uma questão bem crescente, assim, quando vem algumas queixas né, e... Porque a princípio parece que é algo acontece só no setor privado, e o quanto isso esses modos de gestão do setor privado, eles tão incorporados no setor público né, que também paralisa as pessoas por motivos diferentes né, as pessoas não têm o risco de ser colocadas na rua, mas elas sabem que podem sofrer outras consequências que também são muito nocivas, né... (Entrevista Individual).

Ai, no momento [a saúde mental] tá péssima, no momento tá péssima, pela troca de gestão pela essa questão de assédio né... ahm... por ter que tolerar coisas, pessoas, funcionamentos que não... que antes não aconteciam sabe, tá bem difícil assim sabe (Entrevista Individual).

Conforme os relatos, percebe-se que as consequências da violência e do assédio moral no trabalho são drásticas afetando a estrutura psíquica dos sujeitos, levando em alguns casos ao adoecimento e, em consequência, o afastamento do trabalho. Percebe-se também uma inabilidade muito grande da gestão em abordar esta problemática, em que muitas vezes um conflito mal administrado pela gestão se agrava, afetando de modo significativo a saúde das trabalhadoras.

Naquele espaço assim é bem difícil, tá bem difícil. Eu acho que até agora eu fui bem tolerante sabe, eu tava conseguindo levar, mas não sei... agora tá insustentável pra mim assim, não sei quanto tempo eu consigo ficar ali, sabe. E acho que tá todo mundo num super sofrimento assim né... pela forma como as coisas estão sendo impostas, colocadas, funcionários sendo trocados de lugares, serem chamados para uma conversa sabe. Tu tá com o salário parcelado, tu não tá recebendo e ainda te tiram do teu local sem conversar contigo, sem saber o vínculo que tu tem com aquele lugar, sem conversar com a tua chefia, simplesmente uma coisa de cima para baixo, então é tá muito difícil, tá bem difícil, assim essa gestão (Entrevista Individual).

Acontece muito assédio moral ali onde eu tô... e às vezes tu tá tão envolvida na coisa que é difícil tu conseguir identificar isso sabe, é muito difícil tu conseguir identificar e não tomar aquilo as vezes até como uma coisa que tu, que tu criou aquela situação, que tu é responsável por aquilo. Então, não são muito claros esses limites assim sabe, do que que é um assédio do que que não é... o que que é tolerável, o que que tá te desrespeitando e o que que não, sabe qual é o limite, onde eu tô dando muito, eu talvez eu tenha que né, ahm... eu atribuo a isso assim né. [...] E como proceder o que que tu faz, tu chama teu chefe e diz “olha só um pouquinho, te liga” sabe. Como é que tu, tá vamos supor mas é uma pessoa esclarecida nível superior e tal e aquela moça do xerox entendeu, como que lida com isso sabe... Ahhh, eu acho uma questão muito difícil assim... (Entrevista Individual).

A gente que passou por essa situação de assédio dentro da prefeitura, foi surreal assim, chegou a um ponto que agente desistiu, a gente entrou com um processo, tem um processo que até agora tá aberto, pra tu ter uma ideia, então assim pra tu ter uma ideia de como a questão do assédio moral, por exemplo, que é uma questão cotidiana nas relações de trabalho aqui dentro da prefeitura não se explicitam né, as pessoas ainda são perseguidas, adoecem né (Entrevista Individual).

Eu sou uma pessoa já sofri assédio moral no trabalho né, fiquei afastada 100 dias e daí sei o quanto que aqueles 100 dias não era férias, era puro sofrimento, era não dormir de noite, acordar no outro dia sem um objetivo, porque tiveram dias que nem hoje, tá lindo e maravilhoso, mas tu acorda sabe e daí, o que fazer, como vai ser a minha vida daqui pra frente, sabe, é complicado. Daí eu consigo imaginar também, já imaginava isso, mas daí quando senti na pele só consolidou esse pensamento né que o trabalho é algo extremamente estruturante (Entrevista Individual).

E a gente sabe assim, o assédio moral, ele é só uma pontinha né, de todo o sofrimento e violência que existe no mundo do trabalho e que adoce o trabalhador (Entrevista Individual).

A organização do trabalho é onde a violência psicológica e o assédio moral podem sustentar-se ou não (FREITAS; HELOANI; BARRETO; 2008). Isso irá depender do modo como cada instituição lida com as adversidades no trabalho e, mais amplamente, com as formas de administrar as equipes e processos de trabalho.

Num primeiro momento, tem alguns exemplos assim que eu posso citar, tem uma unidade básica [...] que tinha esse grupo que estava desativado, e eu comecei a apoiar uma técnica de enfermagem que tinha interesse em tocar o grupo, então eu comecei bem como uma matriciadora mesmo né, fazendo um trabalho de capacitação, de acompanhar o grupo, quando eu percebi que a técnica de enfermagem estava super autorizada né a seguir o trabalho eu me retirei, isso foi um processo assim, tô te contando resumidamente. E o grupo que permaneceu assim foi nomeado, acho que foi o grupo que mais deu certo se a gente pudesse pensar né, no sentido que o meu trabalho foi efetivo ali né, eu consegui transmitir algo para aquela técnica e ela se sentir autorizada a seguir o trabalho. Claro que lá pelas tantas, anos passados, questões de disputas, de brigas nessa equipe fizeram com que esta técnica se retirasse desta UBS, e o grupo acabou sendo assumido por umas agentes de saúde que tem uma outra conotação do que é saúde mental assim (Entrevista Individual).

Assim, nota-se que o sistema capitalista atual, altamente modulável, faz uso, por meio dos novos modelos de gestão de estratégias infames para atender os seus objetivos. Estes meios estão permeados por maneiras de administrar que fazem uso da violência psicológica e do assédio moral, o que tem ocorrido também corriqueiramente nos serviços públicos de saúde. Esse modo de trabalhar, que distancia os membros da equipe, aprofundando o individualismo, prejudica o trabalho interdisciplinar e voltado para a articulação em rede.

As dificuldades para o trabalho em rede, em que os serviços possam contar uns com os outros para proporcionar um atendimento integral, faz parte do cotidiano das entrevistadas. Isso produz um sentimento de fragmentação do trabalho e uma forma de isolamento, já que muitos serviços atuam separadamente, indicando problemas na relação entre serviços. A relação quando existe, é precária, já que funciona muito mais como modo

de aliviar a demanda de atendimentos por meio de encaminhamentos do que fazendo uso do sistema de **referência e contra-referência**.

A referência e contra-referência é uma importante estratégia de trabalho em saúde que viabiliza a sustentação do Sistema Único de Saúde. A partir da estruturação é possível realizar encaminhamentos e acompanhamentos da saúde dos usuários nos diversos níveis de atenção (JULIANI; CIAMPONE, 1999). Como referência entende-se o trânsito do usuário do nível menor para o de maior complexidade, já a contra-referência, seria o contrário, do nível de maior complexidade para o de menor (WITT, 1992).

Então é mais fácil tu encaminhar para um outro serviço, que geralmente são serviços especializados, “ah tu tá, ah não, tu tá muito triste então tu está em depressão, vai pro o CAPS. E aí vai pro CAPS e o CAPS que escute”. Só que o CAPS também é cobrado da mesma forma por uma série de respostas. “O que se faz lá no CAPS? Porque que demora tanto pra atender? Eu quero ser atendido pelo psiquiatra!” E isso é uma cultura que tá tanto nos trabalhadores ainda quanto nas próprias pessoas, nos usuários como um todo (Entrevista Individual).

Quer dizer a gente não tem reunião de saúde mental, a gente não tem reunião dos CAPS, dos NASFs não se encontra, não tem, já ouvi isso então isso é um outro movimento que eu vejo que as pessoas vão se afastando, ah fala ali no whatsapp de vez em quando... [...] Mas é um isolamento, uma segmentação do trabalho, e eu bah, eu assim, por isso que eu fico muito feliz de ter escolhido o matriciamento, porque eu acho que isso me deu uma visão assim ó, eu conheço a rede de [município], as vezes eu tô assim passando no balcão da secretaria de saúde, eu vejo uma pessoa “mas o doutor me encaminhou pro um psiquiatra”, não daí eu vou até lá porque o que que acontece, as vezes a pessoa da recepção despacha esse usuário sabe-se lá para onde... (Entrevista Individual).

Atualmente o trabalho na saúde pública permite diversos **tipos de contratação**. Conforme mencionado nas entrevistas, há trabalhadoras estatutárias, celetistas, contratadas temporariamente e ainda terceirizadas. Isso produz uma fragmentação no coletivo de trabalho, já que os interesses e necessidades de cada modo contratual são diferentes, além de carga horária, benefícios, remuneração, entre outros fatores. Tal situação passa a produzir uma diferenciação e até mesmo competição no ambiente de trabalho dificultando a mobilização coletiva para a mudança. Do ponto de vista da gestão essa fragmentação é interessante, já que enquanto os trabalhadores disputam lugares entre si, não fazem o embate com a gestão e, por consequência, nem mesmo com o modo capitalista de produzir.

É eu acho que outra coisa assim que ajuda muito a, a aumentar o sofrimento, é a questão, também, dos vários vínculos, né? Então, o vínculo empregatício... A maioria aqui é municipal, acho ou não? Mas, enfim, mas assim uma técnica de enfermagem, que é municipal, recebe um valor. A técnica de enfermagem

contratada é outro valor, e a gente desempenha as mesmas funções. Aí pessoal da limpeza, por exemplo: é terceirizado, uma empresa contratada, nem recebe. [...] Muitas vezes não recebem nem o vale transporte, ou com muito atraso. O pessoal do Estado, neste momento, tá recebendo parcelado. Então ainda fragiliza e trás ainda mais sofrimento. As condições já não são boas de trabalho, e daí a questão dos vínculos e dos não pagamentos e das formas diferentes de pagamentos, adicionam ainda. “Porque eu faço a mesma coisa que outro e eu recebemos menos, recebo a metade, ou não recebo”, enfim... (Entrevista Coletiva).

É uma equipe que tá num processo de transição, [...] esses estatutários progressivamente estão se aposentando e a gestão não quer no mesmo serviço pessoas do serviço público e do privado, porque eles têm um funcionamento muito diferentes, os estatutários não batem ponto, eles cumprem as horas de trabalho deles mas é uma outra organização, bem diferentes [...], salário diferentes, carga horária diferenciada. Chegaram duas pessoas novas para trabalhar lá, também psicólogas, é uma equipe que tem uma relação muito difícil com a gestão (Entrevista Individual).

Assim, percebe-se a prevalência do individualismo, o que fomenta a **fragmentação e esvaziamento dos coletivos** de trabalho. Dejours (2008a) diz que a cultura do individualismo é perpetuada pela competição exacerbada. O contexto atual do mundo do trabalho favorece o enfraquecimento de estruturas tradicionalmente coletivas, como os sindicatos e desarticula o apoio social o que favorece as situações de vulnerabilidade e sofrimento no trabalho.

Mas o que tá muito claro é isso né que o capital né, na busca de lucros enormes e de um crescimento e é um crescimento exponencial né, não é uma coisa assim pra ter um lucrinho, não os caras não pensam em lucro pequeno, e aí bom a vida não interessa, o outro não interessa, a humanidade que tá, nada interessa a não ser o lucro, o capital e aí tu vê as formas mais bárbaras que tem de forma de gestão, de organização, aquelas coisas absurdas que a gente sabe né (Entrevista Individual).

Acho que as relações de trabalho são um pouco o reflexo do laço social que a gente vive né que tá, é um laço paranóico também as pessoas muito desconfiadas umas das outras, eu vejo cenas no posto assim “ó, eu não vou ajudar fulana a receber os usuários dessa manhã porque a fulaninha fez tal e tal, tal coisa comigo”, eu já escutei né, numa situação de sigilo obviamente né de um atendimento, uma técnica de enfermagem agrediu fisicamente outra por conta de uma briga pessoal né, então é muito sério isso assim (Entrevista Individual).

E sim a gente pode compreender muito bem hoje o mundo do trabalho né, as mudanças na forma, na gestão do trabalho, a questão das novas tecnologias, essa coisa da qualidade total, ou então que tu trabalhador não tem qualidade então precisa da qualidade total, tu não produz, precisa da produtividade, enfim toda essa questão assim, ahm, que tem, que por traz de tudo isto, tá única e exclusivamente o lucro, o capital né, as formas de manutenção desse lucro e de, na verdade assim, de, de, de crescer exponencialmente, o crescimento exponencial desse lucro tá diretamente vinculado a essa moção que se faz do trabalhador, e aí é claro que as pessoas não aguentam, as pessoas dão o máximo [...] (Entrevista Individual).

[...] e junto com isso, com essa necessidade que já existia, mas que está intensamente maior agora, ele vem com algo que o Nikolas Rose vai chamar que ele olha a partir do Biopoder ele vai dizer que é uma necessidade da otimização, ou seja, é sempre mais, que eu nunca sou o suficiente, é sempre mais, mais melhor, mas olhado, olhado

para mim assim, quer dizer, eu estou devendo, porque se a gente olhar que todo mundo tá devendo é uma outra dinâmica, mas quando esse estar devendo é algo que eu estou devendo, eu estou sempre fazendo mais e então e cada vez mais isolada porque eu estou devendo os outros não estão, então é uma sistemática complicada e que precisa dessa intervenção (Entrevista Coletiva).

Dejours (2008a) analisa o contexto de trabalho atual, afirmando que a cultura do individualismo, da exacerbada competição, da banalização de condutas desleais provoca sofrimento. Isso faz com que o trabalho torne-se uma destrutiva força perigosa da democracia e propagação do cinismo e da lógica do “cada-um-por-si”. O enfraquecimento das antigas estruturas sociais que antes era vista como potências protetivas dos trabalhadores favorecem a expansão do sistema econômico que tem historicamente fragilizado a estrutura psíquica e desubjetivado os trabalhadores no contemporâneo.

O esvaziamento dos coletivos é percebido pelas participantes e não somente nos seus espaços de trabalho, mas na sociedade em geral, sendo um atravessador da vida dos usuários também. Este fenômeno aponta para um sentimento de desamparo, já que o sujeito contemporâneo tem constituídos escassos e frágeis laços sociais, o que ocasiona isolamento e sofrimento, tanto para aqueles que buscam os serviços quanto para aquelas que acolhem.

Tem alguns casos, pensando bem na questão contemporânea assim né, pensando em sindicatos assim hoje, em alguns casos até tem alguma mobilização, mas a mobilização que coletivamente é voltada para uma coisa individual, como por exemplo, o salário de uma categoria e não pra retomada do trabalho de qualidade que é mais uma coisa que atravessa, mais uma dificuldade que se tem (Entrevista Coletiva).

Outra também dos trabalhadores de [município] né que tão aí com os salários parcelados, faz um ano que recebem bem atrasados, quase no final do mês... [...] E as pessoas não conseguem se mobilizar e vão trabalhar e acham que precisam estar trabalhando porque... E a lógica assim tu vê, que tá na discussão, na reunião de equipe, a reunião inteira se discutindo se se adere a greve ou não, e as pessoas sem receber e aí elas decidem por não aderir... (Entrevista Coletiva).

[...] aí eu fico pensando como é que se constrói o coletivo para tá dizendo pra gestão que os caras estão recebendo mal, que estão trabalhando dupla jornada e só pensa no usuário, mas aí tem a questão não tem dinheiro, aí tem um cara no serviço que já compactua com a gestão e aí já fica um coletivo meio “faiado”, bah daí já fica... Bah aí é o... (risos) (Entrevista Coletiva).

A gente está dizendo não, isso não é natural, não tem que ser assim... [...] Porque eu acho que as coisas estão ficando muito naturalizadas e as pessoas né, vão indo no processo, não é natural isso, natural a pessoa dormir, é natural tu ter dupla, tripla jornada, natural tu passar o dia todo na rua né... (Entrevista Coletiva).

Quando a gente aceita, a gente naturaliza. Quando a [colega] diz que está devendo, isso é super importante porque está falando daquele trabalho lá que é concreto, mas

é material, mas está falando desse trabalho que é imaterial que as pessoas estão sempre dizendo o que elas precisam fazer, tu encontra uma pessoa e ela diz, tenho que fazer isso, aquilo, aquilo outro, tenho três artigos... E a pessoa ao mesmo tempo que ela está reclamando ela está dizendo não, olha, como eu sou ocupada e isso é o aceitável e o desejável (Entrevista Coletiva).

O contexto de trabalho atual, regido pelo sistema capitalista, altamente moldável e voraz, exige do trabalhador ao aumento da produção por meio da aceleração do ritmo de trabalho. Essa intensificação deseja uma padronização do ritmo de trabalho, desconsiderando os diferentes aspectos fisiológico, cognitivos e anatômicos de cada trabalhador. As relações de trabalho permeadas por um coletivo fragmentado e altamente competitivo faz com que a cooperação, a solidariedade e os laços de confiança tornem-se cada vez mais raro, o que fragiliza a condição psíquica destes sujeitos (DEJOURS, 2000).

Eu acho que não é o problema só de uma instituição, eu acho que é, tanto na privada... São poucos lugares privados, também, que dão suporte, quanto na rede pública. E a rede pública está, cada vez mais, vendo o trabalhador como uma máquina. É mais, ahm, pincipalmente, a parte burocrática. Eu sinto isso (Entrevista Coletiva)

[...] é dessa questão dos sindicatos e da crise que se instaura de representatividade mesmo né, porque se a gente for ver com o fordismo né que as pessoas ficavam nas fábricas lado a lado existia um acesso de massas, inclusive, isso paradoxalmente aconteceu né, porque as pessoas ficam no mesmo lugar nas fábricas na linha de montagem e elas podiam ter capacidade de conversar porque elas faziam trabalho mecânico e elas continuavam pensando né. Hoje, a partir da década de [19]70 que teve a reestruturação produtiva dos países capitalistas centrais devido a uma forte crise e duma, e principalmente da incapacidade do paradigma taylorista-fordista de suprir as exigências do capital, porque existiu ali uma rigidez muito grande que precisava de uma flexibilidade na verdade dos modos de produzir e aí vem o toyotismo, que é um paradigma que a gente vive hoje, e que exige muito mais dos trabalhadores, ele exige não só a nossa capacidade criativa, inventiva, nossa inteligência. [...] A participação, o nosso trabalho manual, então é o nosso corpo e a nossa mente que estão atrelados a esse modo de produzir e aí a gente não vai ter tempo, por exemplo, de ir numa reunião de noite para se organizar, vai ser muito difícil os trabalhadores e ah mas agora eu vou ter tempo de alegria entendeu (Entrevista Coletiva).

Apesar das críticas que as entrevistadas fizeram a esse modo produtivista, focado em resultados e números, muitas relataram sobre como essa maneira de operar, especialmente no campo da Psicologia, tem se constituído como um lugar de saber. É um modo de se constituir e de ofertar algumas “soluções” imediatistas que captura tanto os profissionais que trabalham com estas ferramentas, quanto colegas e usuários.

Acho que também é algo que talvez fique... naturalizado como algo que tu aprendeu na graduação e que eu acho que, eu conversando até com outros colegas, psicólogos, eles fazem uma crítica muito grande a saúde do trabalhador que eles aprenderam

como psicólogos, né, teve um colega que contou que ele ainda teve Psicologia das Indústrias, industrial uma coisa assim em uma universidade, um horror assim. Ele diz assim “ah eu não sei, eu acho que tem que rir porque chorar não dá mais”, mas é uma coisa importante assim até... (Entrevista Individual).

Exato, porque que não me faz bem o meu trabalho entendeu, e eu acho que aí que entra a contribuição talvez da saúde né, é olhar para isso dessa forma talvez. E aí enfim eu fico lembrando daí da minha área assim, tem umas teorias muito perversas assim de Psicologia Organizacional sabe, que tu olha pro sofrimento e tu pensa em motivação e não em sentido daquele trabalho né (Entrevista Coletiva).

[...] a gente teve uma secretária de saúde que nos encomendou uma dinâmica de grupo, para dar uma melhorada nas relações... [...] Uma motivação, porque humanização para ela era um sorriso no rosto então assim como quase tudo na nossa sociedade, por exemplo a questão da violência, se fala muito em índices quantitativos de violência, mas pouco se fala do porque a gente tá vivendo tantas situações de violência né, eu acho que em relação ao trabalho eu acho que esse seja o desafio a gente parar de apontar números e a gente poder falar do porque as relações estão tão difíceis... (Entrevista Individual).

[...] essas questões elas podem ser feitas e acabam reduzindo um pouco o sofrimento, mas a lógica do trabalho ela continua, a lógica da precarização ela continua por mais que se façam esses trabalhos enfim de meditação, de práticas corporais que eu acho que são super importantes, super interessantes, mas ao mesmo tempo precarização continua, as terceirização continuam, o sofrimento dos trabalhadores vai continuar, porque tem que suprir as demandas entendeu dessa lógica capitalista que tem cada vez mais aperfeiçoado os mecanismos de manipulação dos trabalhadores de captura de suas subjetividades né então, eu acredito que assim a gente pode sim viver melhor no trabalho mas sem esquecer que as estruturas que sustentam as relações do trabalho dentro da sociedade capitalista elas são cada vez mais destruidoras dos trabalhadores e das pessoas como seres humanos, a gente perde a nossa humanidade do trabalho dentro do sistema do capital e perder essa humanidade é justamente isso, é não olhar para o meu colega, é eu achar que o meu colega ele tem que fazer também e ao acabar cobrando dele também pela lógica da administração by panóptico né, que o Giovane Alves traz até no livro da captura da subjetividade que é quando os próprios trabalhadores passam a se cobrar entre si e não é necessário mais ter a figura do supervisor externo, por exemplo que faça esse trabalho, porque os próprios trabalhadores eles já vão se cobrar né. Então, as mudanças do mundo do trabalho elas vêm ocorrendo a partir da necessidade do capital né e de uma necessidade cada vez mais elástica de capturar esses modos possíveis de cuidado, porque tu pode muito bem utilizar isso como algo laboral que é feito nas grandes multinacionais, que fazem isso, agora é tempo de parada e isso tem nas grandes multinacionais porque aumenta o rendimento dos trabalhadores e aumenta o lucro das empresas, então assim ao mesmo tempo que a gente faz isso de uma forma para amenizar o sofrimento isso pode ser utilizado por grandes empresas de forma perversa (Entrevista Coletiva).

Assim passa-se a desenvolver uma crítica a um modelo de cuidado superficial que não atinge o cerne da questão. Não modifica o contexto, apenas atenua ou mascara o sofrimento, mas que, no entanto, tem suas práticas altamente disseminadas no campo da Psicologia e da Administração.

Tais ações são associadas, comumente, às práticas tradicionais da Psicologia Organizacional que tem como prioridade a gestão e não os trabalhadores. Enfatiza métodos e técnicas psicológicas com o intuito de classificar e adaptar os trabalhadores, baseando-se em ideias compatíveis com a acumulação do capital. A relação entre saúde e trabalho não faz parte das possibilidades de intervenção desses profissionais (JACQUES, 2007).

Dessa maneira, a organização do trabalho e os modelos de gestão atuais dos serviços públicos de saúde estão regidos, tanto quanto setor privado, pelo modo capitalista de produzir. Números, metas, produção e resultados são colocados em primeiro plano, em detrimento das relações humanas e modos de trabalhar cooperativos. Assim, a saúde dos profissionais se fragiliza, o que impactará, inevitavelmente, na qualidade dos atendimentos prestados aos usuários do SUS.

4.3.3 O Papel da Gestão Institucional: Atravessamentos Políticos

Os novos modelos de gestão que adentram o serviço público afetam a maneira como as profissionais de saúde se relacionam com a instituição a que estão vinculadas profissionalmente. Diante de um cotidiano de trabalho em que a sobrecarga de trabalho, atravessamentos políticos e ideológicos, más condições de trabalho e a precarização das relações na equipe estão presentes, há um sentimento de desamparo em relação ao papel e ao apoio institucional.

Essa questão da, das dificuldades, a gente acaba sempre na queixa de não termos condições de infraestrutura, a gente não tem RH [setor de Recursos Humanos], a gente não tem isso... Nas reuniões de coordenação sempre aparecem muito essas queixas dos coordenadores, que o telhado tá caindo, que a elétrica não tá funcionando e então não dá pra ligar o ventilador. Coisinhas básicas que qualquer pessoa ou instituição tem que ter na sua casa, tipo não funcionam. Nas reuniões já fica aquela coisa, assim, dos próprios colegas coordenadores, já fica "Já vai começar a 'churumela', já vai começar a queixa, já vai começar a reclamação"... E sempre fica naquilo. É o coordenador se queixando e o gestor ouvindo e dizendo que, também está submetido a um outro gestor, superior, e que não pode fazer nada, é o que é o que a casa oferece. Então fica tipo um muro de lamentações e aí a queixa pela queixa. E aí só fala ali para desabafar, mas é sempre a mesma coisa e as condições continuam sendo as mesmas, precárias... (Entrevista Coletiva).

Uma questão que permeia muito o meu trabalho é a falta de apoio da gestão assim, não no sentido de que a gestão que atrapalhe propriamente o trabalho, mas quando chega a hora de, porque assim acho que já ficou claro para ti que eu trabalho sozinha

como matriciadora, a minha equipe é uma equipe mas a gente se divide entre os postos [...] (Entrevista Individual).

A gestão, seja ela de nível federal, estadual e municipal, não demonstra uma preocupação significativa com o bem-estar e com a satisfação das trabalhadoras. As reivindicações de mudanças não são ouvidas, ocasionando uma desmotivação para o trabalho e o conseqüente desinvestimento nessas atividades. Este cenário é gerador de angústia e sofrimento sobre o qual as profissionais acabam desenvolvendo estratégias defensivas para suportar a realidade de trabalho.

Inclusive a prefeitura, assim, não ajuda em nada nessa, nesse trabalho. Tu vai assim, tu circula pela secretaria de saúde, tu vê que os gestores não fazem a menor ideia do que [...] é esse trabalho. Inclusive divulgam no site da prefeitura assim ó, tavam fazendo lá uma entrevista sobre os cubanos e aí divulgando o trabalho dele e aí embaixo “ah e esse posto também conta com grupos de saúde mental, ok, e com uma psicóloga”. Daí parece assim que tem um psicólogo de prontidão no posto para te atender, né. E aí os usuários chegam lá indignados, “ah quero psicólogo”, eu vou 2 vezes por mês naquele posto. [...] O secretário de saúde já mudou umas 3 vezes também pelo menos. E são pessoas que não tem preparo, não vem da área da saúde. Tem só um conhecimento administrativo ou jurídico, né então é bem difícil, assim. (Entrevista Individual).

Sim... que pergunta difícil essa hein Karine, difícil... Bom eu não quero ser tão pessimista quanto a minha colega que desistiu, né, eu acho que os desafios eles, o primeiro que me ocorre, é apontar para a gestão, sensibilizar os gestores em relação a isso, eu acho isso uma tarefa quase impossível, por que a preocupação que eu vejo, eu vou ser bem honesta assim, a preocupação principal assim dos gestores de onde eu trabalho tá mais pro interesse privado. Então eu acho muito difícil... (Entrevista Individual).

[...] porque essa capacitação que teve esse ano né, agora em 2015, ahm o coordenador de saúde mental ia lá dava bom dia e..., então não participava, claro né e ele ia ser alvo de altas queixas, né então ele sumia e claro, não se trabalha essa demanda, fica jogado assim de um colega pro outro que é mais capacitado supostamente, mas que a gente não tem nenhuma autonomia né, administrativa pra realizar as coisas, então fica um papo de louco mesmo né (Entrevista Individual).

O despreparo das pessoas que, na maioria das vezes, ocupam cargos de gestão na saúde é um problema apontado pelas entrevistadas. Muitas vezes as pessoas que são “colocadas” nessas posições não têm formação em saúde e estão ali em função de acordos políticos e “trocas de favores”. A preocupação daqueles que detêm o poder de determinar quem é gestor muitas vezes é guiada por um individualismo em que o cuidado com o usuário ocorre em última instância e assim, passa a ser quase imperceptível. O objetivo é a manutenção do poder e a realização de acordos para que isso se perpetue para si e “os seus”: **um interesse privado no setor público.**

Tem um recurso do NASF né que é de 20 mil reais que vem por mês para equipe do NASF usar. Eu li na lei que diz assim que é para custeio de ações em saúde, agora ali não especifica o que que são essas ações, ah mas eu imagino que seja isso, é um passeio, que nem o CAPS já levou os usuários para Gramado ver o Natal Luz com o dinheiro do município entendeu, tu fazer grupo, comprar material, usar no transporte, as vezes até num lance e tal, tu acha que esse dinheiro a gente vê? A gente não tem o menor assim acesso a esse dinheiro, a gente tem uma pessoa do financeiro que nos noticia “ah tem tanto na conta”, mas a gente, claro, não vai administrar... Mas a gente não sabe mais assim nesse momento que a prefeitura não consegue pagar ninguém se o dinheiro tá lá, não tá... (Entrevista Individual).

Aí era assim, tudo contra toda ideia né de humanização do SUS né, completamente contra a nossa concepção, nós ficamos escandalizados [...] É, então as coisas lá são muito feitas assim né assim Karine. [...] É tudo... são articulações políticas, ninguém sabe exatamente, a informação não vem, ela vem torta né, a gente fica completamente refém, nós não somos consultados né, a gente cansou de fazer projeto aí manda e não dá em nada... (Entrevista Individual)

É... eu não sei se eu sou tão esperançosa assim, sou tão otimista em acreditar, mas eu acho sim, acho que as coisas vêm, elas vem muito lento, mas vem. Mas também tem as suas decepções. Te confesso que, muitas vezes dá vontade de “Puxa vida”. Tu tá aqui, fazendo um monte de coisas... Acho que é isso assim até a questão [da instituição] de alguns reconhecimentos, assim. Então, fica pensando, por exemplo, tu quer fazer ou ir num lugar apresentar um trabalho e alguma coisa, é tudo tu que paga, é tudo tu que... A questão até de plano de carreira, né? Que, também, eles falam, falam e não acontece, né. [...] Mas eu acho que, sei lá, se consegui dizer um pouco do que eu passo, do que eu sinto... (Entrevista Individual).

Assim, o bem coletivo, na grande parte das organizações públicas, não é genuinamente visado, como deveria ser por se tratar de serviços voltados para o bem-estar e à serviço da população. Há uma desvirtuação dos princípios do que é representar a população e estar a seu serviço, seguindo então uma lógica egocêntrica, exclusivista e mercantilista.

É... tem um estudo que diz, é um estudo, eu acho que feito na Inglaterra, que a gente deveria trabalhar, que depois dos 40 deveria trabalhar 20 horas semanais né. E eu, depois dos 40, passei a trabalhar 40 horas semanais, que, até então, eu trabalhava 30. Pela... pela instituição que readequou, não respeitou combinações anteriores, enfim, e a gente passou a trabalhar mais e, assim... não vi nenhum estudo aqui na Prefeitura, nem do sindicato, nem da própria Secretaria de Saúde, mas o que a gente percebe, no dia a dia, é que depois que se passou há fazer 40 horas, que todo mundo, quase todo mundo, fazia 30, a questão do adoecimento ficou muito mais séria né. As pessoas passaram a ficar mais tempo no seu local de trabalho, mas elas não passaram a produzir mais e ainda tiveram adoecimento maior. Né, antes tu trabalhava 6 horas e ia embora e, por mais difícil que tivesse sido aquele turno, tu dava uma respirada e ficava mais tranquila. Hoje tu faz 8 horas, não chega mais a dar volta para fazer essa... dar essa respirada e, no momento que tu não aguenta mais, tu entra com licença-saúde. Então acho que isso seria um viés bem interessante de se verificar: o adoecimento depois de instaladas às 40 horas na Secretaria de Saúde. [...]. Mas a gente... Porque, se tu não fizer às 40 horas tu não vai ter nem a gratificação e nem a RTI [Regime de Tempo Integral], né. Então tu vai perder duas vezes. O que a maioria não, não pode tá se dando ainda, digamos, esse luxo. Né (Entrevista Coletiva).

Em muitas situações, as profissionais de saúde em geral são culpabilizadas por não dar conta ou não desempenhar todas as atividades que estão previstas. Entretanto, as condições necessárias para este fazer nem sempre são fornecidas. Há sim um desejo pessoal e individual de realizar as atividades profissionais, entretanto, este é atravessado pelo investimento que a instituição faz neste trabalho e nestas profissionais. Além disso, a falta de estímulo, orientação, capacitação e supervisão por parte da gestão também compromete esse fazer.

Então assim, o que ainda a gente não consegue fazer tem muito a ver com esses, essas dificuldades institucionais [...] (Entrevista Individual).

É e daí isso também passa por outras questões né, que muitas vezes é a própria questão dum, dum... enfim de, de ter um maior incentivo também pro profissional que atua no setor público assim, que passa pelos planos de carreira, pela própria questão de, de enfim, de tu dar instrumentos enfim, pro profissional poder se aperfeiçoar e poder melhorar a sua formação (Entrevista Individual).

Há uma tendência da gestão de abordar as dificuldades no trabalho como uma problemática individual, culpabilizando aquele que verbaliza a sua insatisfação, tornando-a pública. Não se percebe o quanto o trabalho é uma atividade coletiva e que se afeta um, invariavelmente irá afetar mais pessoas, não da mesma forma possivelmente, mas que atravessa um ambiente que é constituído por um coletivo, mesmo que segmentado.

[...] eu via a gestão como muito perversa... e... acho que a gente se viu numa situação, de, não sei se dá para dizer assédio sabe [...]. Alguns, em relação à gestão. Então quando se tentava problematizar a saúde mental dos trabalhadores com a gestão, nossa. Eu lembro de uma reunião, de um GT [Grupo de Trabalho] de Saúde Mental. Ah porque a maioria do GT era de psicólogos, psicólogo é referência para falar de saúde mental. E daí umas colegas dizendo “ah, a quantidade de trabalhadores, principalmente agente comunitário vindo falar do seu adoecimento”, isso num espaço que a gestão participava. E o movimento da gestão sempre de calar, de não falar sobre isso [...] e pessoalizar. Porque eu entendo que a saúde mental do trabalhador é muito fruto de como a organização do trabalho tá e não uma coisa da pessoa e isso não era permitido. Eles até olhavam, mas muito como uma coisa de culpabilização, de individualização. Lá é muito marcado... acho que muitos, todos os lugares são marcados por uma coisa partidária assim né. Só que... ahm, os trabalhadores de lá tem um potencial de incomodar né então. Isso tava bem... Quanto mais eles conseguissem fazer com que as pessoas não falassem, melhor (Entrevista Individual).

[...] Mas ao mesmo tempo, agora eu me lembrei assim, tem uma gestora, que eu tô mais perto dela agora assim, que é muito sensível assim. Ela tem esse lado de falar com o funcionário, sabe, tá faltando, mas eu já vi ela... Mas sempre no âmbito individual, mais de sentar com a pessoa, e várias, e tentar várias formas de adaptar, “ah tu não está conseguindo vir de manhã, ah então vem de tarde”, “ah vamos, enfim, flexibilizar para que a pessoa consiga continuar trabalhando”. Mas a maioria não tem um trabalho assim de pensar o trabalho, sei lá, uma roda de conversa com as pessoas. [...] “A se tu não faz a carga horária vai embora.” (Entrevista Individual).

Diante de todo o sofrimento relativo ao trabalho vivenciado pelas profissionais da

saúde, é unânime o relato que a gestão não fornece o suporte necessário para o cuidado com a saúde desses trabalhadores. O investimento é individual e privado, caso seja percebido essa emergência.

[...] sinto muito, e isso para a saúde, o quanto a gente é o “para-raios”, né? E até onde a gente tem potência de apagar e responder por uma coisa de muita vulnerabilidade? Que vai causando, sim, desgaste. Chega uma hora que a gente sente que tá enfraquecido. Muito enfraquecido. E aí o que a gente faz? A gente corre, e quem pode vai buscar e vai pagar com o seu dinheiro, porque tu não tem uma retaguarda né, que vai te dar... (Entrevista Coletiva).

Mas isso tá muito presente. E quando falo isso, de muito presente, muito particularmente né, em relação as coisas que eu tenho vivido nos últimos 5 anos. Falta total de condições de trabalho. Na penúltima greve os funcionários foram chamados de vagabundos, quer dizer assim, há uma humilhação, há uma desvalorização, né? Isso tudo vai acumulando. Nós temos pesquisas e estudos que comprovam que as condições de trabalho pioraram. Na saúde mental o furo é mais embaixo ainda. E tu não tá lidando com um encaminhamento... E a gente acaba sofrendo... (Entrevista Coletiva).

E tu não tem parcerias, tu não tem com quem conversar sobre isso. Tu tem, interno, os remanejamentos. Que a gente consegue fazer. [...] Entre nós. A gente não tem a quem recorrer para ajudar. “Olha, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo”. A gente tem que dar um jeito para que continue funcionando. Até que de vez em quando a gente diz assim “Vou dar uma volta na quadra”. Porque, senão, a gente não aguenta (Entrevista Coletiva).

O sentimento de solidão diante da negligência e falta da construção de parcerias por parte da gestão se faz presente nos relatos das entrevistadas. Além disso, a indicação de que falta formação suficiente, proporcionada pela gestão no viés da educação permanente, que possibilitem a atualização dos profissionais foi relatado pelas entrevistadas. Isso diz de um desinvestimento institucional nas trabalhadoras o que repercute na qualidade dos atendimentos aos usuários, especialmente no que diz respeito à temática da saúde do trabalhador e os modos de operacionalizar a política neste contexto.

Ah, eu acho que seria importante ter... não é nem algo mais é ter porque, [...] pelo menos assim da minha equipe, a gente nunca passou por uma capacitação nesse sentido assim, específica né pra saúde do trabalhador, e eu sinto falta assim até, talvez de conhecer algumas leis e portarias né, essa nomenclatura toda assim da previdência, do se encostar do que que, quais são as possibilidades, porque as vezes os usuários vem com uma demanda, coisas que a gente desconhece até do processo assim né, bom, reabilitação né ou os afastamentos. O que eu conheço pelo menos é do que eu estudei pro concurso e da própria Lei do município assim né, do que que vale pra nós assim, mas em relação a saúde em geral né. [...] mas talvez seria interessante alguma coisa mais específica assim né de problematizar isso de que bom, que sofrimento é esse que o trabalho traz né e, em que nível isso implica na saúde né e até para a gente poder ter um pouco desse, esse limiar assim do que que é o usuário assim que tá preguiçoso, não quer mais saber da vida, até mesmo tá meio deprimido, mas qual que é a real dificuldade né, que não dá pra aquela pessoa voltar

pro trabalho nesse momento pelo menos, então acho que esse discernimento assim né até pra gente poder escutar isso, talvez falte assim né... por isso assim seria interessante... (Entrevista Individual).

A **supervisão institucional**, aliada a proposta de matriciamento é uma possibilidade e fornecer apoio às profissionais de saúde, principalmente no que diz respeito a casos mais graves. É uma estratégia apontada como vantajosa e benéfica tanto para equipe quanto para usuário, porém ainda não é uma prática consolidada nos serviços de saúde.

Então, supervisão eu acho... a [colega] é alguém que tá fazendo supervisão da saúde do trabalhador, mas vem para poder, também, bom pontuar as coisas e, a partir disso, a gente repensar o trabalho. E o que a gente quer com tudo isto? É diminuir o número de pessoas que entram de licença saúde. Porque, a partir do momento que os colegas saem, sobrecarregam o outro. E a pessoa que está de atestado por 15 dias, é 15 dias que algum paciente que tá em avaliação, enfim que a gente vai ter que dar conta (Entrevista Individual).

Então esse tem sido um processo: tentar mostrar que há outras formas de cuidar, de fazer saúde mental e aí nisso tentar ir discutindo com essa equipe os processos de trabalho, de organização né, do cuidado. Então esse tem sido meu trabalho lá, oficinas e grupos de convivência, não faço atendimentos individual, não faço acolhimentos, tenho trabalhado mais em uma outra perspectiva e bastante próxima da equipe nesse sentido de discussão dos processos de trabalho assim, de ajudar eles a pensar sobre isso, são dois lugares bem complexos (Entrevista Individual).

Então, eu acho que tudo isso a gente tá vendo, e a gente vai sim ficando adoecido, no sentido de não parar para falar um pouco, né. Então, eu acho que, quando a gente consegue que um terceiro venha, nos acompanhe e seja testemunha de tanta coisa, né, a gente consegue lidar um pouco melhor. E eu vejo que sim, eu vejo que a gente tem conseguido assim se respeitar um pouco mais, né, poder garantir, né porque é pra aquele usuário, para aquele paciente que vai chegar o nosso atendimento (Entrevista Individual).

E já fiz por muito tempo a supervisão também né, mas por conta também. E uma coisa que acho que seria fundamental e que o município não consegue se organizar e a gente também não consegue dialogar seria a supervisão institucional, assim ultra importante, mas que não acontece, que nunca aconteceu, nenhuma equipe que eu trabalhei teve essa supervisão, né (Entrevista Individual).

O investimento no matriciamento e o apoio institucional, muitas vezes é percebido pela gestão como um trabalho que não aparece em números, pois quando é desenvolvido não se está diretamente atendendo o paciente. No entanto, a longo prazo, é uma ferramenta importante para lidar com a sobrecarga de trabalho e a grande quantidade e complexidade de atendimentos realizados pelo SUS.

Então, a gente tem, a gente não tem uma cobrança, assim de ter tantos pacientes. Mas a gente, por si só, acaba muitas vezes acumulando assim muitas tarefas né. Então têm estas oficinas, os atendimentos individuais, as reuniões... A gente tem um trabalho que começou, vai fazer acho que uns 2 anos e meio, que é de matricular os postos. Então o que que a gente faz? Antes a gente sempre recebeu de portas

abertas. Era o CAPS. Só que a gente se deu conta que tava vindo uma demanda muito grande e a gente não estava dando conta. Aí, a gente foi vendo territórios e alguns colegas, então, se debruçaram para mapear e há partir disso a gente fez uma divisão lá na equipe. São 3 miniequipes. Então estas 3 miniequipes, cada uma delas, tem em média 12 postos de saúde (Entrevista Individual).

Primeiro eu acho que é interessante um olhar de fora. Porque as vezes tu está tão dentro, tão contaminado... Contaminado no bom sentido, né? Com o teu trabalho que, às vezes, se tu não tiver um olhar de fora, para a questão da dinâmica de funcionamento de equipe, a gente não consegue se dar conta disso. Porque aqui a gente tem uma reunião semanal né, reunião de equipe semanal. E que, sei lá, 70% da reunião a gente faz uma coisa que é muito importante para a gente que é discussão de casos, que é discutir os acolhimentos, que é discutir... Depois informes da organização. Acho que não tem ao longo do tempo se pensado muito nesta questão do funcionamento de equipe, né, de questões... (Entrevista Coletiva).

Assim, percebe-se a necessidade das trabalhadoras de falar sobre o seu fazer, tanto naquilo que é específico sobre as atividades em saúde, quanto relativas ao processo e organização do trabalho e os sentimentos que isso produz. Há, evidentemente apontado pela pesquisa, uma necessidade de constituição de um espaço de fala e escuta dessas profissionais para que possam ressignificar o trabalho e assim continuar implicando-se neste fazer.

Pois é, eu tenho procurado tanto essas, tá com os meus colegas, poder me abrir, falar sobre essas coisas que são difíceis assim que as vezes a gente aprende que a gente não deve falar né e eu tenho aprendido com eles assim muito profundamente de que a gente deve falar sobre as coisas que não são boas e falar com as equipes onde a gente tá inserido sobre as coisas que não são boas naquele lugar de trabalho ou das relações que não são legais, ou falar sobre os sentimentos que tu percebe naquele local de trabalho ou em relação a um acontecimento no trabalho assim, algo que eu não, que tu tem uma ideia na faculdade que tu se forma psicólogo né, é difícil de falar e tal (Entrevista Individual).

Eu acho que é muito, tem uma relação muito profunda assim a saúde mental com o modo como tu trabalha, e ao mesmo tempo eu tenho visto assim que tu tem espaços de diálogo no teu trabalho que tu possa discutir os problemas que ali estão acontecendo, os casos complexos né, que não é só na reunião de equipe assim, que as vezes são espaços muito burocratizados (Entrevista Individual).

[...] eu vejo que, quando as pessoas, quando tu oferece um espaço elas aproveitam aquele espaço, embora lá em [município] as vezes role essa paranóia de um modo tão intenso que até esses espaços as pessoas, 'tá mas tu é da gestão? Mas tu tá aqui?' Porque uma vez uma psicóloga fez grupos com as agentes de saúde para fazer levar relatório de queixas, de questões para a gestão, então usaram a psicologia... (Entrevista Individual).

Há um dilema entre o calar e o falar, já que a expressão da insatisfação pode reverberar negativamente sobre o trabalhador, em que a gestão comumente pessoaliza as reivindicações de mudanças. No entanto, é importante pontuar que o silenciamento é extremamente prejudicial ao andamento do trabalho. Ao mesmo tempo em que tem uma serventia e um

propósito para a gestão no sentido de não gerar demanda para mudanças, acaba enfraquecendo a potência de agir dos trabalhadores que, não fazendo uso da fala e da escuta, passam a se desarticular na busca pela mudança organizacional.

Do modo como o trabalho em saúde tem se organizado, diante da sobrecarga de trabalho e das dificuldades para dar conta da demanda de atendimentos, sem haver o suporte institucional necessário para condução das atividades, não há como exigir que esses trabalhadores “escutem a subjetividade dos usuários”. Há necessidades pontuais de extrema urgência que não permitem uma escuta prolongada que possibilite perceber as questões relativas ao sofrimento no trabalho do usuário.

Então tem as pessoas acho que buscam, eu acho que as enfermeiras eu vejo bem sobrecarregadas, as enfermeiras ficam loucas, as enfermeiras ficam loucas assim, porque elas fazem os acolhimentos nas UBS de manhã, as vezes elas tem atendimentos, passam por elas 80 pessoas, numa manhã... [...] Não tem como fazer, daí isso também, como a gente precisa dar tempo as coisas né, eu fui vendo que tem propostas que a gente não tem como fazer com essas pessoas, pra esses trabalhadores, cobrar “ah mas tu não escuta a subjetividade”, não “hello” [...] E aí volto para questão que é uma guerra né, porque aí tu tem que selecionar, são 12 fichas, tu tem selecionar daqueles 80 quando sei lá chegou no trigésimo e tu já deu 5 fichas, “hello” tu vai ter que dar um jeito daquelas outras sete fichas...(Entrevista Individual).

[...] porque lá só o que a gente vê acontecendo é esse desmonte mesmo né de coisas muito promissoras que já houveram no município [...] e agora eles já tão com essa conversa assim, “ah não porque vocês como CAPS, vocês tão acima da equipe mínima...[...] Tá sobrando gente”, bom tá sobrando gente mas a gente tá com uma demanda muito acima de uma demanda de CAPS, então a gente não pode, né... [...] É que essa argumentação não é assim, não vem alguém discutir como equipe, eles chamam a coordenadora e aí depois a coordenadora informa ou não né (Entrevista Individual).

As atividades ofertadas no âmbito da saúde do profissional do SUS são pouco significativas. Em muitos casos as trabalhadoras entrevistadas não sabiam informar com clareza a função do setor de saúde do trabalhador do município e nem como funcionam os fluxos de atenção neste sentido.

Pensando mais na relação de saúde e trabalho não temos quase nada assim. [...] É na verdade ele [profissional da saúde] vai acabar indo pra rede como qualquer outro trabalhador né e muitas vezes vai se deparar com aqueles serviços de saúde que também não vão estar... Tem o SESMT [Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho], mas é algo assim que não, a gente, eu não percebo assim que realmente consiga fazer um trabalho efetivo (Entrevista Individual).

Não, não tenho muito essa notícia de as pessoas procurarem [setor de saúde do trabalhador do município] eu inclusive encaminhei uma técnica de enfermagem assim bem idosa que tá há muitos anos em [município], e ela vem sempre me pedir

atendimento, e eu já escutei uma ou duas vezes, mas não é disso que se trata, precisa de algo mais prolongado e me ocorreu de encaminhar (Entrevista Individual).

Ela então, acho que ela faz, não sei exatamente o que ela faz, ela faz a parte do acolhimento inicial [no setor de saúde do trabalhador do município], depois eu acho que ela atende as pessoas que tã em licença, ela faz algum acompanhamento nesse sentido (Entrevista Individual).

Sim... Tem até [...] um serviço que na verdade atende os trabalhadores de [município] né, mas que na verdade a gente não escuta falar muito, também não é um serviço que se apresenta muito, eu só conheci quando eu entrei no município que eu tive que fazer os exames e me apresentar. Acho que quando as pessoas se afastam do trabalho acabam tendo que passar por um processo. [...] Um registro né, acho que daí tem isso né... (Entrevista Individual).

[...] parece que tinha até uma proposta interessante, mas que já foi cortada né, que era uma integração. Logo que nós chegamos por concurso, eles fizeram uma integração onde eles passaram uma série de informações, veio o pessoal da previdência, veio gente de diversas área ali pra explicar os nossos direitos né, os serviços, foi bem legal, mas parece que isso já não tem (Entrevista Individual).

É e há todo um retrocesso, uma ameaça muito forte de retrocesso, mas enfim, nós estamos frágeis. Mas aí nesse fórum né que eu tava te contando[...] a psicóloga, e aí isso foi levantado, da importância de ser um serviço de apoio à saúde mental do trabalhador, aí ela disse que sim, que dá parte dela ela teria o maior interesse em fazer isso, que já houve projeto, mas que é uma coisa que está completamente desestimulada e cortada, na verdade. [...] E que ela, eles inclusive parece que estavam constrangidos de falar mais a respeito né. Atualmente ele se restringe a previdência, a previdência, a licença saúde... (Entrevista Individual)

A própria saúde do trabalhador do município é bem complicada, a gente tem uma, uma área de uma área pericial e uma área técnica né e a relação não é diferente de todos os trabalhadores né, as pessoas, ahm... não há um reconhecimento do nexo do sofrimento com as atividades que elas executam (Entrevista Individual).

Visivelmente, não há uma proposta consolidada que forneça o apoio necessário às demandas de sofrimento das profissionais de saúde, que esteja diretamente vinculada à instituição da qual fazem parte. Todas as entrevistadas referenciam a necessidade de haver um espaço institucional para elaborar o sofrimento vivenciado no trabalho. Esta temática será abordada de modo aprofundado no capítulo 5 desta tese, intitulado “Clínica do Trabalho como Dispositivo Institucional: Cuidado de Si para o Cuidado com o Outro”

A solução “terapêutica” consiste aqui em estimular a dinâmica intersubjetiva de transformação da organização do trabalho. É a contribuição para este processo de transformação que permite aos sujeitos conjurar o sofrimento. Conjurar, transformar em sentido, em inteligibilidade e em ação não significa que se anula, que se apaga o sofrimento, pode-se apenas transformá-lo em sentido e eventualmente em prazer: o prazer da reapropriação do vivido pela ação (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994, p. 86).

A gestão em saúde, quando não oferece condições adequadas de trabalho, incluindo segurança, conforto, perspectivas de futuro, não cumpre seu papel e acaba produzindo desânimo e desmotivação para a continuar investindo neste trabalho. Esse modelo de gestão é o que predomina, sendo que não prioriza questões fundamentais para o trabalhador da saúde. “É como se fosse necessário para que o estado, no seu ato de governar, produzisse no outro, a redução da sua potência de agir [...]” (FRANCO, 2013, p. 249).

Desse modo, fatores acima nomeados afetam drasticamente a disponibilidade que tais pessoas podem ter para acolher integralmente as demandas dos usuários. Esses elementos fazem com que as questões relativas ao sofrimento no trabalho daqueles que buscam os serviços acabam ficando apagadas diante da preocupante situação de trabalho que se encontram as profissionais.

4.4 PRODUÇÃO DE SAÚDE E ADOECIMENTO NO TRABALHO

Não há como falar do trabalhar, de modos de atuação, ferramentas e ações desenvolvidas, sem abordar o sujeito que as executa. Por isso, além de ressaltar o trabalho em saúde e sua problemática no campo da Saúde do Trabalhador, é imprescindível referir-se às profissionais de saúde e àquilo que elas dizem sobre a maneira que o trabalho afeta suas vidas.

Neste sentido, este eixo-temático dedica-se a analisar as questões referentes aos modos como o trabalho impacta a vida daqueles que trabalham no campo da Saúde. Esses fatores envolvem os sub-eixos que discutem a relação entre prazer e sofrimento no trabalho, a dinâmica do reconhecimento, as estratégias elaboradas pelas profissionais de saúde para suportar o cotidiano de trabalho. Desse modo, a produção de saúde e adoecimento é delimitada nesta parte do trabalho.

O decênio 2006-2016 foi eleito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a década de valorização dos trabalhadores da saúde. O objetivo desse destaque foi fazer com que se discutisse mais sobre o trabalho neste campo e seus efeitos (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO,

2007). É crescente o número de pesquisas que visam estudar a estado de saúde desses profissionais, o que ocorre especialmente a partir da criação do SUS. Esta categoria profissional está propensa a desenvolver adoecimentos tanto físicos quanto psíquicos, dada a especificidade do trabalho, além de estar presente em seu cotidiano laboral a exposição a contaminação, acidentes de trabalho e más condições ligadas a uma infraestrutura precária (BROTTO; DABELLO-ARAÚJO, 2012).

Corroborando com o pensamento acima Fagundes e Perez (2017) afirmam que os trabalhadores da saúde se encontram em um ambiente de alta vulnerabilidade, especialmente no que diz respeito aos riscos biológicos, ergonômicos e psicossociais. Diante disso lidam cotidianamente com o sofrimento, doenças graves e até mesmo a morte, jornada de trabalho exaustiva, falta de reconhecimento e relações de trabalho atravessadas por questões políticas e alta hierarquia. Por isso são vítimas frequentes de desgaste físico e psicológico.

[...] a saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. A saúde, portanto, é possuir esses meios. [...] A saúde é a liberdade de dar a esse corpo a possibilidade de repousar, é a liberdade de lhe dar de comer quando ele tem fome, de fazê-lo dormir quando ele tem sono, de fornecer-lhe açúcar quando baixa a glicemia. É, portanto, a liberdade de adaptação. Não é anormal estar cansado, estar com sono. Não é, talvez, anormal ter uma gripe, e aí vê-se que isso vai longe. Pode ser até que seja normal ter algumas doenças. O que não é normal é não poder cuidar dessa doença, não poder ir para a cama, deixar-se levar pela doença, deixar que as coisas sejam feitas por outro durante algum tempo, parar de trabalhar durante a gripe e depois voltar. Bem-estar psíquico, em nosso entender, é, simplesmente, a liberdade que é deixada ao desejo de cada um na organização de sua vida. E por bem-estar social, cremos que aí também se deve entender a liberdade, é a liberdade de se agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho, ou seja, sobre o conteúdo do trabalho, a divisão das tarefas, a divisão dos homens e as relações que mantêm entre si (DEJOURS, 1986, p. 11)

Os impactos do trabalho na vida das profissionais da saúde também são referenciados ao longo da pesquisa. Como a própria entrevistada diz abaixo, nem sempre é algo que adoee, mas faz sofrer, afeta e modifica os modos de ser e trabalhar.

Olha, acho que a gente, cada vez mais isso fica claro o quanto o trabalho impacta na vida das pessoas assim né, isso a gente percebe tanto quando tu vai atender o usuário, muitas vezes nas tuas próprias, nas tuas próprias situações que tu vive no trabalho, que tu começa a observar que aquilo também afeta, de alguma forma, mesmo que nem sempre se adoeca, mas enfim as vezes acaba aparecendo num sintoma que muitas vezes tu vai ver e tem a ver com as questões de trabalho, principalmente das questões das relações que se estabelece no trabalho, e o quanto

isso realmente faz com que as pessoas cheguem num processo de adoecimento bastante significativo né (Entrevista Individual).

Assim, pode-se afirmar que o trabalho em saúde é constituído por um contexto propício para o desenvolvimento de uma série de impactos na saúde e possíveis adoecimentos. Tais elementos devem ser levados em conta quando se propõe estratégias de promoção e prevenção de doenças.

Então eu vejo assim óbvio, os colegas adoecendo, faltando muito o trabalho, para ir no médico, para fazer isso, pra fazer qualquer coisa, para não estar no trabalho, não é sempre [...] e as vezes a gente fica até julgando o colega, "ah não tá vindo trabalhar, fazendo corpo mole", mas as vezes e isso, é que a pessoa não aguenta mais a mesmice da doença mental dos outros, que acaba... (Entrevista Individual).

Eu tenho muito tempo de trabalho em saúde pública, nessa área. Uma coisa é realização individual, do indivíduo, isto é imprescindível. A outra coisa que eu acho que, particularmente, é o foco aqui do que está querendo se colocar, é o sofrimento no trabalho... Eu já trabalhei dois turnos integrais com pacientes. Hoje, eu olhando para trás, me pergunto como eu consegui (Entrevista Coletiva).

Paradoxalmente, o trabalho pode ser sinônimo de emancipação, realização e criação, sendo assim produtor de saúde, mas também ser fonte de exploração, sujeição e angústia, sendo gerador de sofrimento e adoecimentos. Por isso é importante atentar aos efeitos do trabalho, buscando ressignificar aquilo que há de desumano no trabalho, em busca da satisfação e saúde.

Tanto para os dois lados. Pensando na ideia de cuidado, o trabalho também pode ser cuidado né, quando ele te proporciona uma autonomia. Quando ele te proporciona fazer alguma coisa que te dá prazer em algum momento. Quando ele trabalha a tua tolerância a frustração, a tua socialização com o outro, né, de tu se sentir produtivo, porque afinal a gente é atravessado com todas essas questões. Mas, também, ele pode ser paradoxalmente, sinônimo de doença, se a gente pensar o quanto ele nos escraviza, o quanto a gente vive numa sociedade que cada vez mais tu tem que trabalhar para estar num status solicitado pela sociedade. Que tu tá numa sociedade competitiva, que muitas vezes tu tem que passar a perna, que essa é a ideia. Então assim, ele também pode ser sinônimo de sofrimento, então acho que ele pode ser a as duas coisas (Entrevista Individual).

Porque é um momento que a gente vive né, assim como tem que se provar que está doente, tem que provar que está são. Então neste contexto que a gente vive, essa questão não é só em um lugar e também não é só no trabalho, nós vivemos esse tempo a questão de que não se, se no século passado questão maior era da liberdade e o anterior era da doença, nesse momento não é nem de doença e nem de saúde, é do sofrimento é disso que se fala também no trabalho, mas ele tá, porque ele tá em todas as relações e a busca do diagnóstico está em todos os momentos (Entrevista Coletiva).

“Há uma contradição central entre a lógica das empresas, voltada para o lucro e para a produtividade, e a lógica do indivíduo, que é contraditório, tem angústias, desejos, medos e

que busca manter sua saúde mental em meio a essa complexidade de relações." (HELOANI; LANCMAN, 2004, p 78). Assim, é o trabalho que vai impulsionar o confronto entre o mundo externo e o mundo interno dos sujeitos. A partir dele, o mundo objetivo (regras, lógicas e valores próprios) entra em conflito com o mundo subjetivo: a história singular e pessoal do trabalhador se depara com a história coletiva, de modo que esse embate provoque sofrimento.

4.4.1 Prazer e Sofrimento no Trabalho

A relação entre prazer e sofrimento é inerente ao trabalho. Na atividade em saúde não seria diferente. Diariamente as profissionais de saúde se deparam com acontecimentos que as fazem perceber essa dupla faceta do trabalho, conforme descrita ao longo desta análise. O trabalho em saúde possibilita a criação de modos de atuação, especialmente no âmbito das relações humanas. Tem um grande potencial de afetar a subjetividade daquele que trabalha por meio da construção de laços entre as pessoas, sejam elas da equipe, sejam os usuários.

O prazer e sofrimento no trabalho constitui uma dinâmica de análise central para a PdT. Aquele que trabalha deposita todo o seu engajamento, sua inteligência e sua subjetividade no ato produtivo. Além disso, relaciona-se com outras pessoas, constituindo no trabalho o principal terreno da socialização na vida adulta (DEJOURS, 2004). É importante dizer que a lógica do prazer e sofrimento está entrelaçada: não existe trabalho que contemple apenas o prazer e nem somente o sofrimento.

Mas... esse trabalho acaba sendo assim aumentado, né, cotidianamente, assim tu vai vendo, né. E, volto a dizer, eu gosto muito do que eu faço né. E acho que sinto muito prazer assim, sinto muita tristeza, muitas vezes, de ouvir coisas que eu digo assim "Não, isso não dá para acreditar". Mas, tu consegue dar a volta, fazendo assim de alguma forma para te sustentar ali. E sustentar mesmo, né, porque é um dia a dia tu sustentando teu fazer ali (Entrevista Individual).

Tem sofrimento, tem momentos que tu está, tem momento que eu me levanto de manhã e falo, "ai que saco vou ter que ir pra lá" e daqui a pouco de tarde já tô "ai que bom que vai ter oficina" e daí eu já tô na oficina e já tô tri bem, entendeu, então são coisas que bem, é da vida mesmo, entendeu, acho que essas são relações bem complicadas, assim, institucionais, né (Entrevista Individual).

É um trabalho, ao mesmo tempo, muito bom, mas desgastante. Então o que eu faço? Eu tenho oficinas e atendimentos individuais, reuniões de miniequipe, reuniões com a grande equipe (Entrevista Individual).

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), um dos objetivos do trabalhar é a obtenção de prazer. A partir dele pode se sentir útil e produtivo, sendo também fruto do reconhecimento no trabalho. Está associado a uma dimensão subjetiva em que o trabalhador percebe que o ser fazer tem significação e é importante para a organização da qual faz parte, e em um âmbito maior, para a sociedade como um todo.

O prazer faz com que o sujeito se sinta admirado pelo seu trabalho, podendo assim deixar sua marca pessoal naquilo que faz. A partir deste sentimento o trabalhador percebe-se que não tem uma relação meramente utilitária com a instituição na qual trabalha, elaborando um sentido para o seu investimento no mundo laboral: se desloca da condição de objeto à sujeito (DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994).

A produção de **prazer** no trabalho não é exclusivamente uma responsabilidade do sujeito. Ela interdepende se como se dá as relações no coletivo, tendo a organização do trabalho e o modo com ela atua como um significativo fator de interferência.

Sendo assim, nesta pesquisa o prazer no trabalho surge de diversas maneiras, conforme relato das entrevistadas, dentre as quais podemos citar a realização e produção de saúde, sentido e vínculos sociais. Além disso, sentir orgulho daquilo que faz também está ligado ao prazer, o que acaba então motivando a dar sequência aos planos e projetos.

[...] adoro o meu trabalho, eu adoro trabalhar aqui. [...] E a minha realização que é o trabalho. Então são coisas, assim, que me ajudam a viver, que me motivam a continuar me mantendo sadia. Fazendo minhas questões pessoais, assim. Eu gosto de trabalhar, eu acho que complementa, complementa o meu ser, o meu viver (Entrevista Coletiva).

[...] eu acho o trabalho muito importante. Eu gosto muito do que eu faço, gosto de estar aqui, gosto dos meus colegas. Eu me sinto muito bem trabalhando (Entrevista Coletiva).

Eu fui pro congresso [...] e eu tinha liberado o meu processo tantos dias né pra ficar e aí eu vim num dia antes, aí eu vim um dia antes trabalhar e daí a minha colega falou “ah, mas pô porque que tu veio?”, “ah porque eu adoro aqui, eu tava com saudades, eu gosto”, então assim pô, eu gostaria que as pessoas pudessem ter essa relação com o trabalho também, [...] eu curto aqui, eu fico feliz do que eu faço né, eu tenho orgulho e bem, essa é uma relação de trabalho que eu quero poder tá trabalhando com as pessoas né... Eu acho que essa é uma super questão assim... (Entrevista Individual).

E eu acho que eu tenho uma coisa, que eu gostei que uma colega disse uma vez para mim “Tu tem muito prazer de fazer as coisas”, então eu acho que isto me motiva muito ainda (Entrevista Individual).

Elementos como espaço de criação e liberdade no trabalho, assim como a autonomia e a possibilidade de tomar decisões são essenciais para a produção de prazer, conforme mencionado pelas entrevistadas. A possibilidade de desenvolver um trabalho genuinamente coletivo também é fruto de prazer.

É, então vai se criando coisas assim, o legal de trabalhar aqui é isso assim, a gente não é nada de estaque assim, tá vamos ficar assim, a gente muda o tempo inteiro e a gente tem umas reuniões gerais de trabalho todo mês com os usuários que tipo aquelas “assembleionas” assim e aí também tem muito do que que tá acontecendo e do que que vamos fazer assim, né, que aí todo mundo, a grande maioria de usuários participam e a gente vai mudando constantemente assim, vendo que outras coisas que têm que acontecer, que outras mudanças que, né, então vai... (Entrevista Individual).

[...] eu disse pra eles assim “ah pensem o que que a gente vai fazer pro ano que vem”, no final já do ano né, pro ano que vem uma programação, um planejamento, porque eu adoro planejamento, [...] o que a gente pode fazer, “ah no dia da mulher só vem duas camisas?”, sim mas a gente pode pensar que nem o Cebolinha, o plano A e o plano B, se a secretaria não der nada? A gente sabe que sempre no dia 08 de março vai ser o dia da mulher, a agente não pode pensar antes? O que que temos? Olha isso estimulou, fizeram com as coisas deles mesmos, fizeram tipo de um brechó se viraram sabe, umas canetinhas, eles mesmos botaram fitinhas e deixaram bonitas [...] (Entrevista Individual).

Porque assim, o nosso trabalho ele segue sendo criativo, a gente supera, tem uma capacidade de superação né. Ah e nós queremos, é uma coisa importante eu acho, a gente quer montar uma associação de pais, que isso tava no final desse ano passado tava se encaminhando, a gente com a ajuda de mães a gente conseguiu fazer uma festa de natal nossa sem nenhum recurso, nada, só com uma mobilização ali e isso já seria o início, a semente da associação de pais né, promover coisas como essas e aos pouquinhos a gente vai formalizando a situação né juridicamente como uma associação... (Entrevista Individual).

Particularmente [no serviço de saúde] né para mim foi uma realização de uma série de coisas, onde eu consigo eu acho que botar em prática, de me tornar uma pessoa criativa a partir de várias coisas que eu desenvolvi tanto em termos em formação, [...] trabalhar usando a arte como recurso expressivo, o teatro, a música, né e tudo coisas que eu gosto e que pessoalmente desenvolvi né... eu canto, tenho a questão da escrita [...] Inclusive para, eu tenho me sentido assim, bem importante a minha presença na equipe assim pra... ahm, o meu entusiasmo é bem importante para a equipe, né... (Entrevista Individual).

A gente até, por a gente... o CAPS é filho da gente, vamos dizer assim, o projeto CAPS. [...] uma parte dessa equipe foi fundadora, pensou o serviço. Então a gente pensou o processo de trabalho. A carga é difícil de mudar, mas assim a gente consegue, um pouco, uns cuidar dos outros e daí a gente consegue, quando a coisa tá feia, o bicho tá comendo mesmo, a gente consegue e “não, agora eu vou”, né (Entrevista Coletiva).

Acho que não se adoce tanto aqui [no serviço] porque temos a questão de poder criar, produzir e uma certa autonomia e independência para poder tocar o trabalho. Então, isso a gente tem uma certa... que eu acho, que é o faz a gente não adoecer tanto, em função dessas outras coisas. Porque tem espaço assim para ti criar, para ti

fazer, para criar outras coisas, tu mobilizar outras coisas nesta proximidade com os usuários, que é um trabalho muito difícil... (Entrevista Coletiva)

O trabalho não é e nem consegue ser apenas fonte de prazer. É também gerador de **sofrimento**, especialmente quando envolve um fazer penoso e causador de angústias. Esse sofrer é proveniente das condições e da organização do trabalho, bem como das relações interpessoais construídas no trabalho. Tal sentimento interrompe o processo de realização do sujeito, mesmo que temporariamente, limitando a expressão do eu e da subjetividade (MORRONE; MENDES, 2003).

Assim, durante as entrevistas, os modos de manifestar o sofrimento no trabalho foram: dificuldades na realização das atividades, sensação de desgaste, excesso de tempo dedicado ao trabalho, esvaziamento de sentido, relações interpessoais conturbadas, sentimento de desvalorização perante a gestão entre outras evidências.

É no sentido de gostar do trabalho que tu fez. Não de estar fazendo o que tu gosta. São duas coisas diferentes. Uma coisa é tu gostar do que tu faz, outra coisa é gostar do que tu fez, né. E daí o sofrimento vem de não gostar do que tu fez. [...] Porque tu fez, pelas condições que tu tinha para fazer (Entrevista Coletiva).

Eu tenho muito prazer. Eu gosto muito de tá ali, mas eu sinto que, também, há um cansaço, né. Ah, aquela coisa assim, de vez em quando “Ah meu Deus, eu acho que poderia ficar uma semana fora” (Entrevista Individual).

Como se não bastasse que o trabalho invadir todas as esferas da tua vida né. Porque é isso, o trabalho acaba invadindo todas as esferas da vida da pessoa. Eu acho que o adoecimento muito, de não ser tanto Ler/Dort assim, ser sofrimento psíquico acho que é isso, que é um trabalho esvaziado de sentido mas ao mesmo tempo ele ocupa espaços que fazem sentido para o trabalhador, a família, o espaço que era de lazer então eu acho que muito também é disso, os trabalhadores do SUS também, eles fazem parte do mesmo contexto assim, não tão numa sociedade a parte, então eles também estão em sofrimento, eles também eles levam trabalho para casa eles também respondem e-mails em casa, vão fazer atividade no sábado de manhã, enfim (Entrevista Coletiva).

[...] claro que no meio disso tudo tem várias questões que são complicadas no mundo do trabalho aqui dentro também, relações de equipe, picuinhas, né, [...] então bah, mas bem eu acho que essas coisas são do mundo também de trabalho, tem que relevar... (Entrevista Individual).

Tu tem um sofrimento no momento que tem que te acordar para trabalhar. Não é o fato de tu te acordar cedo, mas o fato que tu vai para o trabalho. [...] é a insatisfação de tudo, do levantar para ir trabalhar e tu dizer assim “Ah eu vou para lá porque eu gosto”. Tu até pode até gostar da tua profissão, independente disso. Mas a tua satisfação de tu chegar no local e tu não ter um reconhecimento, tu não saber que tu tá tendo um respaldo, até na segurança, porque não se preocupam hoje mais com o trabalhador, se preocupam com a segurança do usuário. Mas e o trabalhador? [...] Tu pode ter a maior satisfação, mas eu acho que se tu não tiver um respaldo e um

respeito para com o trabalhador, não tem quem se sinta satisfeito, hoje (Entrevista Coletiva).

O mundo do trabalho, ao mesmo tempo que pode gerar sofrimento quando confronta o sujeito com as adversidades laborais, pode também se constituir como uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento tanto psíquico quanto social na vida adulta. Assim, é evidente que o trabalho e as relações nele originadas não são neutras, afetando a vida subjetiva e a sociabilidade do trabalhador (HELOANI; LANCMAN, 2004).

O prazer e sofrimento no trabalho em saúde são permeados veemente pelas **relações com os usuários**. Assim como é fonte de reconhecimento, também acaba indicando desgaste e conflitos inerentes da relação com o outro. O sentimento de frustração e impotência diante das impossibilidades de atender aquilo que os usuários necessitam, também dispara o sofrimento. Em contrapartida, quando as demandas são satisfeitas a gratidão pelo cuidado ofertado é expressada pelos usuários, fazendo com que as trabalhadoras percebam o sentido do seu trabalho.

A gente percebe a ansiedade, assim, dos pacientes. [...] Se a gente acessar os relatórios e explicar o que está acontecendo, antes do atendimento vem a irritabilidade, algumas vezes, vem. Mas, uma boa parte, entende que o processo tá mais difícil, eu tenho tido alguma percepção nisso, alguma parte. Um paciente chegou a dizer, foi até ontem, “Doutora, é impressão minha ou as coisas estão piores?”. Aí eu disse “Não, senhor. As coisas estão piores”. Paciente de longa data. Mas a percepção, a minha percepção é de que, generalizadamente, a percepção... Não é pessoal é real, as coisas estão bem piores (Entrevista Coletiva).

Eu acho que assim... Eu, particularmente, tenho dois tipos de sofrimento no trabalho. O primeiro é em função das pessoas procurarem o serviço né, como a gente tá na ponta elas vêm primeiro aqui, e a gente não ter as respostas, não ter a solução para elas e elas manifestarem de forma agressiva né, a sua insatisfação e a gente tá muito exposta, muito vulnerável. E... e outra coisa que, também, gera o sofrimento [...] que a gente acolhe as pessoas, e a gente não tem o que fazer com elas. Porque a gente não tem, ahm... o nosso número de consultas para matriciamento é minúsculo, é quase simbólico, né. Então, isto é outra coisa que eu acho que gera bastante sofrimento, porque, ahm... [...] e não tem como não te colocar no lugar daquela pessoa ali, né. E tipo de tu se pensar assim “Bah, eu tenho condições né, eu faço terapia. Tá tudo bem, sempre em busca”. E tu vê que a pessoa não tem condições, sabe? Ela precisa do sistema e o sistema não tem, não tem nada para oferecer para ela. Isto é uma causa de sofrimento no trabalho, também (Entrevista Coletiva).

As **relações entre a equipe**, sendo elas fortalecidas ou não, acabam gerando prazer e sofrimento no trabalho. Quando há um coletivo constituído e ativo nos serviços, além de se configurar como um protetor do estado mental das profissionais, produz sentimento de pertença e acolhimento perante o ambiente de trabalho.

Mas eu acho que, mas eu fico pensando nisso que tu fala, assim, acho que tem vezes que a gente consegue ser acolhido. Ser acolhido um pelo outro, mas tem vezes que a gente não consegue. E tem alguns que nos acolhem e tem outros que não nos acolhem. E eu acho que é assim que a gente, às vezes a gente tá meio mal e a gente vai na cozinha, e daí a gente é acolhido. [...] Mas eu acho que sempre tem alguém que vai nos acolher e sempre alguém a gente vai acolher, entendeu? Não todo mundo no mesmo momento, mas que isso vai mudando eu acho, né? [...] (Entrevista Coletiva).

Às vezes nem todas, mas algumas em alguns momentos. Se a gente não consegue com um, a gente busca com outro. E talvez seja por isso que, que eu pelo menos, curto muito trabalhar aqui assim. E não sairia dessa equipe. Mas senão, a gente já teria se separado há muito tempo [...] Acho que se passa por diversos momentos. Tanto da gente ser agredida, como dá gente se agredir, assim, né mas que são relações que vem. Tu vai constituindo e tu vai... Vendo meio o que tem teu, o que tem do outro, né? Para poder entender um pouco isso. A gente não chega assim a ter uma crise de romper. Sabe? De vez em quando eu sinto, ahm, quando eu acordo de manhã, "Aí, não tô afim de ir hoje". Mas daqui a pouco eu já tô né, e quando eu venho aqui eu adoro. E saio de caso e saio daqui bem feliz, e algumas vezes eu saio tri triste. Tenho raiva que tem que voltar amanhã. Mas no outro dia já tô tri bem. Uma coisa meio... meio assim, né? (Entrevista Coletiva).

Por mim também assim, principalmente, muitas vezes eu não tenho vontade de vir também e eu penso nos colegas, primeira coisa e penso ainda, assim, que se eu não tô vontade de ir, muitos também não devem estar, mas se eu não for eles vão se sobrecarregar, vai ser pior para eles, e eu não quero isso. Então é uma coisa que eu penso bastante, assim, quando não me dá vontade... E uma coisa que eu acho bacana aqui também, aqui as pessoas não te mandam, elas te pedem, elas te agradecem. É muito bacana assim o respeito que tem. Tu faz um serviço que é a tua obrigação e te dizem assim "Ah, muito obrigado". "Será que tu pode?", [...] (Entrevista Coletiva).

Quando eu falei assim que eu ficava, às vezes ficava insatisfeita com o que eu podia fazer, perdão, mas o grande motivo para eu vir pro trabalho também é o grupo. Eu adoro este grupo (Entrevista Coletiva).

Abordando especificamente as tentativas de cuidado em saúde do trabalhador aos usuários, quando existem o acolhimento do sofrimento psíquico do trabalho por parte de um profissional da saúde, nem sempre esse desejo é compartilhado pela equipe. Percebe-se assim um **sentimento de solidão**, em que esse profissional luta para expor aos demais colegas que esse sofrimento é real e, muitas vezes, incapacita temporariamente o usuário.

[...] Essas duas mulheres, por exemplo, elas tinham, uma delas tava pedindo o afastamento do trabalho e era negado assim e era muito claro o adoecimento dela em relação a organização do trabalho, as coisas que ela trabalhava em si né, a forma como o trabalho dela acontecia e tudo o que envolvia, e foi negado várias vezes, ela teve que entrar na justiça mesmo com laudo médico, fazendo atendimento no CAPS, uma situação grave assim, ela estava com várias incapacidades para vida dela assim, de não conseguir sair de casa... enfim era uma situação muito grave assim. E a outra, uma senhora também, eram duas mulheres em torno de 50 anos assim, e a outra mulher também, eu discutia com o psiquiatra o caso dela e ele dizia "não o que ela quer aqui é o atestado", eu dizia "sim ela precisa do atestado médico, mas ela tá falando de muitas outras coisas né da vida dela". [...] então tem dois casos bem significativos que a equipe reconhecia como transtornos, um transtorno de

ansiedade, transtorno de humor assim, e era difícil assim discutir com a equipe, “ah tá o trabalho, ahah”, mas isso é uma parte muito importante, “mas porque tu não tenta trabalhar com ela para voltar pra esse trabalho?” Eu disse “não, eu me recuso, não a gente vai trabalhar outras coisas, se ela quer trabalhar, então vamos pensar um trabalho que seja possível”, “mas lá ela tá só afastada dá pra ela voltar quando ela quiser”, não, e a pessoa desesperada, ela dizia “se eu pensar que eu tenho que voltar para lá me dá uma sensação de morte” ela dizia assim, e aí como tu vai, né... E aí eu saí do estágio e eu não sei... como a equipe conduziu o caso sabe, depois que eu saí... (Entrevista Individual).

E aí eu me lembro quando eu tava na graduação e aí eu tava numa extensão numa comunidade indígena, que não tinha mais aquela característica indígena né [...] e que eu nunca esqueço de uma conversa que eu tive com [nome], e ele levantava 3 e meia, 4 horas da manhã fazia a comida dele, ou ajeitava o que a esposa tinha feito, fazia a marmitazinha, esperava um ônibus, ia para o canal e tinha que cortar [...] cana e aí ele chegava umas 7 horas da noite e aí cabra, assim grandão, macho, e aí ele olhou nos meus olhos quase chorando, “rapaz aí eu chego e não consigo nem fazer sexo com a minha esposa que eu não sinto vontade, chego e tô exausto, cansado, que meu único objetivo é dormir para me preparar para o outro dia de novo”. E eu ficava viajando, porque eu perguntava pra ele e aí o que a gente faz né, e ele “é eu não tenho escolha, tenho 5 filhos, tenho que sustentar a minha família”. [...] E o cara assim do interior, bruto como a gente fala, e você se abre e falar dos seus sentimentos, da invasão que o trabalho causa nele, e eu fiquei muito ruim e ainda fico até hoje pensando e fora outras coisas que ele tem pagar porque todos os objetos de trabalho que ele tinha [...]. Ele dizia que tinha meses que ele ganhava 1/3 do salário nesse desconto todo né, um trabalho semiescravo, só que aí vai denunciar para quem né, o cara latifundiário né, o direito foi feito para defender essas pessoas e como é que você consegue organizar os trabalhadores, a gente chegava lá e organizava os trabalhadores, mas a gente não morava lá, a gente vai embora, e aí sempre foi muito de repressão [...] (Entrevista Coletiva).

A questão é lidar com o momento social, com a doença social das pessoas que veem com a doença social. E lidar com a cada vez mais a dificuldade de acesso a recursos. Para mim passou a ser uma coisa indivisível, não tem mais como separar. Não tem como mais separar “bah eu tô fazendo tudo que eu consigo”. “Ok, tô saindo daqui numa boa”. É uma grande fusão de insatisfações neste sentido. E a maior satisfação que eu tenho é do que eu posso fazer individualmente. Não é do que o trabalho está me oferecendo como recursos, o que a gestão tá me oferecendo como recursos para desempenhar este trabalho melhor. Então, institucionalmente, nós estamos chegando eu não sei aonde. No fim da ponte.... Eu acho que é isso... a partir daí... (Entrevista Coletiva).

A demanda tá cada vez maior, cada dia aumenta mais. O paciente chega e diz “Ah, eu perdi o plano”... cada dia tem mais pacientes. Ele não tem trabalho, não tem mais plano de saúde, vem pro SUS, todos os dias isso. E eu já tive vários sofrimentos no trabalho, nem preciso ficar citando aqui, [...] o meu atual é no setor que eu trabalho atualmente, é sofrimento ali quando as pessoas chegam para serem atendidos e tu não tem o que fazer. Às vezes, claro, tu não tem o que fazer mesmo, não tem outra saída, tu tem que chamar e pedir ajuda dele, pedir socorro para alguns né, para ajudar. Porque tu fica com aquele sofrimento ali que é diário (Entrevista Coletiva).

A relação com o **sofrimento dos usuários** dispara sentimento de impotência e frustração diante das condições de vida que estes apresentam. Neste sentido, as profissionais de saúde, sentem que não possuem os recursos necessários ou suficientes para auxiliar esses

sujeitos em direção à mudança social, algo que perpassa o trabalho em saúde, mas vai além dele. Isso produz um sofrimento a partir dessa sensação de estar impotente diante de tantas situações de vulnerabilidade social. Se sensibilizar com a dor do outro é um exercício importante no cuidado em saúde, entretanto, inúmeras vezes o impacto é tanto que inviabiliza o fazer.

“Bah, eu vou conseguir salvar? Eu vou dar conta?”. E eu acho que a palavra salvar é uma que eu também meio que aboli, assim.... Antes eu tinha que ser tudo, “Eu vou dar conta de tudo, vou ser maravilhosamente perfeita. E tu começa a se deparar, claro, com as tuas questões, de falta mesmo e de não dar conta. Bom, tem uma coisa que é tua e uma coisa que é do paciente, né.. Porque uma coisa é eu desejar, outra coisa é o paciente. E aí eu comecei também acho que a análise também te ajuda a entender isso, porque só vai para a terapia quem quer, né (Entrevista Individual).

Tenho decepções, como eu disse. Que muitas vezes eu espero mais, eu aposto mais e aí não vem aquilo e eu me frustro muito assim. Eu acho que eu caio, bah... Então eu acho que eu aprendi com o decorrer, muito da vida e da experiência, né, e da análise, que eu digo assim de acompanhar. E outra aprendi a me acalmar, eu acho (Entrevista Individual).

[...] teve um texto [...] que eu achei bem bom, que me ajudou a pensar essas coisas, no encontro com o trabalhador-usuário, que me ajuda bastante a pensar isso né, que ele fala assim de algumas defesas que a gente cria, quando o trabalho acaba que ele não é, que ele não corresponde aquilo que a gente idealiza né, então esse excesso de ideologização, esse excesso de idealismo as vezes acaba sendo uma defesa que a gente cria, porque a gente na verdade não consegue trabalhar com o concreto, com aquilo que, entre o real e o ideal existe um possível né, então a gente prefere ficar mais nisso que é o ideal, na ideologia do que de fato pensar na minúcia do trabalho assim, do que que é possível diante de toda essa precarização assim... (Entrevista Coletiva).

[...] Então assim na verdade, claro em parte a saída da minha equipe foi para contribuir pra atenção básica que tava muito enfraquecida e tal, mas em parte também foi por eu suportar mais o dia a dia do [serviço] assim, não só dos pacientes assim né que eu me vinculei super bem, claro tem casos difíceis né, mas muito pelo trabalho em equipe assim, foi né aquele formato da equipe, a gestão que tava no momento e o coordenador do momento tava sendo insuportável para mim a ponto assim de que eu tava para ser chamada em outro concurso que pagava menos, eu tava implorando para que me chamassem. Então eu fiquei, acho que eu fiquei bem doente no momento assim, mas nunca cheguei a me afastar assim nada (Entrevista Individual).

É fundamental, quando se refere à dinâmica do prazer e sofrimento, que as possibilidades de reinvenção estejam no horizonte. Independente das adversidades é indispensável que haja espaço de criação. Além disso, é necessário que a expressão daquilo que não está de acordo com as expectativas seja permitida, para que sejam vislumbradas possíveis modificações no meio de trabalho. Dar-se conta das daquilo que é inconveniente é uma importante etapa para mobilização coletiva e transformação.

Apesar que sempre tem alguma coisa que vai te cutucando, tu olha e “Bah, isso seria legal para aquele paciente, isso seria legal pensar pro CAPS né”. Eu acho que tu fica muito envolvido, os filmes que tu quer ver é os filmes da área da saúde mental, assim pensando né, a maioria das vezes... Mas, claro, que é muito legal olhar uma comédia, sair dessa coisa, assim, que vai, também, te mostrar um outro caminho né. Eu acho que isto ajuda muito, também assim a tu preservar a tua saúde. Tu, também, conseguir dar conta. E, muitas vezes, não é dar conta mesmo. É vim o ruim mesmo, é vir toda aquela tua dor, aquele cansaço, tu dizer assim “Putz grila, não aguento mais”, né. Bom, por aqui não tá dando, tá mais difícil, mas daí tu encontra uma saída entende? Eu acho que tem um pouco disso tudo, assim, seja num filme, seja num divertimento (Entrevista Individual).

Aí fiquei pensando... acho que nunca a gente tá com a potência... total, potência de agir total. [...] outras coisas te atravessam, e que a tua potência tá aqui e tem dias que a tua potência tá lá, né. Mas como é que tu consegue, no trabalho coletivo né, ter potência de agir que possa te... Fazer com que tu saia de casa de manhã, que tu esteja aqui “muiiittaass” vezes até mais horas por dia né, em nome de algo que tu acredita. Seria até fantasioso pensar que todos os dias tu tá feliz. Acho que é importante assim, que nem toda equipe pode tá com a potência lá embaixo (Entrevista Coletiva).

Dejours (1993, 1999), afirma que o contexto de trabalho gera sofrimento devido a existência de conflitos entre os desejos do sujeito e o modo como a gestão atua, sendo este sofrimento intrínseco ao trabalho. Esse sofrimento pode ser criativo, quando o sujeito mobiliza a sua personalidade em prol da transformação das adversidades em possibilidades de criação e assim obtém prazer ou patogênico, quando o trabalhador não encontra liberdade, reconhecimento e dificuldades relativas à organização do trabalho fazendo com que o sofrer possa levar ao adoecimento.

O sofrimento no trabalho não será patogênico, caso o trabalhador elabore estratégias defensivas para lidar com os obstáculos da rotina laboral. Cabe ao trabalhador fazer uso das defesas, sendo elas individuais ou coletivas, para lidar com as adversidades, ou então superá-lo por meio da transformação daquilo que faz sofrer em prazer (DEJOURS, 1993, 1999).

O sofrimento não pode ser considerado sinônimo de adoecimento. Quando ressignificado pode produzir prazer no trabalho. A luta psíquica do sujeito para dar conta das adversidades do trabalho, em que este faz uso de sua inteligência e da mobilização subjetiva, pode ser uma importante oportunidade para o desenvolvimento do potencial de criação, em que este sujeito deixa sua marca naquilo que faz, imprimindo sua subjetividade. Quando há espaço para essa transformação e o sujeito obtém os méritos pelo seu investimento diante dos obstáculos, há então a sensação de cumprimento do dever e assim, prazer no trabalho.

Assim sendo, observa-se que o prazer e o sofrimento no trabalho estão presentes nas atividades laborativas das profissionais de saúde. Atravessam o seu fazer e, por um lado as

estimulam a continuar investindo, por meio do reconhecimento, produção de sentido e criação, mas por outro significam desgaste, frustração, especialmente quando não obtém o apoio da gestão diante das dificuldades enfrentadas.

4.4.2 Reconhecimento no Trabalho

Um dos fatores fundamentais para a ressignificação do sofrimento e, conseqüente obtenção de prazer no trabalho é o reconhecimento pelo trabalho desenvolvido na saúde, um fator que foi discutido pelas entrevistadas ao longo da pesquisa. Para a Psicodinâmica do Trabalho, o reconhecimento é um elemento crucial, responsável, em grande medida, pela preservação da estrutura psíquica dos sujeitos.

Dejours (1992, 2008a) afirma que o reconhecimento no trabalho tem uma dimensão nuclear na constituição da identidade, prazer e saúde. O mesmo autor afirma que este é um processo de retribuição simbólica que ocorre a partir do julgamento sobre aquilo que é realizado no meio laboral. A construção de significados é permeada pelo ato de ser reconhecido, a partir de julgamentos de utilidade e beleza, ou seja, quando o trabalho é percebido como útil e belo. A referência à beleza do trabalho é feita pelos pares, que estão em um mesmo nível hierárquico, já o julgamento de utilidade é emitido pelas chefias, superiores e clientes/ usuários (FREITAS; FACAS, 2013).

Sznelwar, Uchida e Lancman (2011) apontam que é justamente na relação com outro que, a partir de seu olhar, se julga e aí reconhece o trabalho, que se tem a garantia do que de fato foi realizado com uso criatividade e engenhosidade. Assim, há uma relação direta entre a inexistência do reconhecimento e o sofrimento e até mesmo processos de despersonalização dos trabalhadores.

[...] esses tempos eu comprei um livro daquela coleção que tem preta e coloridinha assim, eu comprei um sobre a saúde do trabalhador, lembro de ter lido Dejours né assim, algumas coisas, do reconhecimento do trabalho, o quanto não é só o reconhecimento financeiro né... E acho que isso também me sustenta em [município] essa questão do reconhecimento que eu vejo nas relações que eu estabeleço, não tanto no reconhecimento financeiro (Entrevista Individual).

Desse modo, ao contrário do que indicam as práticas corriqueiras do mundo do trabalho, a dinâmica do reconhecimento é essencial para a saúde psíquica dos sujeitos. É um

importante fator da construção da identidade dos sujeitos adultos, sendo que quando este não colhe os benefícios do ato de reconhecer, passa a duvidar da sua capacidade intelectual e profissional, chegando até mesmo a questionar o seu eu subjetivo. Esse movimento de interrogar a si provoca um estranhamento em relação a sua própria identidade, abalando a saúde mental do trabalhador.

No trabalho em saúde, o reconhecimento ocorre, eminentemente, por meio da **valorização dos usuários** para com o fazer das profissionais. A expressão da gratidão, a evolução do tratamento, são indicativos que os usuários exprimem, apontando a relevância e impacto do trabalho desenvolvido.

É bárbaro assim Karine quando tu escuta assim “Bah, muito obrigado pelo teu atendimento. Muito obrigado pela tua escuta. Bah tu sabe que depois que ele veio no CAPS ele melhorou.” [...] quando tu escuta isso, assim “Peraí, este trabalho existe, ele é árduo, cheio de porosidades, mas ele existe”. Então, quando tu consegue fazer ele existir, ele não é de um dia pro outro, nossa... (Entrevista Individual).

E quando o próprio paciente, ou um familiar diz “Pô, muito obrigada”, né. Tem uma mãe que eu atendo que, cada vez que ela sai ela diz “bah obrigada, que bom que vocês existem, eu já não tinha mais muito recurso”. Então era uma mãe que tinha deixado de trabalhar, agora ela voltou. Então, esse trabalho vai fazer uma diferença para ela. Então eu acho que essas coisas contam muito assim (Entrevista Individual).

Muitos [usuários] agradecem. Ao mesmo tempo que tem muitos mal-educados assim, num extremo, também tem o outro extremo que agradecem e quando tá contigo ou no atendimento dizem assim “Bah, vocês tem que aguentar muita coisa. Não sei se eu conseguiria ficar nesse teu lugar”. Tem um reconhecimento também. Mas como a gente, a gente sempre lembra mais do que machuca, do que aquilo... Não, tem muitas pessoas que reconhecem, sim. E, geralmente, sei lá, são pessoas que... que conseguem se colocar no lugar do outro, né? Que na maioria das vezes, isso não acontece. A gente, todo mundo tem dificuldade de se colocar no lugar do outro (Entrevista Coletiva).

Também foi apontado o **reconhecimento entre os pares**, como uma importante ferramenta no estabelecimento de laços sociais entre a equipe. Esta forma de relacionar-se, reconhecendo o fazer do outro, fortalece a equipe, tornando-a mais unida e preparada para enfrentar as intempéries do trabalho.

Tu tem que ter pessoas eu acho assim que gostem de estratégia, eu adoro, sabe que possam articular, pessoas que se identifiquem com isso, nós que nos identificamos com saúde mental, com saúde e trabalho também precisamos puxar um pouco mais pra articular, pra valorizar, pra ensinar os outros, mas também valorizar já, porque eu acho assim que no trabalho todo mundo quer reconhecimento, e o reconhecimento então te fortalece, tu tem que ter o sentido e a volta, tudo tem que ter a volta né, e aí esse reconhecimento e isso te fortalece, então eu acho que esse, sabe, esse movimento, numa certa dialética né, que a gente vai fazendo, que a gente vai construindo isso sabe [...] (Entrevista Individual).

O reconhecimento por parte dos gestores já é algo mais inconsistente. Tornar pública a importância do serviço de saúde e o trabalho desenvolvido pela sua equipe é relevante e faz com que as profissionais percebam o sentido do seu investimento no trabalho. Entretanto, o reconhecimento, quando não ocorre aí, passa a esvaziar o trabalho de sentido, já que para que as práticas bem-sucedidas continuem sendo operadas, é essencial o apoio da instituição, que não se limita a uma expressão verbal, necessitando de investimento também financeiro e pessoal.

[...] a gente tem um reconhecimento pelo trabalho né, eu acho que isso é interessante a gente pensar. É um serviço que tem o seu trabalho reconhecido né, que tem o seu trabalho reconhecido por esta questão, dessa dinâmica que a gente tem. Talvez, eu acho, tá um pouco enfraquecida agora, da gente trabalhar mais em funções de grupo né, e uma questão que a gente pode ir criando né. A ideia é que a gente vá criando assim, mas enquanto eu acho que é dolorido, eu fico pensando, no sentido de que, se a gente tem este reconhecimento dos gestores né, porque que a gente não tem este reconhecimento em ações dos gestores? Por exemplo: se é tão interessante... [o serviço de saúde] leva o nome da secretaria e da saúde mental para vários lugares, nos vários tipos de projetos, nos mais variados possíveis, né? Mas, quando a gente vai buscar uma ajuda, por exemplo, coisas básicas, como manutenção do prédio né, a gente não tem este reconhecimento em ações. Eu acho que isso é interessante, o reconhecimento do nosso trabalho, a gente tem. Não só pelos usuários, que a gente tem, mas também pelos próprios pares, né? (Entrevista Coletiva).

O nível de estresse, a falta de reconhecimento sabe, acho que principalmente isso, porque a gente investe além né do que a instituição oferece, sempre. Meus grupos de artesanatos, por exemplo, que eu montei com os pacientes, foi a partir de habilidades de pacientes que começaram a dar aula para outros pacientes, e o material nós sempre compramos sempre... foi algo comum até de ter vaquinha entre funcionários né, a instituição não investe muito. Tem um discurso de que isso é importante mas chega na hora "do pega", a nossa sala dos materiais agora foi esvaziada para ter arquivo morto de prontuários né, por isso que eu estou com as minhas caixas aqui, então isso dói. Eu tirei essas caixas chorando outro dia dali... (Entrevista Individual).

Além das dificuldades da gestão em reconhecer o trabalho, a sociedade, de modo geral, também demonstra uma desvalorização das profissionais. Isso impacta diretamente na saúde e na subjetividade daqueles que tem no seu trabalho um espaço de investimento e criação. A mídia é apontada como um fator adversário à construção de uma boa imagem dos serviços em saúde, já que geralmente ressaltam aquilo que está inoperante. Isso reforça o imaginário social de que os servidores públicos não realizam as atividades que são de sua competência.

E uma coisa também que eu que acho, assim ó, que ahm... muitas profissões também ajudam para não... Para desvalorização das profissões é a mídia. Porque a mídia, o paciente faz um relato, só que ele não vai lá no setor para ver o que que tá acontecendo. Ela bota uma bomba mais ainda em cima. Então as pessoas já veem de fora com aquela coisa assim que funcionário público ele é vagabundo, ele não

quer trabalhar, ele tá ali para nada, né? Sabe, não tem.. Eu me lembro assim, antes quando eu era criança a tu falava no médico, no enfermeiro, no auxiliar, sabe, as pessoas respeitavam. Professores, respeitavam. Hoje em dia não, não se respeita mais, ninguém respeita mais. E principalmente pessoal que tá ali, o professor e pessoal da área da saúde, por quê? Porque se criou essa cultura que as pessoas não querem fazer nada, porque tu não quer. Não é, se tu disser “mas não tem”, não, “é porque tu não quer fazer isso, não quer me dar o que eu tô precisando”. Só que, na verdade, a gente sabe que não tem e não funciona daquela maneira (Entrevista Coletiva).

Assim sendo, o reconhecimento desempenha um importante papel na dinâmica da transformação do sofrimento em prazer. É por meio dele que toda energia voltada ao trabalho encontra sentido e evidencia-se que todos os obstáculos e dificuldades não foram em vão. Quando o sujeito não se beneficia da dinâmica do reconhecimento há um impacto no modo como o trabalhador se percebe, facilitando assim os processos de adoecimento.

4.4.3 Saúde e Adoecimento no Trabalho

A dinâmica prazer e sofrimento no trabalho integra os indicadores de saúde e adoecimento. Quando um ambiente produz realização, sentido, bem-estar e reconhecimento, o que está ligado ao prazer, invariavelmente vai produzir saúde. Em contrapartida, quando uma organização tem como princípios a exploração, alienação e o desgaste dos trabalhadores, produz sofrimento que, a longo prazo não sendo ressignificado e transformado, pode ocasionar doenças.

A especificidade do trabalho em saúde, em que há o imperativo de ser forte e não adoecer, atravessa as relações entre profissionais e equipe. Constitui fonte de sofrimento essa exigência, em que até mesmo emocionar-se é visto como fraqueza, o que impede a elaboração da dor diante do vivido (TRAESEL; MERLO, 2009).

O ingresso na vida profissional no campo da Saúde é permeado de expectativas, em que muitas vezes as trabalhadoras acreditam no seu potencial de transformação, comparados até mesmo a uma espécie de “super-poderes”. Entretanto, quando se deparam com o contexto atual dos serviços se frustram e percebem o quanto essa mudança não depende apenas delas e sim do poder público, algo que está para além das suas ações diretas, causando assim uma decepção em relação aos projetos construídos ao longo dos anos de formação.

[...] porque a gente chega cheio de, cheio de ideais em relação ao mundo do trabalho, a saúde mental coletiva por si só ela é uma instituição né, ela te subjetiva nem que tu ainda não tenha entrado no mundo do trabalho, vamos pensar quando a gente tava na graduação, e tava ali estudando, e tava ali fazendo estágio e tava curtindo numa outra posição tudo aquilo né e aí quando a gente entra nos serviços e vê que aquilo é muito mais difícil do que aquilo que a gente sonhava, e aí eu acho que a gente acaba adoecendo (Entrevista Coletiva).

Foram unânimes as **queixas sobre como a saúde mental das entrevistadas tem sido afetada pelo trabalho**. Ainda houve presente o descontentamento sobre o modo como a gestão dos serviços encara essas questões que, quando não ignora ou desvirtua os pedidos de ajuda, acaba indicando apenas meios paliativos de lidar com a problemática. Assim, o foco principal acaba sendo o cumprimento da jornada de trabalho e das tarefas a serem realizadas, não havendo espaço para uma preocupação com a saúde das trabalhadoras.

A instituição em si, na qual eu tô vinculada, não presta nenhuma assistência para a questão da saúde do profissional. Tem um caso recente de uma pessoa que foi pedir uma ajuda, em relação a uma questão que tava se tornando física já. Tava passando do nível mental pro nível físico, e essa pessoa foi conversar, num tom de pedir ajuda para essa instituição e a resposta que a instituição deu, além de recomendar licença, foi de que talvez essa pessoa deveria rever com o profissional que ela estava sendo atendida de que, talvez, o diagnóstico dela não estava certo e de que ela deveria ir num cardiologista (Entrevista Coletiva).

[...] eu rompi o ligamento do pé esquerdo no trabalho e um colega me levou no pronto socorro e tal, fez todo procedimento, a gente trabalhava na rua, só comunicou e tudo bem. Quando foi pelo [instituição], que aí foi o pé direito, rompi ligamento, quebrei fíbula, perdi cartilagem do joelho e coisa e tal, eu estava na rua, fazendo o meu serviço, caí, uma laje falsa, coisa do calçamento da prefeitura, culpa da prefeitura (risos). Aí a colega, não vou citar nomes, viu eu cair, não podia levantar, meu pé na hora inchou, não tinha como levantar e ligou para a [gestão]. A [gestão] disse “Deixa ela aí e me chama um familiar e vem assinar teu ponto...” Isso foi o suporte que me deram, institucional. Aí, o que aconteceu, claro que a colega não me deixou, mas também chamou meu marido, filho até a vizinhança inteira (risos). Fiquei 10 meses e tô esperando cirurgia ainda... só para justificar. Quando eu disse que não gosto de trabalhar, é por esse motivo. É isso (Entrevista Coletiva).

Desse modo, a condição psíquica das profissionais é constantemente demandada, podendo até mesmo afirmar que o bem-estar mental é essencial para que seja efetivado o acolhimento do sujeito e suas necessidades perante o serviço de saúde. Ademais, a negligência das trabalhadoras perante a gestão agrava consideravelmente a saúde das profissionais causando sofrimento e distanciamento do papel genuíno daquele que atua junto ao campo da Saúde.

Eu acho que o trabalho tem uma relação super direta com possibilidade ou não de se manter uma saúde mental integrada assim, íntegra. Porque a gente passa muito tempo das nossas vidas dentro do ambiente de trabalho. E acho que cada vez mais

as pessoas têm passado tempo dedicando a vida ao trabalho, e sobra muito pouco das outras coisas. Então eu vejo que se não tem uma realização, é mais difícil de se manter saudável (Entrevista Individual).

[Sobre o trabalho afetar a saúde mental] Sim, bastante, né. Se tu tem uma cobrança perpassada pelas questões da sociedade, pelo mundo competitivo, daqui a pouco tu está se sentindo tão cobrado de várias formas que, bom, como é que isso repercute na tua vida pessoal, isto repercute na tua saúde física e isto repercute na tua saúde mental, com certeza, né. Tu levantar, tu acordar todos os dias para tu ir num espaço onde tu é mal remunerado, onde tu tá vai ir para um lugar que tu não quer trabalhar, né. Qual é a motivação? O que isso vai repercutir na tua vida? Então isso a gente tem um monte, a gente vê bastante na rede de saúde, as pessoas reclamarem do trabalho (Entrevista Individual).

Uma coisa que eu defendo para a saúde mental... Eu sempre digo que as pessoas da saúde mental deveriam ter férias um pouco mais assim. Não só uma vez. Mesmo que seja dividida, porque eu divido. Eu divido 15 e 15. Porque se eu tirar 30 eu vou sentir muita falta em outro momento. Então eu acho que tu, quando tu tá encucada no serviço, aquilo vem com muita força. Assim como, eu também consigo separar, mas tem momentos que não. Então aquilo fica num lugar, te desacomoda, te deixa cansada. Costumo dizer que eu ainda tenho gás e que eu acho que a gente adoce né, sim (Entrevista Individual).

Aqui [no serviço] a gente tem muita garra sabe, muita força de vontade. A gente faz muitas coisas sem condições, assim. Nosso sofrimento, digamos, que é mais um... Não sei, né? Não tô na cabeça de cada um, mas é mais um cansaço, um "stress", uma fadiga... Coisa assim de... Sabe? Cansaço físico, também, não é só mental né, das coisas que a gente faz e a gente tem que fazer por nós. A gente tem que se virar para acontecer as coisas. Uma ajuda a outra, sabe? (Entrevista Coletiva).

Então começam a surgir os sintomas relativos a saúde física e emocional, que indicam que algo não vai bem. Estes podem ser problemas de memória, como esquecimentos, insônia, além da fadiga e cansaço extremo.

Por exemplo os esquecimentos, né? Como aqui a maioria é na faixa dos 40 e poucos anos, a gente fica "Ah, eu tô ficando velha, tô ficando velha". Mas, às vezes, a gente tá que a gente tem um acúmulo de tarefas, de coisas para resolver, pra pensar, e isso também afeta o esquecimento (Entrevista Coletiva).

Ahm... fisicamente assim eu percebo insônia, insônia. (Entrevista Individual).

A palavra "**esgotamento**" foi bastante citada pelos entrevistados. Isso demonstra o quanto o quadro da saúde mental dos trabalhadores da saúde encontra-se preocupante. Além disso, mesmo não expressando literalmente, é possível perceber, por meio dos relatos, que a sensação de esgotamento não é algo incomum neste meio de trabalho.

Por exemplo a nossa avaliação aqui, é que nós, que já temos 20 e tantos anos, já estamos adoecendo no trabalho. [...] A gente está cada vez mais, se esgotando, né? E a gente fica brincando assim que, na verdade não por... Como eu vou te explicar, talvez por tudo... pela condição... Mas não por não gostar do trabalho, que a gente gosta muito. Ainda bem. Não é pela atividade, ainda bem. O investimento ele segue

ocorrendo, entendeu? Mas eu digo assim ó, o cansaço no atendimento, um esgotamento da equipe e isso não é visível, é só cobrado o tempo, entendeu. Tem que ter 30 anos, tem que ter "x"... entende? Não há um cuidado com o servidor... Aí daqui a pouco tu começa... o esgotamento vai indo, e tu começa a adoecer (Entrevista Coletiva).

Quem cuida da saúde mental de quem cuida da saúde mental dos outros? É um esgotamento, é um pouco disso. E deveria ser 25 anos. Minha tese é que tinha que ser especial, tanto quanto o magistério. Não sei para quem levar essa bandeira... Acho que lá pro... Que agora eles querem que aumente ainda, né? Mas, justamente, não tem condições. O que vai acontecer? Vai acontecer um adoecimento enorme, maior... as pessoas não vão conseguir... (Entrevista Coletiva).

Eu acabei de voltar das férias né, então agora eu tô muito bem obrigada! Cheia de energia né é para enfrentar mesmo tudo isso, me puxar para cima... de um jeito bem-humorado até, não permitir certas coisas, conseguir cortar essas coisas de fofoca, [...] Então agora tô com essa disposição, mas as vezes eu me sinto esgotada, antes das férias eu tava muito esgotada, é por todos os lados né, também a ameaça de não receber salário, ficam acenando, isso também é uma coisa que joga a gente pro básico né, "ah não isso não pode faltar isso..." , Aí leva, enche a assembleia né, então todos os outros problemas né, a gente já fez greve, foi a mesma coisa né... (Entrevista Individual).

É, eu posso dizer assim, como desde o início eu falei, eu gosto muito deste trabalho. [...] Sabe quando tu te enxerga e te vê "Pô, é legal o meu trabalho", sou alguém que é importante aqui, não mais, nem menos, em relação aos outros colegas. Mas, também, me sinto muitas vezes assim cansada. E eu fico pensando, de vez em quando eu chego em casa, meu Deus, eu não carreguei peso, eu não demoli nada. Mas, é um cansaço muito mental. Por quê? Porque tu fica ouvindo uma história e o que que tu vai fazer com aquilo. Então o cérebro fica tentando elaborar para onde vai, aonde acomodar... Que tu vai né, que tu vai colocando pra aquilo ali e até tu acomodar tudo, cansa. E eu te confesso que, assim, são 10 anos de saúde mental. E eu agora venho dizendo que eu não sei se eu aguento mais 10 anos, né. Eu confesso que, agora, eu me vejo mais cansada. (Entrevista Individual).

Mas assim isso tudo claro, aí juntando com a parte mais burocrática da falta de apoio da gestão, das condições que a cidade se encontra, no momento desestimula um trabalho. A gente se sente cansada, chega uma hora que tu tá esgotada, que tu fica pensando assim "como é que eu sozinha, como profissional de uma equipe de apoio, quer dizer eu não sou responsável por estes pacientes, como é que eu vou ajudar este paciente, usuário né?", que, que tem uma demanda muito grave as vezes né. (Entrevista Individual).

[...] e a situação não era a atual, ela agravou-se, em termos de recursos, de acesso dos pacientes ao atendimento, à saúde. Hoje eu trabalho um turno, e eu saio daqui, em determinados momentos, detonada. No sentido de... a partir daqui... claro, a minha vida continua, eu consigo deletar, o sofrimento não vai para a minha casa, mas, o durante o meu trabalho e a 1 hora após, a sensação é de estafa. Eu saio cansada, exaurida. Não é um grande número de pacientes, mas o contexto social. O nosso contexto de trabalho, ele a cada momento ele está se complicando (Entrevista Coletiva).

O que motiva esse esgotamento, relatado pelas entrevistadas são as cobranças exageradas da gestão com foco em resultados, o cansaço relativo a sobrecarga de trabalho, remuneração atrasada, fadiga física e mental, desestímulo para trabalho em um ambiente

precário. Além disso, o trabalho no SUS faz com que as trabalhadoras tenham um constante contato com a vulnerabilidade social o que desgasta intensamente a saúde das profissionais.

As novas exigências impostas pelo mundo do trabalho também são produtoras de sintomas. Dentre essas imposições temos a competição entre colegas, a alienação do trabalho que, muitas vezes se faz necessária para que o sujeito permaneça produtivo. A desvalorização, seja ela subjetiva ou salarial, também pode contribuir com o quadro de adoecimento, já que para se manter as trabalhadoras, muitas vezes, precisar trabalhar em outras instituições ou até mesmo na informalidade para complementar a renda.

E sabemos que não tem lugar para todos, nem para nós nessa esfera né, o quanto é competitivo, o quanto a gente precisa se qualificar, ter um “currículo lattes” imenso para aí tá competindo uns com os outros né. Então tá chegando numa crise também desse trabalho e isso também nos adocece, o fato de eu ter que competir e não compor com o outro acho que é algo muito importante e que contribuiu muito para o adoecimento né, a questão da competição entre os trabalhadores (Entrevista Coletiva).

E também eu acho que a alienação do trabalho adocece as pessoas, porque tu enxerga ele como uma forma de subsistência né e não como uma forma de produzir como ser humano, e contribuir com algo muito além de ti. Mais isso também, eis aí uma coisa difícil de romper (Entrevista Coletiva).

Acho que tem muito adoecimento, muito mesmo assim. Principalmente... eu vejo os técnicos de enfermagem adoecendo muito, de inúmeras doenças assim sabe. Câncer, LER também, porque é uma classe que ela tem uma carga de trabalho muito alta e tem um salário que não dá conta. Ahm, e... acho que a questão do baixo salário ela interfere sabe, não sei se tem alguma literatura que fala sobre isso. Eu acho que quanto mais baixo o salário, mais fácil é de adoecer. Os agentes comunitários é a parte mais fraca, é desvalorizada. Muitas vezes dentro do posto de saúde o agente é tratado de uma forma diferente, então isso pesa (Entrevista Individual).

Para Dejours (2004), o corpo todo é engajado no processo produtivo: gestos, inteligência, capacidade de reinvenção e da personalidade. Assim, além da sobrecarga psíquica que o trabalho acarreta, o adoecimento físico também se faz presente, muitas vezes associado com o mental. Foram citadas pelas entrevistadas situações como câncer e Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) como frequentes entre os colegas. Adoecer faz sofrer, mas também não se pode ignorar que presenciar o adoecimento de colegas também produz sofrimentos à toda equipe.

Há 3 anos atrás, aqui no [unidade básica de saúde], a gente estava com 4 colegas saindo para tratar câncer. Isso deve querer dizer alguma coisa. Fora os outros que ficam que sofrem por elas, porque a gente sente e sofrem por tu tá ali né... e essas coisas elas vão né... A gente vai internalizando estas coisas e quando tu vê... porque que eu tô assim né, tem que ter um motivo (Entrevista Coletiva).

E a parte, assim também, do, do sofrimento dos gestores com a gente, dos que coordenam... Eu, como trabalho em dois lugares, eu tava vendo estes dias, eu só cuidando assim e observando o nosso coordenador. Ele é médico, também, e aí chegou um paciente, com a mesma queixa que a minha colega tava. O paciente tava com tendinite, braço imobilizado. E aí ele assim pro paciente "Mas tu não pode trabalhar assim, eu vou te dar um atestado, porque tu vai chegar lá e tu não vai poder trabalhar assim". E sendo que a minha colega tava trabalhando com uma tipoia, e ele nem olhou para ela. Então, isso aí eu acho que de maneira geral, é uma coisa que tá sendo muito deixada de lado (Entrevista Coletiva).

Desse modo, assinala-se que a produção de saúde está atravessada pelo sofrimento no trabalho e que, em muitos casos, as trabalhadoras continuam exercendo suas atividades mesmo doentes, evitando o afastamento. O modo como o trabalho se organiza na atualidade tem produzido uma série de sintomas afetando a dimensão físico e psíquico e não reconhecendo a finitude do corpo.

As entrevistas com as profissionais de saúde constituíram um espaço para a reflexão sobre os modos de constituir esse trabalho e do quanto este impacta sobre a produção de saúde e subjetividade delas. Assim, para evitar o adoecimento há, em grande medida, a elaboração de estratégias defensivas coletivas ou individuais.

4.4.4 Estratégias Defensivas

Na busca pela saúde e numa tentativa de evitar o sofrimento e até mesmo o adoecimento, as trabalhadoras lançam mão de estratégias que viabilizam a sua permanência no trabalho. Em alguns casos, não evita os prejuízos à saúde, mas minimiza-os, tendo uma importante função na proteção contra a descompensação psíquica.

As estratégias que emergiram neste trabalho foram sub-divididas em defensivas e de resistência. Enquanto aquelas relativas às defensivas buscam evitar o adoecimento, as que fazem o sujeito resistir tendem a evitar o sofrimento, sendo menos primitivas que as primeiras. Neste sub-eixo são trabalhadas as estratégias defensivas que foram, de algum modo, manifestadas pelas participantes durante as entrevistas.

As estratégias defensivas são fenômenos inconscientes que se constituem com o intuito de fazer o sujeito que sofre no trabalho suportar a realidade, quando já está intensamente desgastante. Tem uma dupla função: por um lado faz com que o trabalhador continue investindo naquele fazer, afastando o verdadeiro sentimento e evitando o seu

adoecimento. Entretanto, evita a real percepção da situação de trabalho, mascarando a realidade, alienando-o da realidade vivida no mundo laboral.

Para Dejours (1999), o sofrimento está sempre presente nas relações de trabalho. O que é possível é a transformação do sofrimento, mas não a sua eliminação. A maneira ideal de transformar o sofrimento é a partir da sua ressignificação e da obtenção de prazer que pode ocorrer especialmente por meio do reconhecimento. No entanto, esta mudança pode não ocorrer e aí entram em cena as estratégias defensivas.

Mesmo o reconhecimento sendo desejado amplamente pelos trabalhadores, raramente ele se dá de modo satisfatório. Por isso é, de certo modo, esperado que o sofrimento não transformado gere, a longo prazo, uma série de adoecimentos psíquicos. “Se o sofrimento não se faz acompanhar de descompensação psicopatológica [...] é porque contra ele o sujeito emprega defesas que lhe permitem controlá-lo” (DEJOURS, 1999, p. 35).

Desse modo, se desenvolvem as estratégias de defesa que podem operar de modo coletivo ou individualmente. As estratégias defensivas coletivas são fenômenos que ocorrem no contexto do trabalho e são compartilhadas por diversos membros de uma mesma organização e/ou categoria. Já as estratégias defensivas individuais, como o próprio nome já diz, operam de modo exclusivo, não sendo disseminadas entre o grupo de trabalhadores (DEJOURS, 1999).

Neste trabalho as estratégias defensivas identificadas foram: hiperatividade, alienação, silenciamento, aceitação da pressão para trabalhar mal, racionalização, reprodução da violência, banalização do sofrimento, bloqueio de vivência, negação da existência do adoecimento relativo ao trabalho, invisibilização da centralidade do trabalho, clivagem na relação, indiferença, despersonalização, individualização, hipermedicalização, conformismo, desesperança, desmobilização e desistência. Seu funcionamento e modo de manifestação serão detalhados a seguir, sendo exemplificado a partir dos comentários verbais.

Um modo de defender-se das intempéries vividas no trabalho é fazendo uso da **hiperatividade**. Se refere a uma ocupação excessiva, especialmente no que diz respeito a tarefas, evitando as possibilidades de encontro e espaços de reflexão sobre os processos de trabalho e o modo como o serviço se constitui.

Gaulejac (2007, p. 219), analisa a dimensão da hiperatividade no trabalho afirmando que esta diz respeito a uma sobrecarga que perdura nas relações laborais pois é considerada inerente ao trabalho e aceita de modo voluntário. É experienciada como uma resposta àquilo que é exigido pela organização. “Ela é fonte de orgulho, acompanhado de uma queixa pouco convincente de ‘vitimização’: ‘não aguento mais’, ‘estou esgotado’ [...]”. Se refere a um superinvestimento que surge para mascarar um sentimento de falta.

E eu fico pensando como isso chega nas pessoas e como a gente consegue provocar essa discussão e que chegue em outros lugares, porque isso que tu estava falando dos trabalhadores lá com os trabalhadores de fazer na própria equipe as vezes não tem um reconhecimento, ou as vezes muito romântico, um negócio muito romantizado, e muito distante da realidade [...], “eu venho aqui e bato meu ponto, e a gente nem tenho tempo para essas coisas não, nem para se aproximar dos amigos porque as pessoas conversam demais”. E aí a gente vai entender que o trabalho, como no hospital e nos residentes no hospital estão trabalhando 60 horas semanais dando assistência no leito, e aí a gente vai entender outras possibilidades de trabalho, isso aqui é um trabalho, sob outra ordem, [...] isso aqui não é besteira, é um processo seriado [...] (Entrevista Coletiva).

Assim como a hiperatividade, a **alienação** surge para mascarar a realidade dos fatos no trabalho. Esta estratégia, muitas vezes compartilhada coletivamente por diversos atores sociais, não somente de uma mesma categoria profissional, faz com que os trabalhadores vejam a realidade de um modo “melhorado” do que realmente é, criando ilusões e auto-enganos a respeito do quão penoso é o seu trabalho.

[...] mas uma coisa que acontece com os trabalhadores é que não se percebem que estão sendo explorados, percebe cansado e tal, mas dá graças a Deus que tem aquele trabalho, porque se não tivesse aquilo ali. E eu fico pensando as vezes por estar nas mesmas condições e a gente reflete, acho que é importante refletir sobre isso, mas como é que isso toma outras proporções para a gente chegar em outras classes trabalhadoras e pensar nos processos, como é que desloca as pessoas, como é que gera outras discussões (Entrevista Coletiva).

E aí tu toma umas... Eu vou tomar umas, pra relaxar... Toma cachaça e faz a reunião. (Risos). Mas aí ele tomar umas ele pode ser várias coisas, ele pode ser tomar umas para esquecer ou ele pode ser tomar umas pra ficar alegre, pra compartilhar, são coisas que a gente também... A galera costuma tomar sozinho em casa depois. Vou ligar a novela ou o futebol que aí eu não penso em nada mais ou menos ou fico pensando na crise daquelas pessoas e tomo uma ou duas (Entrevista Coletiva).

O **silenciamento** pode ser considerado um modo de alienação, já que está associado a um desejo de não falar sobre aquilo que causa desconforto. O silenciamento é uma estratégia usada para não alterar a estrutura da organização do trabalho. É como se concretizasse a ideia de que se não se fala, não existe; se não existe não há o que ser modificado.

Para Perez (2012), abordar temas sobre o trabalho ou a instituição pode soar como uma reclamação, sendo evitado pelos trabalhadores. É entendido de modo negativo e não como um modo de partilhar pensamentos e sentimentos, sendo também um modo de receber e ofertar apoio. Muitas vezes está associado ao isolamento no trabalho, pois não expressando aquilo que se passa, faz com que os indivíduos sofram de modo solitário, sem dar-se conta de que as vivências do trabalho perpassam o coletivo.

Eu acho que, muitas vezes, a gente não conversa, ou não fala, porque isso só acaba ressaltando a nossa impotência de mudar essa situação. A gente se sente, extremamente, impotente de poder mudar essa situação de sofrimento... Sim, a gente se dá, isso fica mais evidente, fica mais evidente que tu não consegue fazer nada para mudar. É cutucar na ferida assim sabe... é tu botar o foco naquilo... E isso... se a gente não consegue mudar, muitas vezes a gente não quer falar, né? Isso pode trazer mais sofrimento. É pior... (Entrevista Coletiva).

A gente tem muita liberdade de expressar, mas a gente não tem resposta nenhuma. E aí, isso cai num vazio. Chega uma hora que a gente não fala mais. É assim que é o processo (Entrevista Coletiva).

Romper com as barreiras impostas pelo silêncio faz com que se perceba as dificuldades existentes. Isso, inevitavelmente, causa desconforto e sentimento de impotência perante a grandiosidade das problemáticas a serem enfrentadas. Entretanto, a fala que também rompe o isolamento, já que quem fala, fala para alguém, é o primeiro passo para a reflexão compartilhada e possíveis mudanças, que no âmbito do trabalho, se dão essencialmente quando existe uma força coletiva.

A **aceitação da pressão para trabalhar mal** (DEJOURS, 1999) também surge durante as entrevistas. Tal estratégia aparece quando uma trabalhadora está se destacando perante as demais, realizando mais atividade ou de melhor qualidade, o que causa incômodo na equipe. Para não ser isolada do grupo e evitar o sofrimento, passa então a diminuir o ritmo de trabalho, buscando uma adequação ao movimento das demais profissionais.

E eu ficava vendo as questões "Tá, mas e isto, e aquilo". E as pessoas "calma", sabe. E eu achava que, muitas vezes, ou também as pessoas não estavam fazendo e eu entrei num grande confronto, porque eu achava que podiam fazer mais, que podiam se dedicar mais, podiam se debruçar mais, não só pelo paciente, mas por uma situação geral. Ahm, e aí, também, querendo fazer mudança nas outras pessoas no sentido de "Bom, dá para ti ver o que eu tô vendo?, Né pelo meu prisma aqui?". Mas não dá. Então acho que todas as coisas eu comecei a acomodar de outras formas (Entrevista Individual).

A **racionalização** aparece como um modo de fornecer explicações para si mesma com relação a tomadas de decisões que podem, de algum modo, prejudicar o desenvolvimento do trabalho. Racionaliza-se para evitar o sentimento de culpa, já que se tratando do contexto de saúde, qualquer deslize pode impactar na saúde dos usuários.

Dejours (1999) analisa a racionalização, sinalizando que esta é entendida como justificativas adotadas para que os profissionais suportem o contexto de trabalho no qual estão inseridos, evitando o adoecimento. Cria-se assim uma racionalidade própria para dar conta da pressão imposta pela organização do trabalho.

E tipo aí daqui a pouco eu tenho que ir, daqui a pouco eu tenho que ir, daqui a pouco eu tenho que ir, sabe, e fico enrolando, enrolando pra sair de casa, enrolando, enrolando, enrolando... faço mil coisas pra não ter que chegar... pra não ter que chegar nunca, sabe... E até essa questão do parcelamento, eu digo bom já que não estou nem recebendo, vou também chegar mais atrasada, eu tô chegando um pouco mais atrasada sim (Entrevista Individual).

A **reprodução da violência** também é uma forma de defender-se do sofrimento no trabalho. É frequente o sentir-se violentado no contexto de trabalho, seja simbolicamente em função de todo o cenário que inclui más condições de trabalho, relações socioprofissionais frágeis, negligência por parte da gestão, entre outros modos, seja diretamente com palavras, sejam com ações. Assim as trabalhadoras, para suportar essa vivência acabam maltratando os usuários que também já são marcados, em grande parte, pela vulnerabilidade social. Essas ações demonstram certo embrutecimento provocado pelo meio de trabalho e que tem a função de fazer com o indivíduo que padece perante à sua vida laboral possa enfrentar, mesmo que de modo precário, esse sofrimento.

“Ah tá manipulando, tá se fazendo” a gente escuta muito isso, dói ouvir. Com algumas pessoas dá para conversar, outras são muito radicais né. E médicos que tão aí atendendo no dia-a-dia, isso é muito ruim, e também se sentem também muito maltratados pela prefeitura, aí parece que esse maltrato recai no paciente, sabe, começa a escapular, sabe, então... (Entrevista Individual).

[...] foi assim um horror! E era uma época que muitas pessoas estavam sofrendo esse tipo de assédio moral dentro da instituição, [...] foi muito grave, foi muito grave, as pessoas assim não conseguiam trabalhar e aí claro eu propondo fortalecimento da saúde mental na atenção básica quando o trabalhador não é escutado, daí isso gera uma série de situações nas equipes, as pessoas começam a se destratar, começa a reproduzir essa lógica quase perversa de tratamento um com o outro (Entrevista Individual).

É, porque essa é a coisa mais comum que tem, isso é o que a gente vê as pessoas se arrastam no posto, eu digo que tem uma equipe que eu vejo, eu vejo assim essa imagem uma equipe que se arrasta da sala de atendimento pra cozinha e da cozinha

para a sala de atendimento, e as vezes tem usuários esperando, esperneando, eu já vi cenas assim perversas de trabalhadores em relação aos usuários, um senhor que chegou de bengala, num sol a pino e ele parou no balcão e perguntou, pediu, eu vi toda a cena, acho que ele pediu um atendimento, faz bastante tempo, foi logo que eu entrei, e um técnico de enfermagem olhou bem para ele e disse assim “azar é o seu, eu fiz um concurso, eu tô aqui por mérito, não sei o que, não sei o que...”, então é quase que uma forma de se defender mas que não se justifica é, mas eu vejo isso que as vezes não tem muita diferença entre trabalhadores e do usuários no sentido do sofrimento... [...] (Entrevista Individual).

[...] então não é raro ter situações assim de explosão, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários porque o usuário tá vendo que a coisa não tá andando e aí daqui a pouco se irrita e bate no balcão e aí bom o usuário... Tinha uma médica que chegava atrasada, muitas vezes e aí teve um dia que uma usuária trancou ela dentro da sala e a mulher tava grávida e a usuária pegava a mesa e levantava a mesa a fazia bum, bum (barulho) em direção a médica, foi uma coisa assim, então tem essas situações assim, a gente vê que é um desamparo, assim. Eu brinco lá que a gente vive na guerra, é guerra..., porque assim tu não tem recursos pra atender os usuários (Entrevista Individual).

Associado a reprodução da violência, não menos brutal, há também presente no trabalho a **banalização do sofrimento** humano. Tal manifestação associa-se a indiferença, entretanto, difere-se no sentido de expressar certo menosprezo referente a dor alheia, especialmente em situações de vulnerabilidade pelas quais os usuários passam cotidianamente. Assim é feito uso de uma couraça para proteger a saúde mental e não se afetar de modo que isso inviabilize o trabalho.

[...] que a própria questão da, da situação de muita vulnerabilidade também dos usuários também, acho que isso pega muito. Eu tô num território [...] que tem situação de violência intensa assim, de violência cotidiana, de mortes de pessoas, de crianças, sobre o tráfico, algo que para eles é banalizado assim mas é banalizado conscientemente, porque a gente sabe que tá ali no corpo também o adoecimento deles e isso também vem para gente porque a violência é algo maior, que a gente não consegue, que a gente não consegue dar conta, e eu sempre fico pensando nessas questões, e também vejo que as vezes esse não saber lidar as vezes causa distanciamento dos trabalhadores e por vezes também um sofrimento, então é isso assim... que eu tenho percebido assim, que eu tenho pensado (Entrevista Coletiva).

Nos toca e a gente acaba se afastando. Que eu acho que também acontece isso quando a gente lida com questões de muita vulnerabilidade. Porque a gente também tá na vulnerabilidade, aonde a gente não tem a retaguarda que a gente necessita então tu olha para o outro também e se distancia, [...] faz esse recuo (Entrevista Coletiva).

Dos trabalhadores assim, porque quando tu vai atender o usuário que também está numa questão de vulnerabilidade, que não é a mesma que tu, mas que é uma vulnerabilidade. Tu tem alguma atenção precarizada, não consegue normalmente, dá algum contorno ali, tu te vê impotente e vem para trás e as vezes também criminaliza o usuário por tá nessa condição (Entrevista Coletiva).

A banalização do sofrimento também ocorre em relação às vivências das colegas. Aquilo que faz sofrer e até mesmo situações de acidente de trabalho, como relatado abaixo, são menosprezadas. O sentimento é de solidão e desamparo, em que as trabalhadoras afirmam que poucos são os colegas que demonstram preocupar-se uns com os outros.

[...] me veio agora um caso de uma colega, uma senhora que ela tem aquele perfil no trabalho que ela é super a mil, [...] é rápida, bem rápida, [...] e aí ela veio correndo e levou um “resbalão afu” porque o piso tava úmido [...]. Aparentemente foi um tombo muito inofensivo mas ela rompeu ligamento, ela ficou, tá há mais três meses afastada e... não se fala disso, não se fala. [...] a funcionária tá de atestado, não se fala disso, não se registrou isso, acidente de trabalho. Ela não quis, na cabeça dela culpa foi dela, porque quem mandou ela vir correndo, ok mas o chão tava liso, resvalando, tava úmido. E tá super nova tá afastada do trabalho, e ninguém liga, inclusive nem eu, é uma coisa assim simplesmente desapareceu do trabalho [...] (Entrevista Individual).

Mais recentemente algumas situações apareceram também assim num posto, a equipe montou uma situação para pregar uma peça entre aspas, para uma técnica de enfermagem, essa mesma técnica de enfermagem que coordenava o grupo de saúde mental saiu da UBS porque pegaram o celular dela e fizeram de conta que ela tinha sido roubada, só que ela nem tinha começado a pagar o celular ainda, ela entrou numa angústia quando ela foi procurar o celular e a pessoa que estava na recepção, ou alguém que tava por ali disse “não o teu celular acho que foi roubado...” [...] ela claro aí ela explodiu (Entrevista Individual).

É, de desamparo, diante de tamanha demanda assim. Recentemente saiu uma reportagem na Zero Hora de uma usuária que foi acionada, foi agendada consulta dela só que tinha morrido, não sei se tu viu, e se a gente for a fundo nisso tem muitas situações assim lá, porque assim ahm, e principalmente em relação a saúde mental que o fluxo agora a pouco tempo foi estabelecido e eu tenho certeza que isso é muito parte do meu trabalho assim sabe de poder dizer para as equipes, existe um CAPS sabia, “CAPS o que que é CAPS?”, existe um CAPSi [Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência], um CAPS II e um CAPS AD [Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas] em [município], “ah é mesmo e o que se faz lá?” “Ah se o paciente tá ruim eu posso encaminhar?” Não, vamos ver o que que é tá ruim, como é que tá. (Entrevista Individual).

A banalização do mal parece se propagar em ambientes assim descritos. Dejours (1999) empresta este conceito da filósofa Hannah Arendt (1963) para falar das relações cotidianas no trabalho, em que o outro é coisificado e desumanizado. Há uma afronta aos valores morais e atitude ética dos trabalhadores que, para manterem seus trabalhos, passam a minimizar a gravidade de procedimentos que gera questionamentos internos sobre seu próprio caráter. Sá (1999) sinaliza que a banalização da dor e do sofrimento no campo da Saúde é percebida por meio da excessiva burocracia, corporativismo, omissão e distanciamento dos profissionais, falhas éticas, que repercutem em um ambiente escasso de respeito e solidariedade entre profissionais e para com os usuários.

A dificuldade de olhar para si, para o seu trabalho e para aquilo que faz adoecer, aliena o trabalhador do contexto real dos serviços de saúde. Desse modo, estes profissionais parecem **bloquear algumas vivências**, o que, como consequência faz com que o sofrimento do usuário-trabalhador não seja identificado pelo profissional da saúde. Quando ocorre é minimizado ou então entendido como má-fé.

E a cobrança que tem tanto do gestor, como dos usuários, da população em geral assim, então acho que também a gente precisa melhorar as condições de trabalho sim e a organização do trabalho desses profissionais, porque isso também eu acho que é uma coisa que faz com que eles neguem completamente a questão de enxergar o usuário, porque se eu enxergar que o usuário tá adoecendo por conta do trabalho eu também tenho que me dar conta e o que eu vou fazer com isso né?! Porque, muitas vezes assim o se dar conta e não poder fazer nada com isso é muito adoecedor... [...] Mas tem sido, a gente tem visto muito, em todos os locais que a gente vai e que fala sempre vem muita queixa dos profissionais de saúde (Entrevista Individual).

Então eu acho que é difícil, porque se mistura [com o sofrimento do usuário], porque é um cuidador ali que não tem também esse espaço de cuidado, precariedade, então tem sofrimento. Se perguntar para as equipes ou está em atendimento fora, SUS enfim, ou está tomando medicação, tão se cuidando de alguma forma por esse sofrimento, mas não sei em que medida ele vai poder reconhecer, consegue reconhecer que o sofrimento é do trabalho dele, se ele vai conseguir discutir isso com o usuário assim, de poder dizer olha quem sabe o trabalho tá te fazendo sofrer, enfim (Entrevista Coletiva).

Mas o pessoal psi [...] eu não vejo demonstrar. Eu vejo até, assim sei lá as vezes eu fico até “Bah, a galera super forte né?”. Só eu, só eu sofro. Eu vejo mais ou menos assim. [...] Não sei... É tem essa coisa de ter que sustentar porque tu é psicólogo que tu não pode chorar, tu não pode.... (Entrevista Individual).

Assim, a partir do bloqueio de vivências próprias, esses profissionais passam a **negar a possibilidade de adoecer em função do trabalho**. Como consequência, isso provoca uma dificuldade no acompanhamento e orientações adequadas em relação a esta mesma para os usuários. Assim, esses profissionais passam a considerar os problemas relativos ao trabalho como algo “leve”, evitando dar-se conta da real gravidade.

Eu cheguei a te comentar. Pacientes que chegam aqui eles não veem, normalmente... Não é tão comum vir pessoas que são transtornos leves. São pessoas que tem problemas maiores. Então, esses problemas maiores, não começam, tanto assim, na questão do trabalho. Não é uma depressão leve (Entrevista Coletiva).

Porque, normalmente, o pessoal da saúde, trabalhador, tenta fazer o nexos causal, né? Então, assim, a gente não vê nexos causal, o que causou a doença com o trabalho. 20 anos de CAPS eu não me recordo de nenhuma situação. [...] Agora, a gente faz aquele encaminhamento a partir... Eu te disse, é o contrário, né? O que a gente recebe? Pessoas que estão afastados que já estão em benefício ou que nunca trabalharam. Que já tem uma gravidade. Que já tem uma gravidade. E aí a gente encaminha para o trabalho, é o contrário... Geralmente é. O trabalho é mais uma perda que a pessoa tá tendo. Pela desorganização, né? (Entrevista Coletiva).

A invisibilização da centralidade do trabalho é tida também como um modo de negar a potência dessa categoria social diante da produção da subjetividade, saúde e adoecimento humano. Assim, não se reconhece o papel do trabalho como constituidor do sujeito de suas habilidades e fragilidades em relação a si próprio, como estratégia de defesa, e, por consequência, não há essa percepção a respeito do sofrimento do trabalho dos usuários.

Eu fico pensando nessa invisibilidade dessa categoria trabalho, eu não sei se as pessoas têm a consciência e têm essa noção de que o trabalho é central, porque no momento que tu individualiza tu tem essa categoria trabalho tão claro, tu tem como um modo de subsistência, trabalhava, recebia o dinheiro que eu preciso para me manter na sociedade, mas eu fico pensando enquanto, a gente não discute mesmo esse adoecimento no trabalho porque a gente não discute trabalho, e aí as pessoas quando chegam a adoecer, dificilmente elas conseguem fazer essa relação que o trabalho que elas tinham era um trabalho que causou sofrimento, então é difícil para o profissional entender isso e para o usuário também ter essa noção, é algo bem difícil, e eu vejo cada vez mais invisível e que tem a ver com as novas configurações do trabalho (Entrevista Coletiva).

Há uma dificuldade em reconhecer o sofrimento psíquico relativo ao trabalho do usuário, o que pode ser explicado por esta **clivagem na relação** aprofundada por uma suposta diferença entre ser profissional do SUS e ser usuário, não reconhecendo neste sujeito o seu viés trabalhador. Assim considera-se essa desagregação, uma estratégia defensiva para lidar com o sofrimento do seu próprio trabalho, já que se as profissionais entrevistadas não reconhecem o sofrimento do usuário, passam a negar e se distanciar das possibilidades de reconhecer o seu próprio sofrer no âmbito laboral.

No ano passado eu fiquei no CEREST [...] e nós fizemos alguns matriciamentos nas equipes de saúde da família e o que aparecia era mais o sofrimento dos trabalhadores das equipes do que identificar esse sofrimento no outro, no usuário, então a gente percebeu que há uma dificuldade em perceber o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho e que, muitas das vezes, esse sofrimento não é associado ao trabalho e também não havia notificação do sofrimento relacionado ao trabalho, isso era uma das questões assim que ficavam bem latentes (Entrevista Coletiva).

[...] eu tava no CAPS também no ano passado [...] que tinha relações assim bem, tinham muitos usuários que tinham sofrimento psíquico em decorrência do trabalho nas fábricas de calçados que tem lá, só que isso não era identificado na equipe. E até uma vez eu falei, numa reunião de equipe que o trabalhador ele poderia estar com sofrimento relacionado ao trabalho, e isso não, isso não pode aparecer, não poderia aparecer, porque existiam trabalhadores na própria equipe que estavam sofrendo e isso poderia dar margem para que os próprios trabalhadores da equipe também dissessem que o sofrimento deles estava relacionado aquele trabalho, então eu percebi muito uma questão assim de transferência mesmo, eu não sei se é isso, por que isso acontece, mas na equipe tem pessoas que estão em sofrimento e ao mesmo tempo tu não identifica o sofrimento do usuário relacionado ao trabalho assim. E até isso foi uma situação de conflito que gerou, por que não, isso não era [reconhecido como] um sofrimento relacionado ao trabalho do usuário (Entrevista Coletiva).

E eu também acho que falando também rola um... rola um pouco da questão de espelhamento, que a gente vê, o outro tá sofrendo tanto quanto a gente então fica um pouco difícil de olhar (Entrevista Coletiva).

Porque sente que não está sendo visto, valorizado, aí também desvaloriza, e não toca no paciente, as vezes mal olha, mas aí o paciente, "ah mas e o doutor nem olhou pra mim, já fez a receita, não me escuta..." (Entrevista Individual).

Isso faz com que o sentimento de **indiferença** perante a dor do outro se propague, em que o usuário passa a não se sentir acolhido e atendido na especificidade da sua busca ao serviço de saúde. Essa estratégia de defesa se dissemina na equipe, tornando seus membros insensíveis até mesmo diante da fragilidade de um colega, que evitam afetar-se por algo que é expressado individualmente, mas que se constitui como uma problemática coletiva. Ignora-se o sofrimento da equipe, evitando compartilhar essa vivência, o que faz com que o indivíduo que expressa essa sofrer, sofra sozinho.

[...] as coisas estão muito naturalizadas, e talvez porque também não se atribua ao trabalho (Entrevista Individual).

[...] como tu tem uma sociedade, uma sociedade com uma repressão sexual muito intensa que impede que tu pratique a solidariedade com as outras pessoas, porque tu não pode investir nelas, seja por temores homoafetivos, até tu ter algo restrito a pessoas específicas e não a humanidade como um todo e eu acho que isso com certeza, eu vejo isso até hoje, assim quando tu se impede, por exemplo, uma cena que eu presenciei assim, uma trabalhadora chora por causa do salário e a reunião continue com as pessoas sentadas, entendeu, não se abraçam, não se tocam, enfim não se olham, nem o olhar eu acho que se permite fazer e quanto que isso é um entrave direto para ti te afetar com a expressão do outro e eu acho que com certeza são formas de defesa, além de ser uma forma de subjetivação muito perversa que tem a ver diretamente com o asujeitamento, no caso ele estava analisando uma sociedade fascista assim, mas eu acho que dialoga com o que a gente tem hoje (Entrevista Coletiva).

Que nem a trabalhadora do CAPS que dorme, ela dorme... Mas é um nível severo de dormir assim, ela dorme em pé nas reuniões assim, e a galera ri e bom, é engraçado alguém na tua frente despencando, mas... [...] Assim, teve um dia que ela dormiu na frente da gestão de pé. Que foi o dia para mim assim, bom se tu não consegue, se a chefia está ali e tu está dormindo de pé na frente da chefia, é porque é muito além da tua vontade controlar esse sono, porque ninguém quer se incomodar com isso, bom na frente do chefe eu vou pelo menos parecer que tá tudo bem, é isso assim, e aí a gente deu uma conversada com ela assim, mas eu não tenho a menor abertura assim para isso é, e é aquela estrutura da equipe e aquilo ali já virou uma cena cômica assim, ela dormindo e a galera rindo. [...] mas dá para ver que ela carrega, inclusive de ela sofrer, ela sofre com isso assim, vai ficar nesse plano mítico aí de dar risada toda vez que ela dorme a gente não consegue olhar isso sabe, tá na nossa cara, tá caindo na nossa frente, e a gente tá, eu tô lá há um ano (Entrevista Coletiva).

Também há o relato de que alguns profissionais desenvolvem certa frieza e distanciamento afetivo, indicando uma **despersonalização**, em que a dor do outro não sensibiliza. O enfoque está naquilo que é prescrito não havendo uma singularização no

cuidado em saúde, não deixando ser afetado pelo sofrimento, seja do usuário, seja do colega, objetificando a sua relação com as pessoas, como se fosse instrumentos ou números.

[...] esses relatos muito sérios que te impactam, a gente não tem como, até porque tu é humana, e que bom, porque se tu, se nada te tocasse seria mais complicado, tem gente que eu vejo, profissionais que parece que nada toca, que falam, que tem uma carapaça, que só botam regras para o paciente não chegar, não chegar, não chegar, tenho escutado muito assim, “ah não esse diagnóstico não adianta tratar, não...” sabe como se a pessoa fosse um número e não um ser com muitas possibilidades, então eu tento sempre tá desconstruindo isso porque as vezes até o próprio, “ah eu sou bipolar, eu sou...” eles decoram algumas coisas, e eles se botam o próprio clichê, então poder desconstruir isso dá trabalho, mas eu acredito assim né (Entrevista Individual).

[...] quando que você consegue finalmente convencer as pessoas, os usuários a serem atendidos o acolhimento é uma porcaria, porque o trabalhador tá endurecido ou simplesmente está desatualizado, tu faz todo um “auê” pra que as pessoas de fora daquele espaço entrem e quando chegam lá é mal recebidos, então eu nunca mais vou voltar [...] (Entrevista Coletiva).

Desse modo ocorre a **individualização**, já que quando este não é partilhado entre a equipe, acaba não tendo espaço para elaboração e possível superação. Associado a isso, o sujeito é culpabilizado, já que não “suportou a pressão”, em função de uma suposta falta de recursos pessoais, segregando a influência coletiva e laboral no sofrimento. Vivencia-se o sofrimento de modo individual, mesmo sendo produzido no coletivo de trabalho e busca-se lidar com ele também individualmente, seja por meio de acompanhamento médico, uso de medicações, psicoterapia e outras alternativas que dependem exclusivamente do sujeito para serem realizadas.

Isso me passa aquilo que a gente tem visto muito, também. A gente tem visto aqui, também, em relação a vocês aos usuários. A individualização do problema. Tu tá com um problema, então tu vai num médico, vai num psiquiatra, toma medicação, individualiza o problema. Não se vê como algo coletivo. Não se vê como algo que é fruto do ambiente de trabalho. De algo que todos nós estamos inseridos. Que não é só este ambiente, que é toda a estrutura da instituição, que é a estrutura da, da instituição de ensino, também. Não sei se vocês têm percebido isso? Se vocês têm, de alguma forma, se tem se dado conta de quanto isso também adocece. De dizer “Olha, o ambiente é um problema teu. É tu que é fraco...” aquela coisa. “Não é resistente a pressões. Não sabe trabalhar sob pressão”... (Entrevista Coletiva).

Isso acaba individualizando também a saída dos problemas, tu passa a não mais discutir os problemas com as instituições. Tu passa a resolver tudo, o teu contexto lá, no máximo familiar ou... Porque tu responsabiliza o sujeito e não o contexto social completo (Entrevista Coletiva).

Ahm... eu vejo assim dos médicos, eu vejo que eles não se jogam de cabeça, quando eu digo assim não se jogar de cabeça... Eles não se envolvem tanto, eles fazem o trabalho deles, eles dificilmente fazem rede, muito difícil... Muito individualizados,

mas é uma forma de proteção assim, claro eu critico muito isso porque... (Entrevista Individual).

Antes eu tava falando que o CAPS tende a individualizar o sofrimento é, tu transforma um desdobramento de uma sociedade inteira, que é uma sociedade capitalista, em um diagnóstico entendeu, e aí tu vira o grupo das pessoas com LER sabe, ou que tu fala de LER, mas não porque que o trabalho causa esse tipo de coisas nas pessoas (Entrevista Coletiva).

Para dar conta da realidade do trabalho no contexto da saúde, as profissionais sinalizam que o uso de medicações é frequente e comum. Assim, quando o adoecimento aponta a **hipermedicalização** entra em cena. Ocorre para possibilitar a continuidade do trabalho, mesmo em momentos em que a saúde padece. A automedicação também ocorre, tanto para comprometimentos físicos, quanto psíquicos, tendo o efeito de evitar o afastamento do trabalho, seja ele de alguns dias ou meses.

É o que eu vejo assim, as pessoas que são dessa área médica há mais tempo, as próprias psiquiatras [...], mas o pessoal da enfermagem, a enfermeira, a técnica em enfermagem, o pessoal se medica demais, se entope de medicação, e no máximo busca sim [medicação] psiquiátrica e pra saúde física também, então é analgésico direto, como é que chama? Relaxante muscular [...] (Entrevista Individual).

Olha, até vou te falar de forma mais geral porque eu desconheço um pouco das equipes assim. Mas eu vejo até de colegas minhas de formação, várias pessoas usando medicação e as vezes assim até optando pela medicação ao invés da terapia, psicólogos assim, eu fico super triste, eu nunca fiz uso de medicação psiquiatria, mas acho que por isso porque eu sempre insisti na terapia, na análise então. Mas eu vejo que hoje em dia assim, pelo menos os colegas não psi, a maioria usa medicação, os enfermeiros, as agentes de saúde, praticamente... Ah acho que 90% dos que eu converso usam medicação psiquiátrica e se automedicam, e pegam do colega, "ah eu não tenho, pega do colega, da vizinha", bem forte, bem forte, mas claro os colegas psi assim eu vejo menos assim, mas na verdade não falo muito sobre isso também, mas dos mais próximos eu vejo que tem... [...] Da sociedade, uma loucura... mas é isso assim então... (Entrevista Individual).

E eu acho que quase todo mundo aqui, em algum momento da semana, toma alguma medicação para alguma dor. Muitas pessoas fazem uso de medicação para questão de sofrimento psíquico. E daí quem não tá com sofrimento psíquico, ou tá com dores osteomusculares, ou tá com outras questões clínicas como pressão. Então, dificilmente a gente vai achar no nosso meio, alguém que não tenha algum acometimento que, a princípio, pode não parecer do trabalho. Só que, do jeito que a gente tá se, se a gente tivesse uma saúde do trabalhador para nós trabalhadores que trabalham no SUS a gente ia fazer esse nexos rapidinho, entre o trabalho e o adoecimento, de atendente com tipo de adoecimento (Entrevista Coletiva).

[...] alguns [médicos] e essa [...] que pediu indicação [de psicoterapia] ela me disse que já tinha começado a tomar um antidepressivo, que ela tomou uns meses porque ela tava muito angustiada com tudo o que acontecia no serviço e com a prova da residência que ela faria em breve, mas acho que ela até parou assim depois ela parou a medicação e daí teve esse pedido por um espaço de fala assim (Entrevista Individual).

Percebe-se que a medicação aparece como uma alternativa em relação a outras propostas de cuidado em saúde, muito mais tendo a função de defesa do que de cuidado propriamente dito. Apresenta uma proposta atraente em função de proporcionar uma suposta melhora na condição de saúde a curto prazo e de maneira indolor, sem que haja um investimento psíquico e, até mesmo, financeiro maior. Isso ocorre geralmente quando há o disparo de alguns sintomas, fazendo uso de medicações com o intuito de “anestesiá-lo”, alienando-se do real vivido no trabalho, mesmo este não sendo um processo consciente.

Outra estratégia manifestada durante a pesquisa foi o **conformismo** diante das situações difíceis no trabalho. Pode ser vista até mesmo como um comodismo no sentido de não haver uma mobilização para mudança daquilo que afeta negativamente no trabalho.

Então eu não sei o nosso destino ali, o que eu posso te assegurar assim que eu gosto muito do que eu faço, continuo apostando, esses, as vezes esses obstáculos, essas dificuldades, mais (risos), mais eu fico com vontade assim de, que é muito as situações limites que a gente trabalha em saúde mental [...] Então eu acho que da mesma forma, a gente também funciona muito em situação limite [...]. Ou tu deixa cair e tu vira assim como o funcionário da nossa recepção, ele cai muito facilmente num pessimismo, e só falando mal de todo mundo, e qualquer coisa que tu diga ele já desacredita e muito derrotista e atrasando pro goleiro, constantemente e aí falta, sai mais cedo, “eu bato o cartão para ti, tu bate para mim”, essas coisa de trocas de favores, esse tipo de favor que tu acaba ficando muito enredado tem também nas equipes, as pessoas ficam mais pensando mesmo na sua vida pessoal e vai ficando um trabalho muito alienado... [...] E muito, muito impotente também, é sempre achando “ah não vai adiantar... não adianta falar... Ah não adianta reclamar, ah sempre foi assim, ah porque na época de tal era assim...” (Entrevista Individual).

A **desesperança** também é uma estratégia manifestada no âmbito da saúde. Desenvolve-se muito mais no sentido de uma não crença na mudança no decorrer dos acontecimentos. Assim como a **desmobilização**, essas duas estratégias atuam muito mais de modo a indicar uma passividade perante as ações dos sujeitos do que ativar sentimentos que indiquem alguma ação.

Mas assim é, eu não tenho muita, embora lute por isso assim, eu vejo que é um trabalho hercúleo, sabe a história, o mito do Sísifo que ele carrega a pedra até lá em cima, daí a pedra rola, depois tu volta, esta é a sensação que se tem sabe, na questão da luta por relações por uma, por de trabalho mais justas, mais adequadas, por um atendimento mais adequado por um movimento dos trabalhadores em defesa da sua saúde [...] (Entrevista Individual).

É então, e como esses movimentos são perversos assim, de... Bom estamos nisso assim, já está passando de que o salário seja mobilizador assim, eu fico pensando o que mais que precisa acontecer, o que mais que o capital vai tirar dessas pessoas para que elas se mobilizem (Entrevista Coletiva).

As estratégias defensivas acima citadas levam também a uma **desistência**, um desinvestimento no trabalho desenvolvido e na profissão desempenhada. A desistência pode aparecer tanto no sentido de continuar trabalhando no mesmo serviço, mas sem o entusiasmo inicial ou pode ser literal, indicando a saída do local, seja por meio de transferência interna ou então saída definitiva por meio de solicitação de exoneração.

[...] eu tenho uma colega que disse uma frase que eu achei muito interessante, ela disse assim, e ela é uma militante da saúde mental, uma pessoa super engajada, eu aprendo muito com ela, e ela disse assim “eu desisti na verdade, eu não me realizo mais profissionalmente aqui, eu venho aqui faço o que tenho que fazer, mas eu estou feliz quando é com os meus filhos na minha casa cozinhando”, eu fiquei assim ahhhhh (espanto), “no meu pilates”, ela também faz pilates e é isso assim, eu não tenho mais nenhuma esperança nessa estrutura, nesse... Impressionante. E ela tem razão, por que assim esse serviço é um serviço porque que fica mudando de coordenação, onde ela trabalha, é geralmente são coordenações que não tem vínculo nenhum com a saúde mental, que nem sabe o que é, então tem uma pessoa que tá coordenando o serviço agora que tem uma formação hospitalar, nada a ver com saúde mental, entende (Entrevista Individual).

[...] só que no CAPS a instituição CAPS não... tem um outro olhar, é uma visão muito, ahm, muito difícil porque assim vai contra tudo que eu acreditava do que deveria ser um trabalho de CAPS assim como o trabalho do CEREST, e aí, e aí assim eu fiz uma parceria muito grande com uma outra colega psicóloga e a gente não... viu que não dava mais pra continuar e nós saímos juntas, quase juntas assim, a gente até pretendia continuar trabalhando juntas mas não foi possível [...] (Entrevista Individual).

A eficácia das estratégias defensivas reside no fato de que ocorrem de modo contínuo e relativamente estável. Isso faz com o que sujeito as reproduza e assim, possa retornar ao trabalho no dia seguinte, apesar dos obstáculos enfrentados diariamente (HELOANI; LANCMAN, 2004).

Assim, as estratégias defensivas, por mais que apresentem algum grau de nocividade à mobilização dos sujeitos frente às injustiças e discordâncias no âmbito do trabalho, em última instância, protegem a saúde psíquica dos trabalhadores. Ao mesmo tempo em que não modificam a organização do trabalho, faz com que estes retornem para o trabalho dia após dia, mesmo que alienados de sua realidade profissional.

4.4.5 Estratégias de Resistência

Para conviver com as adversidades do mundo do trabalho, os sujeitos fazem uso de inúmeras estratégias. Conforme discutido no sub-eixo acima, as estratégias defensivas são

teoricamente mais difundidas e pesquisadas no campo das práticas. Entretanto, ao realizar este estudo, outro modo de lidar com as dificuldades foi tomando forma, ao que foi intitulado de estratégias de resistência e possuem algumas características singulares em relação às defesas “tradicionais”. É uma possibilidade de lidar com o sofrimento, que diferentemente daquelas relativas as defesas, estas não mascaram a realidade, alienando o sujeito do vívido.

Ao mesmo tempo em que se identificou as estratégias defensivas, que já foram amplamente discutidas por Dejours (1999) e pesquisadores brasileiros (MENDES, 2007; MERLO; MENDES 2009; MENDES; ARAÚJO, 2011), percebeu-se ao longo das entrevistas e, posteriormente, à análise cuidadosa dos comentários verbais, que outro tipo de estratégia passou a emergir no modo como as profissionais da saúde vivenciam o seu trabalho.

As estratégias de resistência são intituladas dessa maneira, pois se referem ao ato de resistir ao sofrimento causado pelo cotidiano de trabalho. Apesar de presente, é possível lidar com ele e, assim, continuar investindo neste fazer. Ao mesmo tempo em que possibilitam o contínuo investimento na atividade profissional, ainda não modificam a organização do trabalho. Entretanto, não produzem alienação, pois fazem com que os trabalhadores tenham consciência das dificuldades, não as negando ou atuando de outro modo inconsciente. Mesmo assim, não produzem uma mobilização coletiva no sentido de transformação do modo como o trabalho se estrutura.

É como se as estratégias de resistência estivessem um passo a frente das defensivas, sendo menos primitivas e mais conscientes. De qualquer modo, ainda não são suficientemente potentes para se igualar à potência de mudança do contexto do trabalho. Está no espaço entre as defensas, que alienam os sujeitos da realidade vivida, e a mobilização coletiva que possibilita a transformação da organização do trabalho.

Assim, essas estratégias também têm a função de evitar o sofrimento e, por consequência, o adoecimento dos trabalhadores. Mas, ao contrário das defensivas, não impedem que estes sujeitos percebam a realidade vivida, com distorções ou indiferença, e que, de algum modo, produzem a manutenção do *status quo* vívido.

Diferenciam-se das estratégias de enfrentamento, conceito elaborado por Mendes (2007) e que se refere aos modos que os trabalhadores inventam para enfrentar aquilo que

faz sofrer modificando a organização do trabalho. O enfrentamento possui uma dimensão transgressora, já que vai além do prescrito, criando novas formas de organizar o trabalho, necessitando da cooperação entre os pares para efetivar tal transgressão (MORAES, 2013), o que não ocorre nas estratégias de resistência.

Enquanto as estratégias de enfrentamento convocam uma mobilização subjetiva que pode ser individual ou coletiva, as estratégias de resistência garantem a permanência do sujeito no trabalho, não necessariamente implicando em uma mobilização consciente. Também não implicam em modificações da organização do trabalho e no estabelecimento de laços cooperativos, já que na maioria das vezes se desenvolvem individualmente, não sendo comumente compartilhados pelo grupo que compõe.

Neste sub-eixo são apresentadas as estratégias de resistência identificadas, sendo elas individuais, em sua grande maioria, e coletivas em menor proporção, mas que muitas vezes se repetem em diferentes serviços. Dentre elas, podemos citar: compartilhamento do sofrimento; espaço de fala e escuta; supervisão institucional; coletivo fortalecido; humor; apoio das colegas; apoio dos usuários; respaldo legal; remanejamento (troca de serviço); atividades de lazer; apoio familiar; estabelecimento de limites; psicoterapia/análise; resgate do sentido do trabalho; e trabalho no âmbito do possível.

Dejours (1999) salienta que o ideal seria que os coletivos fossem fortalecidos dentro dos espaços de trabalho, onde houvesse espaço para a expressão da cooperação e da solidariedade. Porém, tais atos têm sido cada vez mais restritos em função das amplas modificações dos meios de produzir, aprofundando os abismos entre as pessoas. Por isso, as estratégias de resistência, mesmo não sendo aquilo que há de mais idealizado no meio laboral, surgem como uma possibilidade de resistir as adversidades e assim, quando possível, mais adiante, buscar sua transformação.

[...] a minha ideia é de dissolução do trabalhador para a coletividade entende, então a atividade que eu direciono, que eu acho que é papel, daí que a gente reflete numa ação de cuidado é essa assim, é só tu entender que tu não tá sozinho, que tu é uma equipe, e que quanto mais tu entender isso, maior é a tua resistência, primeiro resistência, porque gente está num momento que a gente só quer sobreviver e segurar um pouquinho para não ser tão atropelado né, mas daqui a pouco a gente não tá sozinho né, a ideia que eu reflito muito sobre isso assim é da prática de cuidado como misturador dos sujeito em prol do coletivo, e daí bom, a hora que estoura aí boiada ninguém segura né, eu acho que são ações muito micro assim as vezes tu pensa, “bah pô tô isolado”, mas eu conheço [...] por exemplo que tá fazendo

isso, tá dizendo “ah vamos lá” então eu estou encontrando pessoas no meu caminho que estão tentando dizer olha é possível um novo, tá mas o dedão lá de cima tá vindo e tá esmagando, tá esmagando e vai continuar esmagando e a gente não vai parar, a gente não vai parar (Entrevista Coletiva).

As estratégias que fazem com que o sujeito resista ao sofrimento são diversificadas e podem surgir de diferentes maneiras. Dentre elas podemos citar as possibilidades de trocas profissionais até mesmo com pessoas externas aos serviços, atividade física, desconexão com as questões relativas ao trabalho, psicoterapia, estabelecimento de boas relações com os colegas, recursos internos, formação continuada, entre outras, que são vistas como “brechas, respiros” que fazem com que aquele trabalho ainda seja possível.

E isso assim, também entre nós poder tá mais junto, poder trocar, trocas afetivas mesmo assim, de falar mais também sobre as coisas e também das estratégias individuais assim, buscar uma atividade física, se desligar no final de semana, são estratégias assim que as vezes são super radicais assim, “ah não vi nada, apaguei, apaguei”, mas que em alguns momentos são importantes. Fazer terapia, tudo assim, a gente vai lançando mão assim (Entrevista Individual).

É isso assim Karine, eu acho que a gente vai achando as brechas, acho que têm períodos que são mais difíceis, tem períodos que são respiráveis, eu tenho boas relações dentro das UBS, tem agentes de saúde que são maravilhosas assim, preocupadas com a sua comunidade, também muito cansadas, mas elas me procuram, elas fizeram curso agora de... curso técnico para agentes comunitários de saúde, e tem uma delas que é muito próxima a mim que pediu para orientar o trabalho delas, de algumas agentes, então é isso assim... (Entrevista Individual).

Então, eu acho que quando tu começa a buscar os teus recursos internos, ou seja, tua análise, teus recursos de aperfeiçoamento, de especialização, tu começa a entender um pouquinho toda esta trajetória, todo este mecanismo, toda essa dinâmica. E quando tu consegue ter estas parcerias no trabalho, as coisas vão sendo um pouco mais flexíveis, mais adaptáveis, mais tranquilas, mais elaboradas, mais construídas... Porque, senão tu fica muito só (Entrevista Individual).

Uma estratégia de resistência extremamente potente que é elaborada pelas profissionais de saúde são ações pontuais ligadas ao **ato de compartilhar o sofrimento** geralmente em espaços informais. As trocas com a equipe acabam sendo fundamentais para que a profissional não suporte sozinha situações críticas e que possa contar com o apoio, escuta e orientações dos colegas, seja relativo ao cuidado com os usuários, seja em função do próprio processo de trabalho. Considera-se aqui como uma estratégia de resistência, pois não são práticas consolidadas nos serviços e que tenham o potencial de transformar a realidade vivida e nem mesmo produzir uma mobilização coletiva, já que estas são ações de âmbito individual.

E tem momentos que “Bah, este paciente eu não consegui dividir, o que será? Será que tomei muito para mim. Tô me sentindo muito só com ele”. Mas então só em dividir isto com um colega, ajuda muito. Então, esta parceria é um espaço assim que eu acho fundamental. Tu confiar no trabalho do teu colega e o teu colega confiar no teu trabalho. Então, eu acho que isso, para mim, foi fundamental [...] (Entrevista Individual).

[...] as questões que sempre me remetem assim nos campos é tentar entender o histórico dessas equipes, como chegaram, onde estão, vejo que algumas delas conseguem, em alguma medida, eu acho que a partir desse sofrimento conseguem criar uma cumplicidade, conseguem falar disso abertamente, no sentido até de poder dizer “olha eu estou cansada” (Entrevista Coletiva).

Péssimo, péssimo [a saúde mental dos profissionais da saúde]. O que a maioria das pessoas falam é, porque as pessoas já vêm. Ah quanto tu fala, as pessoas não vão procurar a saúde quando estão bem, é sempre quando estão doentes. Então tu trabalha o tempo todo com a carga de doença. Por isso eu acho que algumas atividades simbólicas, fazem a diferença. Por exemplo, na saúde mental a gente busca fazer algumas confraternizações que seja fora do espaço de trabalho ou dentro do espaço de trabalho, mas que tenha espaço para isso, é então... Algumas estratégias que os próprios trabalhadores vão sugerindo. Mas também não é fácil tu implementar isso. [...] Algumas pessoas não aderem. Porque o que que acontece? “Eu quero sair logo do trabalho ir pra casa, para ficar com outras pessoas e não sei o que”. [...] Por exemplo, o pessoal da saúde mental não recebe insalubridade. Poxa eles atendem tuberculoso, atende uma série de questões e deveriam receber. Então agora, se juntou os três serviços de saúde mental e eles estão construindo um documento conjunto né para a questão da insalubridade. E eles discutem isso em reunião de equipe. E teoricamente eu participo, enquanto gestão. Eu não assino junto, mas eu não, não digo “ah vocês vão conversar fora daqui” a gente dá o espaço. Porque na verdade isso vai, é um processo frente à prefeitura, mas eu acho que... mobilizado por eles. [...] (Entrevista Individual).

Esta parceria com colegas também sustenta o trabalho muito interessante. Aonde tu consegue dividir, compartilhar. Aonde tu consegue, também, escutar e ser escutada. Por que a pessoa já se torna diferente ali, sabe? E ali eu encontrei muitas pessoas (Entrevista Individual).

O trabalho não pode ser, assim, sozinho. Isso eu vejo por que isso adocece sim, sabe. A saúde mental precisa deste compartilhar, precisa desta dupla, deste trio, desta coisa, assim “Bom, peraí, alguém pode me ouvir agora?”. Além da tua, da tua análise, num outro espaço, acho que isto para mim faz uma grande diferença. Acho que é... é tu conseguir multiplicar as coisas, porque senão... Eu confesso que eu não daria conta... (Entrevista Individual).

A existência de um **espaço de fala e escuta** acolhedor, mesmo que não seja a partir de algo institucionalizado, como por exemplo, reuniões da equipe, são essenciais para que o sujeito lide abertamente com o seu sofrimento. Assim ele pode evitar o direcionamento nocivo de uma situação dolorosa para si ou para os outros, o que poderia, caso não fosse possível a evitação, levar à elaboração de estratégias defensivas ou, em última instância, ao adoecimento. Esse espaço e as maneiras de compartilhar o sofrer, mesmo que pontualmente, podem ocorrer por meio de confraternizações, “hora do café”, durante a convivência da

equipe em espaços internos do serviço, especialmente cozinha, corredores, trajeto para casa-trabalho-casa, entre outros.

Conversando muito. Às vezes, tem a sala da equipe, às vezes, alguém sai do acolhimento, nem abriu a porta e já tá falando... (risos), da situação, dividindo, eu acho que esse é o meu jeito. As reuniões têm um momento que a gente para e fica todos nós, é um porre, mas a gente fala tudo que tem para falar. Já teve lugares que as pessoas não podem mais fazer reunião de equipe... Olha que horror (Entrevista Coletiva).

Eu acho assim que eles acabam acontecendo mais entre pares as vezes do que a equipe mesmo ter os seus espaços. De tu poder ter aquele trabalhador que tu te identifica mais, ou que tu vê entre os trabalhadores assim que ele se identifica com o trabalho daquele colega e ele divide mais com aquele colega, ele discute com aquele colega, as vezes coisas que ele não consegue trazer pra reunião de equipe ou que a reunião de equipe não dá espaço pra aquele diálogo assim (Entrevista Individual).

E aí eu vi que a medida que eu e uma outra trabalhadora a gente pode conversar mais, se aproximar mais, dividir isso que estava acontecendo, falar dos casos que tinha ficado em aberto, eu percebi assim que o sofrimento dela a gente pode achar outras formas de lidar assim com as coisas que tavam causando angustia assim pra ela (Entrevista Individual).

A gente tem uma turma que a gente sai, assim de vez em quando, ali do serviço que é legal tomar uma cervejinha. Então, eu acho que estas coisas vão te ajudando, a enfrentar aquele dia a dia que tu toma assim muito para ti (Entrevista Individual).

Sim, mas informalmente, esses espaços inclusive o e espaço de corredor, a todo momento. A gente tem um costume, quando acontece alguma coisa a gente fecha a porta e conversa na pequena equipe, conversa entre nós pra... Mas questão de setor daí, né? (Entrevista Coletiva).

Em algumas situações, o espaço de trocas se dá de maneira ampliada, em que várias pessoas da equipe se unem para apoiar uma colega ou mais. Em outros casos ocorre de modo reservado, quando duas pessoas conversam sobre as situações críticas, em que há um elo de confiança previamente estabelecido. São espaços informais em que a escuta se dá pelos pares e não pela gestão, por isso se considera como uma estratégia de resistência a especificidade dessas possibilidades de falar e escutar sobre o trabalho.

Deve-se lembrar que a identidade é constituída em grande medida a partir do olhar do outro e que esse outro na vida adulta ocupa o lugar daqueles que circulam nos espaços de trabalho. Para Sznelwar, Uchida e Lancman (2011), o sujeito se constrói e existe a partir da relação com outras pessoas, sendo estas fortemente atravessadas pelo ato profissional, e daí a importância da construção de um espaço coletivo potente e que faça uso de recursos produtores de saúde.

O espaço de trocas, muitas vezes é fomentado pela **supervisão institucional** que poucos serviços têm à disposição para auxiliar nas práticas em saúde. Esta estratégia é mencionada como essencial na construção dos diálogos entre profissionais e usuários e entre as pessoas da equipe. Quando não há, a falta da supervisão é lembrada como algo necessário e determinante no trabalho no SUS.

A gente já teve supervisão institucional, muitos anos. Agora a gente está sem, mas a gente brigava para ter, que era um espaço só nosso, pra falar das nossas coisas (Entrevista Coletiva).

Que isso é o que a gente falava na questão do investimento, né? Porque nos CAPS, as diretrizes dos CAPS, não sei se existe diretriz... É o que tá previsto, a supervisão institucional é uma coisa que é indicada como necessária, mas da prefeitura nunca veio, do gestor... [...] A gente já teve este dispositivo, ou seja, pensando na questão do trabalho que tava falando, já tá previsto ali que é uma coisa necessária pro próprio funcionamento. [...] E a gente tem a prova de que isso funciona. Foram momentos que a gente conseguiu isso, olhar, alguém poder nos ajudar. Enxergar o que a gente tava fazendo, quais eram os limites, até onde a gente podia ir, que outros recursos a gente tinha. Poder se enxergar assim, de um jeito que não é do dia a dia, naquela corrida (Entrevista Coletiva).

[...] acaba adoecendo. Acaba... que as relações no trabalho também são difíceis de lidar. “Pô, sacanagem, tu não veio, agora que eu tenho que não sei o que, agora temos que cobrir o horário da fulana”, e aí fica isso e não o “Pô, porque será mesmo que ela não veio?”. E aí essa supervisão nos ajudava muito nisso, bom mas, principalmente, no início. O que a gente pode fazer? O que é do trabalho? Quais são os limites? E a gente não conseguiu mais, porque isso não é considerado. Na lei, porque a gente tem direito (Entrevista Coletiva).

A possibilidade de compartilhar o sofrimento ocorre especialmente quando há uma equipe unida, que se mobiliza e se apoia mutuamente. Especialmente em situações de crises, a construção e a manutenção de um **coletivo fortalecido** é uma importante estratégia de resistência, sobretudo em momentos de desmonte de projetos voltados à saúde.

Mas eu vejo que hoje [...] um dos espaços mais importantes pra mim, não são tanto os individuais mas são os coletivos que são com os meus colegas, esses eu tenho visto assim, são os mais importantes falar sobre o nosso trabalho, discutir as nossas ações, a forma como a gente trabalha, como que se sente naquele lugar e pensar juntos assim, eu me sinto assim, eu já fiz assim e não deu a equipe funciona mais ou menos assim. E eles poderem dizer, “mas tu já pensou isso, tu já tentou isso? Como tu se sente quando isso acontece?” repensar juntos assim, outras coisas... mais isso assim. Até passei por momentos de mais sofrimento [...] que foi bem difícil, agora tá mais tranquilo acho que eu também tô aprendendo assim a lidar mais com as situações, [...] as vezes sim, as vezes tu não consegue ser muito calmo, mas como se fazer ouvir, acho que é algo que a gente tem tentado assim aprender bastante é como se fazer ouvir e ser ouvido, se fazer ouvir ser ouvido, ouvir o outro com quem tu trabalha acho que isso também ajuda, a gente, a equipe, os outros, o cuidado... (Entrevista Individual).

Eles não conseguem ficar apontando uma pessoa em particular porque a equipe se

mobiliza e fala em nome da equipe, então isso tem dificultado. Então acho que eles querem realmente enfraquecer a nossa equipe, então acho que o desafio é conseguir sobreviver mesmo a isso... É que tá tudo muito instável, mesmo num momento, a própria concepção, a luta antimanicomial, a concepção do SUS humanizado, tudo isso tá numa grande crise, numa ameaça de retrocesso, então essas forças, a gente está se deparando com elas. [...] Então nesse momento eu te digo, que o nosso desafio mesmo é conseguir sobreviver, que a nossa identidade como CAPS sobreviva, mesmo sendo atacada porque ela tá sendo atacada [...] (Entrevista Individual).

[...] o trabalho não tem a efetividade que tem se tu trabalha sozinho, a gente atende casos absurdos entendeu, absurdos que tu não pode escutar sozinho de jeito nenhum, nesse sentido eu vejo que a presença de um psicólogo nos postos convoca esse pedido assim, ahm... “olha só tu pode ouvir esse caso comigo?” (Entrevista Individual).

Um grupo de trabalho que permita a existência de um espaço para o **humor** faz com que o trabalho se torne mais agradável. Em inúmeros momentos, especialmente durante as entrevistas coletivas, foi possível perceber a interação das equipes e as tentativas descontraídas de lidar com situações difíceis, como foi o caso de um furto ocorrido em um serviço, em que houve perdas de diversos materiais essenciais para o andamento do trabalho.

Uma noite a gente deixou até a luz da cozinha ligada pra enganar, (risos) e a gente pensou em fazer um boneco vestido de guarda e colocar na janela, como se fosse um guarda. Tipo um espantalho. (Risos) A gente combinou que a gente podia pegar o manequim daquela loja da frente e deixar o manequim a noite inteira aqui. (risos). E com o braço assim, para fora (risos). Que bom que a gente ainda consegue fazer piada. É para não chorar, né? (Entrevista Coletiva)

A gente se faz de louco, né? (risos). Não é a melhor saída, mas muitas vezes a gente brinca e faz, tenta levar na brincadeira, porque senão, realmente, a gente vai chorar o tempo inteiro. Eu acho que aqui, esse grupo, se suporta, mas na questão de ser suporte um pro outro, é com brincadeiras, é com... tentando assim, realmente, ser um suporte um pro outro, né? Parceria. Isto é coisa deste grupo, que eu não vejo em outras equipes, assim (Entrevista Coletiva).

Eu só achei essa unidade, este carinho, este acolhimento, aqui, esse respeito pelo trabalhador, foi aqui... A gente brinca, diz bobagem, eu tô sempre rindo, tô sempre feliz, porque eu sou feliz aqui, entendeu. Porque em outros lugares... (Entrevista Coletiva).

[...] umas das coisas que me seguram muito lá é ter uma equipe assim bastante afinada, apesar disso que eu te falei [...] Como pessoas, então são todas pessoas que pegam junto quando tem que pegar que a gente, todo mundo gosta de brincar sabe, tem uma saúde nesse sentido, a gente consegue dar risada [...] Sem ser fútil é, sem que o fazer piada seja um escapismo é, mas de fato a gente manter essa capacidade de ter senso de humor na pior adversidade é... (Entrevista Individual).

Quando há a presença do **apoio das colegas**, o trabalho ganha força para ser continuado. Há o despertar de uma potência, pois quando a colega se sente valorizado, apoiado, acaba dando o seu melhor no trabalho, mais motivado a oferecer um cuidado com

qualidade e acolhimento da demanda dos usuários. Assim sendo, esta estratégia faz com que os trabalhadores resistam, apesar das adversidades, e aproximem-se, assim, de vivências de prazer no trabalho.

[...] essa coisa, ideia de que ter parceria é muito importante. Te dá um certo aconchego, um certo acolhimento para te dar continuidade. Tem vezes que eu me sinto, sim, sobrecarregada, e eu acho que não vou dar conta e fico pensando “Meu Deus, para quantas pessoas que eu tenho que ligar?”. Mas isso eu tenho que fazer... (Entrevista Individual).

[...] tu valoriza ele, ao valorizar, ele se sente mais ahm, mais empoderado, ao se sentir empoderado ele vai e faz e aí ele te escuta. Sabe eu acho sempre que é isso, tu vê um indivíduo e tenta ler quem é essa pessoa, quais as condições e o que tu pode fazer para empoderá-lo sabe, a gente quer empoderar o usuário antes tu tem que empoderar a ti e ao teu colega sabe.

Eu, toda vez que levanto, que o relógio desperta, eu não tenho vontade de vir. Eu só... O que me move são as pessoas, os colegas, que a gente segura um no outro e a gente faz brincadeiras, até nas agressões que a gente recebe no acolhimento. A gente muda, para poder suportar. Então, é isso, é por isso que eu venho, não é pelo trabalho. Na realidade, até quando se discorda um do outro, porque ninguém concorda o tempo inteiro, quando se discorda um do outro, quando se discute, quando... por exemplo, se tem uma discussão, até nisso a gente acaba se dando bem, sendo parceiro, porque é o que nos... desabafa e... alivia... (Entrevista Coletiva).

[...] então tu tem que tá sempre tentando te realimentar com outros colegas, tem aqueles que tem um trabalho também parecido, pra sobreviver, fazer uma parceria, isso que me ajuda muito, senão eu não teria sobrevivido assim aqui, talvez tivesse saído já entre os colegas afins (Entrevista Individual).

Mas acho que isso se dá é. Pensando no que tu esta falando, talvez não se dê coletivamente, assim né? Mas acho que isso se dá assim, por exemplo, eu me sinto bastante fragilizada quando um usuário que já foi nosso, que a gente já atendeu um tempo, e é uma pessoa assim que é super violenta. Então, assim, quando ele vem aqui e bate na porta ali, dizendo que quer entrar, quer falar comigo e o que é, eu me sinto muito mal assim e a equipe consegue me acolher nisso. Tem vezes que eu digo “Eu não vou lá falar com ele”. A [colega] vai lá dar o limite para ele. Então eu acho que a gente se apoia neste sentido, assim (Entrevista Coletiva).

Assim como o suporte dos colegas é extremamente importante para que as profissionais resistam, o **apoio dos usuários** também ocupa um lugar importante neste sentido. Em algumas situações, até mesmo quando a equipe não fornece o suporte necessário, isso acaba sendo manifestado pelos usuários, o que muitas vezes é recebido com surpresa. Esta estratégia também faz com os as profissionais da saúde continuem a investir no trabalho, obtendo assim, algum nível de prazer referente às suas atividades profissionais.

Não tá descolado. E eu acho uma coisa superinteressante da gente poder pensar em alguns grupos mais do que outros que eu acompanho, é que os usuários não só sentiram juntos [furto de equipamentos do serviço], mas foram super solidários, neste momento, né? Teve um grupo na semana passada a gente tava tão

demandadas que eles quiseram ficar de tarde. A gente queria dispensar, porque já não era horário e não tinha atividade prevista, eles falaram “Não. A gente vai ficar. A gente vai ficar junto”, então isso é uma característica... (Entrevista Coletiva).

E esse é o lado que nos fortalece. Esse é o lado que nos potencializa. A relação que a gente tem com eles é super importante. A gente sabe da vulnerabilidade dos usuários que chegam aqui e muitas vezes, até como neste momento, quem nos ajuda é o usuário. Porque, nós temos pesquisa, a gente tem estudos, comprovando muitas coisas, tentando mudar as condições de trabalho e a gente não consegue isso (Entrevista Coletiva).

Buscar conhecimento sobre as possibilidades do exercício profissional, como legislações, entendimento do código de ética e documentos afins. É essencial que as profissionais busquem **respaldo legal** para a atuação no serviço para que não se sintam ameaçadas em realizar determinadas atividades.

[...] porque existe muito medo, um medo compreensível, porque eles estão dentro dos territórios, onde tem violência, tem tráfico, e tem casos que a gente tem que fazer uma denúncia enfim, e daí? Vamos botar o pescoço a prêmio, não. Né, eu que já sou oriunda dessa área de saúde do trabalhador, que sempre trabalhei com isso, sei muito bem o quanto tu tem que cuidar do cuidador também e do trabalhador, [...] até digo para eles a gente não vai usar a palavra denuncia, a gente vai fazer tipo um relato, uma notificação aonde a gente expõem a situação [...]. Então assim eu tô fazendo todo um relatório, aonde consta essas coisas assim, foi, compareceu, não compareceu [...], ah que a equipe fez todo o seu trabalho e esgotou a sua capacidade de atenção básica no atendimento dessa questão.

Em todas essas reuniões dos RAPS por exemplo assim, muitas vezes eu digo “pô gente eu não comungo disso”, ou quando eu brigo que meu código de ética me permite, porque as pessoas me põem muito na parede, não isso não pode saiu na Zero Hora, podem me chamar e eu vou dizer o porque que eu estou defendendo e eu tenho uma base legal que me permite se vocês não podem enquanto médico, eu enquanto assistente social eu posso. Em qualquer lugar que eu trabalhei meu código de ética está bem grudadinho ali, não que eu não saiba, mas para mostrar se tem a dúvida tá ali, lá na nossa estante tá meu código de ética (Entrevista Individual).

E daí também a gente instrumentaliza, junto com os colegas a preencher documentos de referência, a preencher adequadamente, porque também vai fazer diferença um documento adequado ou não. Que nem os meus, “ah o pessoal não tem passagem”, eu disse “gente, se eu fizer um parecer para o CRAS e a pessoa chegar com isso ela chega muito mais legitimada, do que ela chegar sem saber explicar direito”, a pessoa acha que nem tem direito, chega toda assim meia de costas não sei o que mais, agora se eu disser que é para tratamento ‘x’ que está sendo acompanhando, bem se alguém tem que fazer “A Escolha de Sofia”, porque é isso que eles fazem, também não tem, vai dar mais elementos. Que nem encaminhar para o AGUS “ah o Clínicas, problemas psiquiátricos não vai entrar ou vai ficar no final da fila”, agora se tu falar que tem obesidade mórbida, é recorrente, que a mãe não adere ao tratamento e não sei o que mais, bem, tu está dando elementos pro colega que tá lá, pro regulador tomar uma decisão, são estratégias que fazem toda a diferença (Entrevista Individual).

Diante das inúmeras dificuldades, muitas profissionais buscam a **troca de serviço ou equipe** como um modo de continuar investindo no serviço público e na profissão escolhida.

Essa mudança faz com que seja possível recomeçar junto a uma nova equipe, deixando para trás algumas adversidades que eram específicas do serviço anterior.

Acho que a mudança de equipe que me revitalizou do trabalho e também porque tem muitas pessoas da, que eram meus colegas da UFRGS e da minha família inclusive trabalhando em [município] isso que me deu força assim para continuar, claro, é isso, a gente tem um emprego estável, um concurso a gente não larga por qualquer coisa, mas se eu tivesse outra opção naquele momento com certeza eu teria saído assim, não teria suportado. Então assim eu vejo que é bem adoecedor, então quem não tem esse suporte assim, não tem condições de pagar uma terapia, ou uma supervisão mesmo, eu vejo que logo dá um jeito de sair do município, ou se afasta, ou cria suas artimanhas pra não estar no ambiente de trabalho... (Entrevista Individual).

As atividades de lazer, dedicação a projetos que extrapolem o fazer profissional acabam sendo também recursos que permitem com que as profissionais possam retornar ao trabalho dia após dia, ou após as férias, já que as viagens neste período servem para revigorar a vida, o que também impacta no trabalho.

Então assim eu vejo que tem uma enfermeira que ela viaja muito, ela assim “ah eu tô sempre viajando” eu disse “mas fulana tu tá sempre envolvida, coisa boa uma viagem”, e ela “mas tu acha que como é que eu vou aguentar isso aqui?” Então as pessoas viajam, ela compra passagens, até me inspirei nela esses dias, eu disse para o meu marido, “ai amor eu acho que a gente tem que viajar mais, sei lá ir no final de semana para o Rio, não sei o que, ir pra serra”, a gente tem que fazer essas coisas, porque é realmente muito dura a realidade lá onde a gente trabalha assim [...] (Entrevista Individual).

Então. E viajar. Eu adoro viajar. Digo pro meu marido “Oh, viajar” (Entrevista Individual).

Mas assim eu vejo que as pessoas se voltam muito para as suas famílias, de um modo geral assim, os trabalhadores... não têm muitos outros recursos, a gente vai descobrindo, tem um enfermeiro que eu acho bárbaro assim [...] ele é uma “estileira” assim, e ele frequenta esses festivais [...] e fotografa, então a gente teve greve em [município] ele fotografou, a gente tem eventos de saúde mental ele fotografa [...] (Entrevista Individual).

O **apoio familiar** também oferece suporte para que as trabalhadoras se fortaleçam e sigam investindo neste trabalho. Ter com quem contar também fora do trabalho passa a ser uma estratégia importante, principalmente nos momentos difíceis.

[...] e isso tem um efeito, efeito no corpo, efeito nas relações em casa eu tenho meu super porto seguro que é meu marido assim fora a análise e pilates... Ah, super... eu digo para ele, se não fosse tu as vezes eu acho que, sei lá, eu não ia aguentar muito [...] (Entrevista Individual).

Uma percepção coerente sobre o contexto de trabalho faz com que seja possível **estabelecer alguns limites** sobre aquilo que é possível e aquilo que não é, dentro do campo

de práticas, as quais as profissionais podem lançar mão. Neste sentido, dar-se conta daquilo que é efetivamente a responsabilidade profissional é um exercício diário e difícil em um meio de trabalho em que as necessidades são muitas, seja da equipe, seja dos usuários.

Mas eu acho que... Bah, se fosse me ver assim há 5 anos atrás, meu Deus do céu! Né, tu fica pensando "O que é que eu tô fazendo?". E tem horas que a gente fica assim pensando 'Bah, o que eu vou fazer?' E acho que tem uma coisa muito boa, que eu consigo separar um pouco isso, assim desse trabalho e depois sair, assim para uma coisa assim, de descansar a mente um pouco. E antes eu ficava final de semana levando a agenda e anotando coisas. "Como é que eu vou resolver isto?" "Quem é que vai ajudar?", "Pra onde eu vou?"... Agora eu... eu descanso um pouco? (Entrevista Individual).

[...] Agora eu acho que eu tô também em um outro momento, eu tô já mais ambientada, também eu não me jogo de cabeça como eu jogava no início assim, de me doar inteira para o serviço, isso me protege um pouco, porque eu acho que também é importante a gente ter essa dimensão que a gente não vai carregar o SUS... Não vai levar os usuários nas costas, não tem como sabe, é bem, bem delicado (Entrevista Individual).

Conseguir estabelecer esses limites é um desafio permanente e que muitas entrevistadas sinalizaram atingir esse objetivo com o auxílio da **psicoterapia**. Esta foi uma estratégia de cunho individual que foi muito citada como fundamental para lidar com as vulnerabilidades presentes no trabalho com a saúde pública. É percebida como uma estratégia de cuidado de si que possibilita o cuidado com o outro, e que provoca um deslocamento e movimento constante entre os papéis profissional-usuário/psicoterapeuta-paciente/cliente.

E a partir disso eu pensava "Meu Deus como que é ouvir o tempo todo... Ter que ouvir aquela história, daquela família"... E muitas coisas batem com a gente, né? E aí eu pensava "Bah, para suportar tudo isso..." Eu me via muito bem tanto com a questão de fazer curso... Uma coisa é tu fazer curso, uma coisa é tu te analisar e poder trazer as tuas questões. E eu acho que isso, foi uma das coisas para mim, foi uma das coisas fundamentais para a vida, primeiro lugar e, também, pro trabalho.

[...] embora a gente se analise, faz todo um trabalho... Vai buscar fora, com certeza, as pessoas me olham as vezes, os próprios trabalhadores, "ah mas como é que tu aguenta, como é que tu faz?" Eu disse "ah eu tenho felizmente condições financeiras de poder bancar um atendimento fora do SUS" (Entrevista Individual).

Sim, sem dúvida, sem dúvida... Eu falo muito de [município de trabalho] na minha análise, muito... E acho que uma das coisas que me ajudou muito a pensar no meu espaço de análise, meu processo assim, é de eu poder não me identificar porque isso eu acho que é um processo muito comum dos trabalhadores, de não me identificar com o espaço físico, com a população... (Entrevista Individual).

Eu não consigo ver as pessoas, e acho bem difícil, sei que tem, mas as pessoas trabalharem em saúde mental e não fazerem terapia ou não se analisar, não importa o que. [...]. Seja qual for. Eu acho bem complicado. Porque eu acabo vendo assim pessoas que acabam entrando numa coisa de julgar, de consertar, né? E aí tu vai

entender uma realidade completamente diferente, pessoas que estão à margem, à margem, tão excluídas e tu vive um outro mundo (Entrevista Individual).

Ah, eu vejo assim, bom da minha parte, falando de mim, o suporte que eu tenho eu faço por conta assim, que eu faço análise há 10 anos por conta também da minha formação, da minha profissão, mas eu vejo assim que é bem importante para eu suportar esse trabalho (Entrevista Individual).

[...] eu não uso nada disso, eu sou uma pessoa absolutamente saudável, quando eu uso é homeopatia, eu sempre busquei recursos [...] Expressivos... E mexer com a vida e buscar e sempre estudar, uma coisa que me entusiasma muito, [...] Fora a questão da terapia também. Terapia é fundamental em vários momentos foi muito fundamental, eu atualmente eu não tô fazendo, eu tive alta, e acho que tô bem, tô muito bem assim na minha vida (Entrevista Individual).

Da análise. Já fiz semanal, agora faço quinzenal. São muitos anos, mais de 15 anos. Então eu acho que isto sustenta muito, né (Entrevista Individual).

Ah, a questão da medicação. Tu sabe que como eu fiz boas transferências de trabalho com vários médicos assim, muitos me pediram indicação de análise, acho que escutaram algo da minha escuta, assim da minha forma de trabalhar, porque a gente acaba se revelando totalmente na frente dos médicos, como trabalhador, o seu estilo é totalmente revelado eu indiquei, eu indiquei análise para as duas, uma eu sei que foi [...] (Entrevista Individual).

Mas se não tivesse esse outro espaço fora, eu não conseguiria estar na saúde mental. Então, é a questão da análise, é a questão de fazer e gostar do que tu faz, é a questão de ter parceria no trabalho. Tudo isto para mim são motivadores que vão fazendo com que eu consiga avançar, cada dia um pouquinho mais. [...]. Tem que ter o desejo. Tem que conseguir te ver ali, como alguém importante. Eu me vejo e eu tenho este desejo. Então, isto me tranquiliza pro dia a dia (Entrevista Individual).

Assim, observa-se que a preocupação com o cuidado consigo mesma, o que envolve a saúde mental, é bastante pontuada pelas entrevistadas. Foi ressaltado também que a temática do trabalho é muito comentada nas sessões de análise ou psicoterapia, o que indica o quanto o trabalho produz impactos na vida dessas profissionais. Por mais que seja evidente a função benéfica da psicoterapia, é relevante notar que esta é uma estratégia de cuidado individual, mesmo que o que a demanda seja de cunho coletivo. Tal elemento será problematizado no capítulo 5 desta tese.

Mesmo que havendo uma nítida relação com o trabalho, tanto a psicoterapia quanto a supervisão, que são feitas em horários externos ao trabalho e financiados de modo privado são naturalizados pelas trabalhadoras como investimentos na profissão. Isso indica certa auto-responsabilização e individualização do cuidado, isentando a instituição do seu papel frente as adversidades do trabalho.

A maioria da equipe já fez ou se mantém fazendo tratamento individual, se mantém fazendo psicoterapia, só que isso sai do nosso bolso... Ou supervisão individual

assim... tu vai lá no profissional e tu discute... Mas isso também são investimentos, que cada um faz no seu trabalho (Entrevista Coletiva).

A pessoa vai trabalhar e depois ela vai se cuidar. E normalmente se gasta com esse cuidado também. O que tu recebe pelo trabalho tu investe em ti e no teu cuidado. Como se não bastasse tu tem que pagar ainda... (Entrevista Coletiva).

O **resgate do sentido do trabalho**, tendo este conceito como algo vivo, faz com que o desejo de permanecer neste trabalho seja revigorado. O encontro com esse sentido se dá, em alguns casos, diante de micro ações que fazem o sujeito questionar-se sobre o seu papel no serviço e, quando percebe que o seu fazer produz diferença e significado para a equipe e usuários, pode então continuar apostando nesta atividade. Produz, desse modo, uma aproximação com as vivências de prazer fazendo com que as profissionais continuem a investir neste contexto laboral.

É um quadro de horror, mas daí tu pensa, mas o que... tem o meu cunhado perguntou “mas o que tu tá fazendo lá?” Eu disse bom, a primeira coisa é que eu tenho uma estabilidade já tô estável, eu tenho uma boa remuneração que... a gente vê nos outros municípios assim e eu realmente gosto do trabalho, eu realmente... Do trabalho em si eu vejo assim, “que bom que eu tô aqui”, em vários momentos eu tive esse sensação sabe, e se eu não tivesse aqui eu sei o que ia acontecer, o usuário ia ser engavetado, o sofrimento não ia ser visto, ouvido, e são coisas mínimas assim são coisas mínimas, mínimas, as vezes a gente tá ali para organizar o itinerário do usuário que já pipocou em dez serviços que ninguém sabe dizer para ele que ele pode, que ele tem direito. Claro falta muito por ser uma população muito carente essa apropriação dos recursos ínfimos, tem, algum recurso tem, mas as pessoas são tão vulneráveis que elas não sabem nem acionar aquele recurso, então... (Entrevista Individual).

Eu lembro quando eu trabalhei com população de rua, tinha uma equipe que era muito, muito guerreira assim, que tinha total noção desses processos assim, do capitalismo inserido nos processos de trabalho e conseguia fazer uma leitura da gestão a partir desse viés, de como essa instituição capitalismo tá operando ali, e a partir dessa leitura então a gente conseguiu fazer com que surgisse então, na verdade ressurgisse o movimento de população de rua, que tá aí até hoje, então assim, e foi num momento que certa forma fazia assim com que as pessoas se sentissem mais, um pouco mais empoderadas assim em seu trabalho, o trabalho tinha sentido, tinha uma força coletiva que não era só trabalhadores lutando pelos direitos, tinha ali os usuários, que também ao invés de entrarem naquele queixume de que o trabalho público não dá nada, tinha uma conscientização do porque as coisas não aconteciam e a partir daí também com as ferramentas que existiam daquela equipe que conseguiu se criar esse movimento e que tá aí (Entrevista Coletiva).

(Re) encontrar o sentido do trabalho faz com que se tenha consciência da potência existente neste ato produtivo, mesmo que se manifeste de modo lento e mínimo. É essencial que esta percepção se construa na relação com o outro, seja ela membro da equipe, seja usuários que poderão juntos fomentar um coletivo com mais força para busca de mudanças.

A galera tende a dizer que a educação vai mudar o mundo, eu acho que a educação e a saúde, porque a gente tem muito a possibilidade de sabe...[...] Mas não é salvar o mundo dessa ideia romântica assim, mas de ser o início da resistência, porque a gente diz, a gente tá pegando o resultado da jornada de trabalho abusiva e a gente está vendo que não dá certo então a gente vai começar... Eu fico assim, tudo que gente falou é bonito, pra nós talvez dentro do CAPS a gente consiga fazer, dentro da UBS a gente consiga fazer, agora na [empresas privadas] não. Então assim a gente tá num lugar que a gente tem privilégio de iniciar um processo de mudança na questão do trabalho, assim como a questão das drogas, a gente, eu acho que a revolução disso também vem a partir de um olhar de que drogas é uma questão de saúde e não uma questão de justiça, assim como a gente pode gritar a opressão de trabalho, assim como a gente pode gritar contra o excesso de remédio na vida das pessoas, então acho que a saúde e a educação aí tem essa potência, e quanto mais poroso seja a coisa entre os dois, aí se inicia a costura, porque o cara que tá na fábrica da [refrigerante], ele, se eu não quero parar para pensar nisso, eu nem quero que ele pare para pensar nisso, porque se ele parar para pensar [o refrigerante] vão cair ele vai sofrer um acidente de trabalho, porque se ele parar a vida dele está em risco, é muito louco isso assim (Entrevista Coletiva).

Sendo assim, as estratégias de resistência permitem uma (sobre) vivência naquele contexto profissional, diante de um **trabalho que é possível**, que emerge diferente de um fazer permeado pelas defesas que fazem com que o sujeito se conforme com a realidade e desenvolvam um trabalho robotizado e desumanizado. Ainda está longe do ideal ou de uma mudança propriamente dita, mas permite micro e vagarosas alterações, mesmo que em nível individual e interno.

*[...] eu acho que a gente tem uma grande ferramenta de saber, o que o capital produz em relação a subjetividade trabalhadora e até em relação das pessoas assim, e acho que a partir daí a gente deixa de ser alienado e com isso, aí eu acho que é possível fazer esse possível sabe [colega], que a gente fala assim, **entre o real e o ideal, existe o possível**, a gente sabendo que o capital age de determinado forma, sabendo de algumas limitações do serviço, como a gente faz pra driblar isso, né? (Entrevista Coletiva).*

A [colega] falou do real e do ideal assim, do quanto que a gente sofre por algo de um idealismo assim, de que o trabalho que vai ser muito legal, eu vou me realizar por ele. É, eu acho que sim isso acontece, mas entre o real e o ideal eu acho que tem o viável que é justamente retomar o sentido desse trabalho entendeu, [...] e de repente, bom então as coisas são assim, não tem muito o que fazer, não vou mais idealizar tanto o trabalho, vou aceitar o que a realidade impõem que ele é uma “merda”, coisa que todo mundo concorda eu acho sabe, acho que sei lá, 90% das pessoas devem achar que o trabalho é um “cu” hoje, poucas pessoas podem dizer “pô eu acho o máximo, eu ganho bem, meu trabalho é legal, tem estrutura boa” enfim. E eu acho que é isso, esse é o tipo de coisa, por exemplo, que dá para se instaurar, sabe, instaurar movimentos assim de retomar o sentido desse trabalho, porque que ele é ruim, e sim a via é coletiva, sim com certeza (Entrevista Coletiva).

E muitas vezes acho que até a sociedade leva a robotização, “tem que trabalhar, tem que trabalhar nessa droga de trabalho”, tudo bem, falta muitas condições de trabalho para nós, mas e o teu fazer? E tu? O que tu pode dar? Aquilo que até é mais imaterial, a gente pode ver um lado positivo também das coisas (Entrevista Individual).

Ligado a esse trabalho possível, também a ideia de poder desfrutar de tais possibilidades, valorizar as pequenas conquistas e alterações. Desse modo, afasta-se um pouco daquilo que se projetou como ideal, mas que também merece ser reconhecido enquanto um fruto micro potente do trabalho.

Eu acho que de desfrutar daquilo que é possível, daquilo que eu construí, quando a gente não consegue desfrutar disso, daquela conquista, porque só tem uma idealizada, aí é sempre sofrimento, porque eu não consegui aquele ideal, é preciso que eu desfrute daqueles pequenos pedacinhos que constitui algo, que são algo (Entrevista Coletiva).

Eu acho que é muito importante a gente poder olhar para essas, pra essas luzinhas, onde aquece a alegria da gente, eu acho que quando o [colega] traz essa coisa desse momento, que foi importante para os trabalhadores que estavam ali, mas que também foi importante para ele, ele tem que ser muito valorizado, porque a gente tem muito tempo, tempo de coisa que nos atravessam, de, de coisas complicadas, que a maioria desses dispositivos não conseguem dar conta, nem conseguem enxergar que tão acontecendo em nós. Mas por isso esses momentos precisam ser muito cuidados e guardados como relíquias mesmo, importância de vida (Entrevista Coletiva).

A partir dos apontamentos de Dejours (1992, 1999) o enfrentamento do sofrimento pode ser feito de maneira a transformar o contexto do trabalho por meio da mobilização subjetiva e coletiva. É definida como o uso de recursos psicológicos, especialmente, potencializados pelo espaço público de discussão em que se tenha liberdade para abordar as problemáticas do trabalho. Não é prescrita e é vivenciada de modo particular pelos grupos de trabalhadores.

É essencial este processo para que os trabalhadores não precisem recorrer a recursos de estratégias defensivas, bem como evitar o adoecimento psicopatológico. É a mobilização subjetiva que faz com que o trabalhador resgate o sentido coletivo do trabalho, a partir de uma operação simbólica, que depende da relação e da troca entre os pares possa encontrar prazer no ato produtivo (DEJOURS, 1992, 1999).

Entretanto, atualmente percebe-se uma fragilidade dos coletivos, o que dificulta uma atuação genuína neste sentido. O que pode ser feito é aquilo que está ao alcance dos trabalhadores e que passa então, a ser desenvolvido, dentro das possibilidades que são ofertadas.

Assim, observa-se que quanto mais elaboradas as estratégias de resistência mais elas apontam para uma mobilização que, inicialmente, pode ser relativa a um nível individual, mas

que pode ser estendida ao coletivo. Também se revela os sentimentos de prazer no trabalho a partir da atuação junto ao plano do possível, mas que pode ser reconhecido a partir do seu significado e sinalização de poder transformativo. Percebe-se, dessa maneira, que as estratégias de resistência dão sustentação para a manutenção desse sujeito naquele trabalho, possibilitando ainda alguma forma de investimento, mesmo que não haja uma organização do coletivo com vistas a intervenções diretas no sentido de transformação.

4.5 PESQUISA-INTERVENÇÃO COMO POSSIBILIDADE DE REFLEXÃO-TRANSFORMAÇÃO

Este eixo temático tem como foco de análise o papel da pesquisa como intervenção no campo da Saúde do Trabalhador. Considera-se assim a entrada e permanência no campo como uma estratégia de provocar a reflexão e o questionamento sobre as práticas, muitas vezes já naturalizadas pela reprodução irreflexiva.

Assim, além de convocar a troca de ideias, uma reanálise do fazer em saúde, por meio das entrevistas individuais e coletivas, a proposta da tese também foi distribuir o material do Ministério da Saúde, construído especialmente para estimular a atualização das profissionais do SUS nas questões relativas a saúde mental dos trabalhadores. Desse modo, foram distribuídos livros e cartilhas aos serviços e participantes da pesquisa, com o intuito de promover a disseminação do conhecimento construído em torno do tema (MERLO, BOTTEGA, PEREZ, 2014a;2014b), conforme já enfatizado anteriormente.

Acrescentado ao fato de proporcionar um momento de reavaliação das atividades e do próprio serviço, seja de modo individualizado, seja coletivo, a pesquisa teve como função oportunizar um espaço para reorganização. Em alguns momentos, especialmente no âmbito das trocas com as colegas, estas puderam planejar algumas ações que sejam implementadas em um futuro próximo. Mesmo quando realizadas as entrevistas individuais, as trocas puderam ser feitas com a pesquisadora, já que esta estava ali disponível para pensar junto

algumas possibilidades de mudanças. Essas movimentações possibilitam validar a pesquisa também como intervenção, orientada pelos princípios da Clínica do Trabalho.

Algumas sugestões foram sinalizadas ao longo das entrevistas, como por exemplo, a existência de um protocolo básico a respeito das questões da saúde mental do trabalhador, a presença de um facilitador/ interlocutor que pudesse orientar as intervenções neste contexto. Ademais, possibilidades de sensibilização e discussões com os grupos de trabalhadores em relação à proposta também foram sinalizados como fatores importantes.

Eu acho que ter um padrão de acolhimento facilitaria este diagnóstico, sabe. Como a gente faz, a gente tem uma folha, um protocolo, onde ali tem algumas perguntas que tu faz enfim e que eu acho que... Se, primeiro claro, 15 minutos, já é uma briga antiga, não dá, não dá para tu conversar. [...] Isso estar numa, ser contabilizado. Tipo "O que aconteceu contigo?" "Bom, tive uma crise no trabalho" "Ah é, que crise?" "Ah, não consegui..." Bom, aí tu já... "Opa!, esse aqui..." Sei lá. Uma padronização, pelo menos, de algumas perguntas que todos fizessem, entende? Que eu fiquei pensando que isso de padronizar... Claro que a gente, sempre tem o risco de a gente cair pra um lado de ficar muito no protocolo quadradinho, e aí se saiu fora tu não... (Entrevista Coletiva).

Então, tendo um facilitador que pudesse, pelo menos assim, eu acho que teria que ter até uma... ah não vou chamar de capacitação porque eles não gostam muito. Me lembrei que houve todo um trabalho sobre... Para identificar, não tem nada a ver com isso, mas eu me lembrei, para identificar a rede básica, os pediatras da rede básica poderem identificar sintomas em crianças muito pequenas de autismo né. Esse foi um trabalho enorme que se fez na prefeitura, [...] Mas, realmente, os médicos, e não é porque não queriam, mas porque passava tão rápido, aquilo da criança tá com febre, tá com não sei o que, então precisou ter todo este momento de sensibilização, de encontros com uma psicanalista, com pessoas da área para poder "é fácil, é simples, chega lá e olha, pega, vê se a mãe tá olhando para a criança". Sabe? Se anotou essas coisas pra... coisas que realmente, naquele dia a dia, naquela correria... Então acho que não saberia dizer o que, mas nessa linha. É, claro. Quem estuda isso poder fazer uma, mais ou menos uma... Um profissional [...] (Entrevista Coletiva).

E... talvez a ideia seja [...] de propor uma discussão, seria sobre especificamente, sobre isso mas que é sempre angustiante, porque a gente se vê debatendo, debatendo os temas e tu não vê a gestão participando. [...] Então essa é a minha preocupação assim, é ter uma capacitação em [município], uma discussão, um debate legal que não vai dá em nada... [...] Que isso não entre na prática, essa assim seria uma sugestão mas que eu já vejo um problema... Só que claro que não desiste, a gente sempre tá sempre debatendo, mas... É, se numa capacitação de 100 pessoas se tiver duas ali que se motivem a escutar o usuário a gente já considera alguma coisa feita... Então talvez disparar esse assunto lá, porque é um lugar que tem isso, que tem tantos adultos pedindo para se encostar por qualquer motivo, acho que seja... veio cair bem essa pesquisa Karine, é uma coisa que a gente não se pergunta muito, que a gente nem quer se perguntar... Mais uma demanda, mais uma coisa... Mas que claro é importante (Entrevista Individual).

Desse modo, é sinalizada a importância de ter abordado um tema que, dentre as inúmeras demandas de um serviço de saúde, geralmente passa despercebido. Assim foi

possível salientar a existência dessa temática e aquilo que já foi elaborado neste campo com o intuito de contribuir com o fazer dessas profissionais, podendo citar a tese da psicóloga e pesquisadora Carla Garcia Bottega (2015) e a disseminação desse conhecimento por meio da publicação de artigos, onde aborda a proposta da Clínica do Trabalho no SUS e a construção de uma linha de cuidado neste sentido (BOTTEGA; MERLO, 2016; 2017).

[...] acho que foi bom de ter conversado pra... me alertou um pouco mesmo sobre isso assim, a gente não... claro a gente tem tantas demandas, mas que as vezes tem uma especificidade que as vezes precisam ser olhada e que tá batendo a porta e em [município] tem muito essa demanda do trabalho, dessa questão do trabalho e a gente não tá dando muita atenção pra isso. E o [serviço] tem um pouco essa função de sinalizar isso também, não que vá adiantar muito mas de pelo menos mostrar para a gestão "oh que temos problemas nessa área, tem que potencializar ajuda nesse ponto aqui" que claro que acaba virando uma questão de saúde pública, as doenças relacionadas ao trabalho... (Entrevista Individual).

Diversas ações foram pensadas ao longo da intervenção como por exemplo **cursos e oficinas**, em que o foco seja o profissional da saúde e não o usuário. Além disso vivências e, principalmente, espaço de fala e escuta sobre as demandas do trabalho e como elas afetam os trabalhadores.

Não sei, eu fiquei pensando que... todas as oficinas que a gente tem aqui, elas se propõem a trabalhar com objetos, e a gente enquanto essa equipe, o nosso objeto é o usuário... então, não sei, me parece que poderia, talvez a gente pudesse pensar nesse, nesse planejamento pro próximo ano como uma oficina para a gente, de pensar qual é o nosso trabalho? Que a gente pudesse estar fazendo, retomando isso como, como uma completude assim, de uma forma mais... Eu fico pensando até nesse atrativo e nas condições de quem tá chegando. [...] interessante poder fazer uma parada assim... do que aconteceu esse ano, de como... de olhar pra esse ano que vem... me parece algo bem produtivo e estratégico pra gente... (Entrevista Coletiva).

Mas o planejamento vai fazer parte da oficina, isso tá dentro. Pegar um tema que é o planejamento e fazer uma oficina dentro do planejamento. Não sei se seria planejar uma oficina que a gente vai fazer no outro ano. Acho que é fazer alguma coisa que nos possa fazer refletir o que nós fazemos. A gente quer um pouco isso. Tem esta coisa, assim, essa coisa meio, assim, meio já direcionada, que tem que dar certo. Acho que tem que ter uma vivência (Entrevista Coletiva).

Ligado aos desafios e desejos para o futuro está o investimento na educação, seja qual for o meio e o nível de inserção, espaço de fala tanto no trabalho quanto no meio social em geral. Ademais, poderia ser acrescentado uma reorganização do CEREST serviço no qual deve haver uma formação no campo da Saúde do Trabalhador para os profissionais atuarem, trabalho de matriciamento, investimento em todos os trabalhadores da saúde, incluindo os agentes comunitários, sensibilização da gestão sobre o tema,

Eu acho que primeira coisa é se falar mais disso, que eu acho que não se fala, eu acho não aliás não se fala, não se escuta, pelo menos onde eu tô circulando. Da questão de saúde mental e trabalho, ou do sofrimento decorrente do trabalho. Eu acho que essa discussão tem que vir mais, e não só no trabalho mas na sociedade mesmo, assim. Acho que isso não vem, então acho que o primeiro desafio era isso, isso começar a ser mais falado, porque tu dá as coisas como, tu naturaliza muito as coisas. O que me vem assim de cara é isso, que isso possa ser falado, ser discutido (Entrevista Individual).

Aí tu tem que trabalhar com as pessoas pra que elas, vejam mais, acho que tem que ser mais divulgado, cada vez mais falado é, para que as pessoas possam buscar as coisas, não se alienem não fiquem sofrendo, não peguem só pra si, “ah eu que tô doente”, e não enxerguem, tá no ambiente desrespeitoso, um ambiente doente. (Entrevista Individual).

Acho que este, também, é um desafio, das pessoas acharem que, a gente tá lá no SUS, e eu digo nós profissionais, “ah eu vou atender a hora que eu quero, eu vou fazer o que eu quero”. Não! [...] Não, tu paga entende, como aquele paciente que tá lá paga. Todos nós pagamos para ter este serviço, então que as pessoas. Este para mim é um grande desafio, que pessoas pensassem um pouco que política é esta que eles estão inseridos. Então uma autonomia de poder fazer o que quer, ter esse comprometimento e o respeito pelo outro. Então acho que a partir daí as coisas vão tomando seu rumo e não vai ter tanta fila de espera, enfim (Entrevista Individual).

[...] eu acho que é um trabalho de muito folego assim né. Como eu te disse, eu acho que deveria se investir pesado em capacitação né, mas assim não é só aqueles grandes seminários né, é o que a gente chama de formação continuada assim, é um trabalho de formiga e colado as unidades básicas assim, de poder tá, por exemplo, o trabalho de matriciamento em saúde mental e trabalho seria perfeito mas pra, que poderia nós fazermos esse trabalho, não precisa criar uma equipe que vai matricular, mas precisa ter uma retaguarda a gente precisa saber nas situações o que a gente identificar, o que que a gente vai fazer com esses usuários, tem que ter, né (Entrevista Individual).

O que eu acharia, que o CEREST devia ser reorganizado, devia ser reconstituído, devia ter psicólogo, com profissionais com capacitação para trabalhar nisso é, eu acho que esse é o desafio assim, é remontar aquela equipe assim, que saúde mental não pode ser relevada, quando se trabalha, se pensa em saúde do trabalhador e quando a gente pensa em saúde mental também não (Entrevista Individual).

Acho como eu falei assim que os agentes comunitários tem um grande papel legal na saúde, porque como eles estão no meio a abrangência deles é muito maior que a nossa, a nossa também é claro, mas a deles eu acho é muito maior, acho que se eles forem mais qualificados e compreenderem, e isso passa acho que por uma questão de saúde mental nossa, de valorizar esses trabalhadores, como eu te falei assim tem uns que estão chegando agora, tem uns muito crus assim, que tu pensa, “bah como é que entrou?”, mas se a gente apostar sabe, e eu acho que é uma maneira de apostar não é na cobrança, [...] ir para o lado, como eu te falei, ir para o lado mais positivo. (Entrevista Individual).

Além da inclusão das noções sobre centralidade do trabalho nas discussões sobre saúde mental e sobre como o trabalho afeta o campo psíquico, as entrevistadas apontam como essencial a desconstrução de pré-conceitos relativos ao adoecimento relacionado ao

trabalho que permeiam o imaginário das profissionais da saúde. Também incluem a proposta de se discutir mais a PNSTT propriamente dita, que muitas ainda não tinham ouvido falar.

Acho que tem muito pra construir ainda, porque... mal tá se conseguindo dar conta do básico assim. Eu gostaria muito que não fosse assim sabe, mas o que eu vejo é que está difícil controlar a intervenção sabe? Está difícil, não que isso seja uma desculpa "ah então não se pode olhar", acho que se deve olhar, mas o SUS ainda tem muito pra caminhar nesse sentido assim, de conseguir realmente dar conta. Sei lá, eu gostaria que se pudesse ver o ser humano por todas as suas facetas, mas acho que em muitos lugares falta qualificar os trabalhadores, qualificar a gestão e sensibilizar a gestão. Ahm é eu acho que é isso, sensibilizar e qualificar a gestão eu acho que é o principal pra que se tenha mais respostas (Entrevista Individual).

E o desafio que tá concomitante é conseguir efetivamente fazer a construção dessa política de saúde para que a gente possa de fato atender essas pessoas com sofrimento mental para poder capilarizar, onde o trabalhador for é, o ser humano chegar, seja compreendida a sua relação com o trabalho também para que a gente possa dar um atendimento mais integral em relação a saúde (Entrevista Individual).

E dentro da política do SUS acho que ampliar um pouco as discussões em cima do que seja isso, do que seja saúde do trabalhador. Acho que ainda é muito... muito precária. Acho que a gente discute bastante a questão da efetivação do SUS enquanto política intersetorial, de atenção integral mas o integral ainda segmentado com o trabalho. [...] É, eu acho que já avançou em ver as questões de moradia, tu vê as questões de higiene, tu vê as questões de alimentação, mas eu acho que as questões de trabalho ainda são segmentadas (Entrevista Individual).

Também pode ser sinalizada a importância, relatada pelas participantes, de se pensar em outras alternativas de trabalho e renda. Neste sentido se faz uma crítica ao modelo econômico vigente, que está por trás de relações perversas de trabalho e consequentes degradação psíquica.

Eu tenho uma compreensão até meio pessimista sabe, que enquanto a sociedade que a gente tem e o sistema que a gente tem econômico, se mantiver, a gente tem pouca perspectiva de mudanças do cenário. Mas a gente como serviço de saúde, sim, a gente pode responder de uma forma muito mais efetiva, mas para isso a gente tem dois debates principais, pelo menos na minha análise, dois debates principais, que é a questão ideológica que tu vai desfazer uma disputa ideológica com os trabalhadores da saúde, tu precisa desconstruir determinadas compreensões, isso é um grande desafio, para tu poder construir um jeito diferente de entender o que tá acontecendo no mundo do trabalho (Entrevista Individual).

É, e poder fazer outras coisas da tua vida e ter outras, acho que o maior desafio é ter outras alternativas de trabalho e renda sabe porque é isso, pra muitas pessoas o trabalho vai ser muito adoecedor, vão ser experiências de trabalho que não tão dando conta, mas as pessoas tem as necessidades reais delas de se alimentar e de viver que passa pela questão do trabalho em função do dinheiro (Entrevista Individual).

Quem sabe do trabalho são os trabalhadores, portanto é importante ouvi-los para que que haja expressão de seus pensamentos e ações, e assim, que estes possam sugerir aquilo

que pode ser contemplado diante das dificuldades de cada contexto. Nota-se, assim que a partir da pesquisa que também se configura como uma intervenção possibilitou-se um espaço de reflexão entre as profissionais participantes. Percebeu-se que este espaço, especialmente nos grupos formados para a realização de entrevistas coletivas, fez com que as profissionais pudessem falar do seu cotidiano de trabalho e, além disso, mobilizar-se, planejando ações que orientem mudanças para o futuro.

4.5.1 Perlaboração como Validação

A validação é uma das etapas da pesquisa em PdT. Ela é tradicionalmente prevista para os momentos finais, ocorrendo junto aos trabalhadores, quando se está encerrado o processo. Entretanto, dadas as particularidades dessa modalidade de pesquisa no Brasil e, sobretudo, no campo que compõe essa investigação, não foi possível realizar a validação como uma “etapa” final e sim ao longo das entrevistas individuais e coletivas.

A entrevistas coletivas, realizadas durante e após o início das individuais tiveram uma função de confirmar, ou não, aquilo que estava sendo discutido no âmbito individual. Além disso, nos dois momentos foi possível observar momento reflexivos e de reanálises das participantes: algo introspectivo, quando individualmente, e de construção coletiva, quando compartilhado em grupo.

Desse modo, a validação ocorreu, nesta investigação, por meio da perlaboração. Mendes e Araújo (2011), afirmam que o momento da elaboração/perlaboração se refere a um processo pelo qual a clínica possibilita a criação de condições para os sujeitos entrarem em contato e organizarem seus afetos a partir da fala e da escuta realizada entre trabalhadores e pesquisador-clínico. Assim os sujeitos que passam por este processo podem desenvolver uma relação com o ato produtivo de modo crítico, criativo e saudável. É a por intermédio da perlaboração que o sujeito pode liberta-se da repetição e sair em busca do novo, deixando para trás elementos recalcados a partir de sua aceitação e elaboração. Para além do relembrar, o sujeito passa a escrever uma nova história.

[...] à medida que o trabalhador fala, rememora os acontecimentos traduzidos no seu mal-estar, comunica-se com o vivido e tem a possibilidade de reconstruir um significado, que antes era traduzido em lembranças com manifestações

sintomáticas, paralisadas na ação. Dessa forma, o trabalhador sai do relembrar para reescrever uma história (MENDES; ARAÚJO, 2011, p. 58).

A pesquisa de campo, pôde assim, permitir que as profissionais de saúde relembassem de situações inusitadas que inúmeras vezes estavam despercebidas, o que indicou um novo significado para o vivido, especialmente no âmbito da saúde do trabalhador. Também fez com que percebessem as potencialidades e fragilidades do sistema e do seu próprio fazer, podendo assim sair em busca de um novo modo de atuação profissional, criando espaço para outras possibilitadas antes não imaginadas.

Para mim, fica interessante da vinda de vocês fosse até me perguntar “Bom, mas onde é que tá o trabalho com eles?” Porque, assim, eu faço uma oficina, porque isso eu tava me lembrando assim... O dia do trabalho por exemplo é um feriado que eles não dão muita bola. Mas eles dão bola, por exemplo, no dia da mulher. E aí a gente, esse é o momento que a gente acaba trabalhando, “bom mas vocês sabem porque que tem o dia da mulher?” E aí tu vai para aquela história horrorosa e, aí neste ponto, talvez, eles as vezes conseguem falar alguma coisa sobre trabalho (Entrevista Coletiva).

Falta discutir mais as questões da equipe mesmo. Eu não sei... Diante da tua fala eu fico pensando, assim, que, se não houver um espaço para que isso aconteça, isso não rola. A gente vai trabalhando na rotina da demanda, naquilo que esta te demandando, naquilo que tu tem que resolver, naquilo que tu tem... Hoje mesmo, ah gente tem um monte de assunto para a reunião de equipe e depois que horas que vai ser? A gente nem começou e já tem uma lista de coisas, mas é assim que a gente funciona. Este funcionamento é que faz mal, esse funcionamento maluco que faz mal. Faz mal. E a gente não se dá conta disso. Quando a gente tem uma coisa, a gente já tá pensando na outra e não sei o que e criando não sei o que... (Entrevista Coletiva).

Então eu acho que a necessidade seria justamente retomar esse tipo de espaço assim e não... E diante dessa crise ideal tu retomar esse ideal como um possível, porque que ele se tornou um ideal sabe, porque que o trabalho virou o que é hoje? Será que em outro momento ele não foi outra coisa? Então e não se perder nisso assim, dentro do possível tu enxergar a retomada, não a retomada, mas pelo menos entender porque que o trabalho virou o que é hoje. E aí eu acho que sim, a gente tem que ficar atento ao que tu falou sabe, mas por exemplo, tu pode instituir processos de reflexão sabe, eu acho que o capital ele tem a tendência a captar tudo e qualquer coisa sabe, inclusive discursos de esquerda, pluralidades enfim, ele tem essa, essa capacidade de tomar tudo para si em benefício próprio, mas a gente não pode deixar de fazer as coisas, e eu acho que quando a gente faz esse tipo de espaço a gente cria um outro sentido para o nosso trabalho pelo menos eu, eu acho que eu tô fazendo isso, então na medida que eu for trabalhar a saúde mental e sofrimento em relação ao trabalho eu já posso propor outras coisas não tanto a redução para um diagnóstico ou para a história de vida da pessoa, sei lá porque o pai batia e nunca soube lhe dar com autoridade, sei lá, umas coisas assim... (Entrevista Coletiva).

[...] isso me fez refletir, não só neste trabalho, em outros trabalhos, também, porque lidando com o usuário, se ele tem um contexto completamente diferente ou o trabalhador tem um contexto completamente diferente do teu assim, às vezes a comunicação não role. E às vezes tu leva aquilo como algo pessoal, algo, e que não é. Na verdade ele tem outra forma de se relacionar com o mundo e como também se faz uma ponte. Às vezes é complicado (Entrevista Coletiva).

Ah eu acho bem bom (risos), bem bom falar disso assim, acho que eu acabo retomando algumas coisas assim antigas e acho que ficando feliz de falar disso assim eu gosto disso que eu faço assim, tô emocionada (risos)... Mas assim acho bem legal assim poder tá falando, quanto tu me falou eu “bah lógico é, super bom assim poder tá falando” ainda mais tá falando aqui [no serviço] assim que é o meu chão mesmo assim, bem legal. E quando a gente fala a gente também se escuta. [...] É verdade, é muito bom, não foi bem legal, obrigada pela oportunidade assim... (Entrevista Individual).

Assim a elaboração desta tese de doutorado expõe a sua proposta que não se detinha a realizar somente uma pesquisa de campo como “coleta de dados”. Buscou promover junto às trabalhadoras da saúde alguma forma de reflexão que pudesse se transfigurar como ação.

É eu digo assim, por isso que eu aceitei também conversar contigo, porque sempre que a gente tem a possibilidade de falar, falar sobre o nosso trabalho, sobre o nosso sofrimento, sobre as expectativas eu acho que a gente tem que aproveitar, enfim contribuir com a tua pesquisa também. (Entrevista Individual).

Mas isso é um pouco que eu acredito eu acho que o dividir vai passar para outras pessoas, quem ler o teu trabalho, vai ter várias entrevistas entre elas, algumas coisas que eu e falei certamente e que outras pessoas também falaram que é importante, então é um dos instrumentos, acho de poder assim propagar, de divulgar, enfim, é legal... (Entrevista Individual).

[...] acho que tu pode propor muitas coisas com relação a essa discussão. Sei lá, acho que a gente está bem engatinhando para pensar isso, principalmente com os preconceitos que a gente tem, com as ideias que a gente tem formulada... (Entrevista Individual).

Até porque o teu objetivo é ter uma pesquisa pra que alguém use pra melhorar, pra se propor outras. Então Karine, acho que assim, o que a gente tinha pensado, que esse momento era um momento mesmo propício para a gente conversar. A gente vem de uma semana bastante complicada, se esse é o termo que a gente pode usar, né? Porque a gente sofreu aqui dois assaltos, então a gente ficou, se sentiu muito vulnerável. Se sentiu não, estamos nos sentindo muito vulneráveis e aí acho que a gente tem que falar um pouco sobre isso, mesmo. Sobre o nosso relacionamento enquanto instituição, mas também enquanto pessoas, né? Como nos sentimos enquanto pessoas... (Entrevista Coletiva).

Para finalizar é importante dizer que o eixo-temático aqui descrito não está diretamente relacionado aos objetivos da pesquisa, conforme consta no quadro 6 da descrição dos resultados. Entretanto, por se tratar de um conteúdo relevante considerou a necessidade de apresentá-lo aqui. Ainda, cumpre com uma etapa da metodologia em PdT que, apesar de adaptada a realidade local, prevê a realização da validação, conforme mencionado acima.

5 CLÍNICA DO TRABALHO COMO DISPOSITIVO INSTITUCIONAL: CUIDADO DE SI PARA O CUIDADO COM O OUTRO

Exercer uma profissão da clínica é voltar as suas responsabilidades fundamentais: dar hospitalidade ao sofrimento e trabalhar a demanda, confiar na palavra e ativar sua potência de subversão, ser disponível ao encontro, mas também tecer as regras e compartilhar as práticas dentro da equipe, evitar a dispersão institucional, tratar verdadeiramente as divergências e os desacordos entre profissionais... Deixar bater o coração da profissão (PÉRILLEUX, 2015, p. 65).

O desejo de desenvolver pesquisa nasce de algum tipo de reflexão em que o pesquisador ocupa um lugar de não-saber. Esse lugar é o que o move na busca por saciar suas dúvidas e tensionamentos de um campo de práticas. Entretanto, essa posição na-busca-por/de-saber não é absoluta, algo que se conquista, constituindo-se como uma verdade e sim, um momento de produzir novos questionamentos a partir daquilo que se experienciou.

Assim transcorreu o percurso de “desenrolar” dessa tese. Inicialmente, o que moveu o desejo de investigação no campo da Saúde Mental e Trabalho foi a tentativa de um encontro com profissionais da saúde para que se pudesse apreender sobre suas percepções a respeito da temática de pesquisa. Estar junto e pesquisar com para poder analisar aquilo que temos e aquilo que podemos.

Esse encontro tinha como objetivo pensar no cuidado com o usuário-trabalhador: aquele que acessa o SUS em busca de atenção a sua saúde e problemas do cotidiano, em especial relativo ao trabalho. Porém, ao conversar com as profissionais de saúde me deparei com uma necessidade mais urgente: a emergência de um espaço de fala, para dizer de si, do seu sofrimento e do quanto este não encontra acolhimento por parte da gestão e da instituição que estão vinculados. Não há lugar para o sofrimento do trabalho daquele que deve lidar com as amarguras do outro que recorre aos serviços em busca de saúde. Poder escancarar isso, expor o sentimento de desamparo e abandono diante daquilo que faz sofrer no trabalho, no caminhar da pesquisa, foi se tornando cada vez mais relevante, para então ocupar um lugar fundamental e decisivo.

Resisti, inicialmente, olhar diretamente para as profissionais da saúde, pois “não queria perder o foco” voltado ao usuário-trabalhador. No entanto, foi somente quando me permiti atender a esse chamado e notar cuidadosamente aquilo que era dito que percebi o quanto um fator estava intimamente implicado ao outro. Não há possibilidade de cuidado ao sofrimento dos usuários-trabalhadores se aquilo que faz sofrer aos profissionais de saúde não encontrar vez e voz.

Desse modo, represento o percurso da tese como um movimento, como um ciclo que não se fecha, que tem um ponto de partida, mas que o ultrapassa e não define um ponto de chegada, pois há de ser continuado.



FIGURA 1 – Percurso da Tese⁶

Assim, a figura acima, em formato de espiral, diz do sofrimento do usuário- trabalhador que vai ao encontro do sofrimento das profissionais da saúde: independente do papel desempenhado ou posição hierárquica ambos sujeitos sociais sofrem no trabalho. É indissociável o olhar para as tarefas produtivas executadas por aqueles que chegam ao serviço de saúde, sem olhar para si enquanto operador desses serviços.

⁶ Figura elaborada por Rafael Riviello Germano, especialmente para descrever o percurso da tese.

5.1 (NÃO) OLHAR PARA SI, (NÃO) OLHAR PARA O OUTRO

A partir das entrevistas, tanto individuais, quanto coletivas, além da circulação pelo campo de pesquisa, percebeu-se uma dificuldade, quando não uma negação do olhar para o sofrimento relativo ao trabalho dos usuários. Isso se deu por meio de uma desconsideração da centralidade do trabalho e deste fator como determinante ou agravante do adoecimento psíquico. Tal fenômeno foi interpretado como uma estratégia defensiva que as trabalhadoras do SUS utilizam para lidar com o sofrimento próprio do trabalho. Ao não reconhecer o sofrer do usuário neste contexto, também evitam o contato com sua própria vivência insatisfatória ligada ao ato produtivo.

Ao negar o próprio sofrimento, evitando entrar em contato com as asperezas do seu fazer nos serviços de saúde, o olhar perante o sofrimento no trabalho do outro (usuário) é impedido. Isso não é elaborado de modo intencional e sim inconsciente, já que é a partir das estratégias defensivas que encontram um modo de lidar com os aspectos árduos da vida produtiva. Quando não há uma forma de canalizar a angústia e o mal-estar no cotidiano de trabalho, as defesas entram em ação para evitar a descompensação psíquica. Assim, um espaço de troca e elaboração do sofrido se torna essencial não só para a saúde mental das profissionais da saúde, mas também para acolher o sofrimento do trabalho do usuário-trabalhador.

Entende-se aqui o fato de negar, bloquear e evitar contato com o sofrimento no trabalho como uma estratégia individual e coletiva de defesa. Porém, de forma alguma há a intenção de culpabilizar quem assim age, já que estas manifestações são importantes na preservação da saúde. Pelo contrário, responsabiliza-se, em grande medida, o modo como o trabalho se organiza e o seu desenvolvimento. É a organização do trabalho, fomentada pela gestão produtivista, quantitativista e centrada em resultados que pouco está atenta às necessidades das profissionais da saúde que está no âmago da questão.

As estratégias defensivas, por hora elaboradas individualmente e por hora coletivamente, tem a função principal de aliviar o sofrimento e por conseguinte, evitar a loucura. Entretanto, acabam desempenhando outra função no sentido de causar um

entorpecimento na atividade de refletir sobre o trabalho, afastando os sujeitos daquilo que os atormenta, bem como das possíveis mudanças que só são viabilizadas por meio da desalienação dos acontecimentos (PÉRILLEUX, 2015).

A recusa da palavra, de poder usar a palavra para manifestar sua insatisfação diante das dores psíquicas e físicas ocasionadas pelo trabalho que faz sofrer, leva a uma repressão de sentimentos e emoções que acabam por vezes expressos no corpo. Muitos trabalhadores que buscam algum tipo de assistência em saúde chegam aos consultórios levados por algum sintoma físico e que, muitas vezes, não se encontra uma explicação orgânica clara para tal desenvolvimento. Além disso, a recusa da palavra, do compartilhar sua angústia e apreensão provoca o isolamento dos trabalhadores que sofrem, pois ninguém mais, além dele mesmo, sabe o que vem passando. Este fato, muitas vezes, faz com que o trabalhador em sofrimento questione se os motivos que o faz sofrer no trabalho são reais, levando a questionar até mesmo sua sanidade mental.

O compartilhar da palavra ocorre a partir do método de grupos em um ambiente passível de expressão e elaboração do vivido do coletivo e pelo coletivo de trabalhadores. A partir dessa reflexão é possível então entrar em contato com as estratégias defensivas elaboradas para evitar o desprazer no trabalho, desconstruindo-as por meio da mobilização subjetiva e coletiva (MERLO; BOTTEGA; MAGNUS, 2013).

Por meio das entrevistas realizadas com os trabalhadores da saúde foi possível perceber o quanto a questão do cuidado consigo mesmo é crucial e decisiva no exercício do cuidado com o outro. Essa percepção não era clara antes e mesmo durante a pesquisa de campo, pois pode-se dizer que a conversa com as trabalhadoras foi se desvelando em outras formas de ver o fazer destas profissionais. Foi um processo que facilitou a percepção de que, sem um olhar institucional de cuidado, das condições de trabalho e do ambiente social de trabalho possível, não há como acolher o outro.

5.2 EM DEFESA DA CLÍNICA DO TRABALHO INSTITUCIONAL: DA ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR DO SUS AO ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS-TRABALHADORES

Inicialmente se propôs o desenvolvimento de entrevistas coletivas com os trabalhadores que foram contatados a partir das entrevistas e/ou serviços que tivessem interesse de promover a discussão sobre as questões relativas ao sofrimento no trabalho e sua interface com o acolhimento do usuário-trabalhador. A ideia era que fosse possível discutir os modos de trabalho em relação ao acolhimento dos usuários-trabalhadores que apresentassem sofrimento no trabalho. Porém, percebeu-se que havia uma necessidade de proporcionar um espaço de fala e escuta, antes da possibilidade de se discutir questões relativas ao cuidado do outro; de outro modo, pode-se dizer que antes era necessário poder falar de si. Então se optou por alterar sutilmente a metodologia de construção das informações juntamente com os trabalhadores participantes, justificando a importância de estar atento ao que os trabalhadores demandam.

Parafraseando Périlleux (2015), a circulação da palavra nos ambientes de trabalho possibilita o exercício da transmutação. Antes mesmo de restaurar o poder de agir, a Clínica do Trabalho “tem por objetivo tornar um sujeito capaz de assumir a potência da linguagem aventurando-se na palavra” (p. 46).

Assim como Périlleux (2015, p. 53), entendo por dispositivo um modo “de dispor os lugares”, essenciais para o trabalho terapêutico, de maneira que a palavra circule e que “um dizer” seja possibilitado. É a partir do encontro com o outro que a emergência da palavra é despertada. A proposta então é entender o dispositivo da Clínica do Trabalho como aquela que faz o uso primordial da palavra-ato: que tem a função de transformar tanto aquele que a enuncia quanto aquele que a recebe, porém, não realizando uma relação ativo-passiva e sim encarando ambos atores como agentes de mudança. “[...] a palavra e o relato revela o que ficou despercebido no passado e pode abrir caminhos novos para o futuro” (p. 50).

Palavra-ato entendida aqui como uma ação política que para além da fala e escuta produz significados, possibilita compartilhar o vivido, exercitar a dinâmica do reconhecimento e até mesmo denunciar o descontentamento. Assim o espaço público de discussão ocupa um

lugar central na composição da **Clínica do Trabalho Institucional**⁷. Este conceito refere-se a um espaço público de discussão, nos moldes da Clínica Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 2008b; MENDES; ARAÚJO, 2011), em que os trabalhadores da saúde podem resignificar o seu sofrimento vivido no trabalho. Além de compartilhar os mesmos objetivos da Clínica do Trabalho, como possibilitar a mobilização coletiva para a transformação da organização do trabalho e, como consequência, beneficiar a saúde dos trabalhadores, também permitirá que os trabalhadores, a partir do contato com o seu sofrer, percebam a dimensão vivencial da centralidade do trabalho e sim, sintam-se aptos para suportar, no sentido de oferecer suporte, ao sofrimento do trabalho dos usuários-trabalhadores.

A potência do trabalhador no ato de cuidar é possibilitada pelos encontros que se dão no âmbito da saúde. Por encontros, tanto com outros profissionais, quanto com os usuários, entende-se a capacidade de afetar e afetar-se. Para que o cuidado em saúde se efetive, é necessário que os trabalhadores produzam bons encontros entre si e com a gestão para que isso se expanda até os usuários (FRANCO, 2013).

É fundamental que este trabalhador tenha bons encontros junto ao mundo do trabalho, em específico com a gestão, que é um corpo concreto e simbólico, que pode operar em um polo paranoide, criando um ambiente persecutório, nas relações e trabalho, ou em um polo equivo, o da criação, invenção, lugar de processos instituintes e ricos em subjetivações (FRANCO, 2013, p. 249).

Para a Psicodinâmica do Trabalho, o espaço público de discussão é um conceito estrutural. Pode ser definido como um lugar onde se possibilita a discussão entre os trabalhadores, sendo legitimado e validado pelo coletivo. É um espaço em que as questões sobre o trabalho podem ser problematizadas e elaboradas, sendo um espaço de circulação da palavra. “É um espaço que resgata os vínculos afetivos, a solidariedade e a cooperação entre os trabalhadores e que permite a construção de um coletivo de trabalho que poderá avançar rumo a mobilização coletiva e a construção da saúde mental no trabalho” (MERLO; BOTTEGA; MAGNUS, 2013, p. 148).

⁷ Conceito proposto por esta tese a partir dos estudos sobre a Clínica Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 2008b; MENDES; ARAÚJO, 2011).

A proposta da Clínica do Trabalho objetiva lutar contra a alienação psíquica e social, por intermédio do uso da palavra, que então possibilitará a transformação na organização do trabalho. “Fazem a difícil pergunta das patologias do trabalho, onde a palavra não é só impedida por mecanismos de repressão social: é também o seu poder de simbolização do real que é posto em xeque” (PÉRILLEUX, 2015, p. 51).

Acrescenta-se aqui a função da Clínica do Trabalho Institucional como dispositivo que possibilita o contato com o sofrimento vivido nos espaços produtivos e que, a partir disso, poderá abrir novas possibilidades junto às ações dessa clínica com os usuários do SUS. Reconhecer o próprio sofrimento no trabalho permitirá encorajar o usuário a entrar em contato também aquilo que o faz sofrer. Romper com o silêncio, reencontrando o caminho da palavra e restaurando a potência de falar dos profissionais de saúde fará com que estes possibilitem aos usuários trilhar este percurso.

“Um dispositivo clínico deve possibilitar uma inversão – temporária – dos lugares institucionais: o clínico deve também ser “tratado” [...] (PÉRILLEUX, 2015, p. 54). Desse modo, se endossa o pensamento de que aquele que cuida, deve também ocupar um lugar de receptor de cuidados, mesmo que este seja circulante e não exclusivo. O dispositivo clínico aqui proposto é aquele que permita que o mal-estar seja verbalizado, que encontre um espaço concreto, simbólico e psíquico. A palavra, mesmo dolorosa, deve ser canalizada pela via da expressão.

É necessário dar um passo atrás: se quisermos que as políticas de cuidado em saúde do trabalhador se efetivem é essencial olhar, ouvir e permitir espaços de discussão aos trabalhadores que atuam neste contexto. É fundamental que a palavra-ato sobre o sofrimento vivenciado no trabalho encontre um lugar no espaço institucional, que as profissionais da saúde possam ativar essa circulação. Desse modo, esse movimento encontrará o lugar de fala e escuta também do usuário-trabalhador.

Mas eu acho que é interessante isso que a colega tava comentando. Essa situação de, como é que está a minha saúde para eu promover saúde, né? Querendo ou não, é um espaço também de saúde pro usuário. Mas como é que tá a minha saúde, em relação ao meu trabalho, para eu poder promover isso em relação ao usuário. A saúde dele, o trabalho dele, não sei se é bem isso que tu tá trazendo assim, mas a gente pode pensar nisso antes, assim. Eu acho superimportante o empenho que se tem em prol do usuário. Mas, às vezes, é preciso dar um passo atrás. O que eu preciso para poder dar este apoio, me dedicar a este trabalho ao usuário. É um cuidado com a minha saúde. É eu tá bem comigo mesma, é eu tá bem enquanto equipe. Então é a

saúde, que não é a saúde só minha, é a saúde do todo, é a saúde do grupo né. Eu tô bem, mas a minha colega não tá, então o que eu posso fazer? Sair um pouco daquela lógica individualista que a gente estava falando antes né. Não adianta eu tá bem e 5 colegas não estarem. Então, poder dar um passo atrás assim, não sei se vocês conseguem pensar um pouco sobre isso? Como é que a gente poderia pensar em colocar em prática este cuidado?... Esta questão das prioridades, né? Talvez... Ok, usuário em primeiro lugar, mas talvez aproximar um pouco esse cuidado comigo desse cuidado com o usuário. Não deixar tanto. Se a gente fosse colocar numa escala... Não sei, assim, tô pensando em outras coisas para a gente pensar junto em algumas estratégias, também, para lidar com estas dificuldades (Entrevista Coletiva).

Por isso se propõe a Clínica do Trabalho Institucional, primordialmente, para aqueles que prestam cuidados em saúde. A circulação da palavra sobre o sofrer no trabalho permitirá que esta percorra um itinerário até o usuário-trabalhador, atentando também para as necessidades desta clínica e ao mesmo tempo para aqueles que recorrem ao SUS.

Mendes e Araújo (2011) afirmam que antes de colocar em prática a Clínica do Trabalho, é necessário que se desenvolva naquele que opera essa clínica saberes a respeito do seu sofrer no trabalho. A dimensão vivencial se faz imprescindível aos clínicos do trabalho, já que este deve ocupar, ante, o lugar de aprendiz de si e de seus afetos. Para além do conhecimento teórico, o contato com seu próprio sofrimento, por meio da experiência do trabalho vivo, é determinante no modo de acolher as dores do outro, relativas ao trabalho. Ser capaz de afetar e ser afetado faz com que se constituía um campo para a mobilização. O ponto de partida composto pela disponibilidade de escutar é indissociável da subjetividade daquele que atua nesta clínica.

Para a apreensão das angústias vividas no trabalho, Dejours, inspirado na Psicanálise, propõe uma atividade de escuta atenta à fala dos trabalhadores. Não só a fala individual, mas principalmente a coletiva. Isso porque, para a Psicodinâmica do Trabalho, se o sofrimento é da ordem do singular, sua solução é coletiva. Para tanto é fundamental que se crie o que o autor chama de espaço público, espaço de circulação da palavra coletiva. É na escuta do que é expresso que se cria a possibilidade do sofrimento emergir e sua solução ser pensada por todos (LANCMAN; UCHIDA, 2003, p.6).

A leitura da teoria e a reprodução de passos metodológicos da PdT não asseguram o fazer clínico. É necessário mais: a condição da experiência relativa aos afetos é crucial na Clínica do Trabalho, possibilitando um escuta e interpretação efetiva. (MENDES; ARAÚJO, 2011).

A proposta de uma Clínica do Trabalho Institucional sugere uma “escuta da escuta”, ou seja, se propõe a ser um espaço no qual aqueles que escutam também são ouvidos. A

amplitude vivencial faz com que se constituía um modo de escutar específico para as demandas do trabalho, independentemente se os trabalhadores em sofrimento são usuários ou profissionais do SUS.

Existe uma diferença entre o entendimento sobre o tema, algo relativo a dimensão teórica, e a movimentação da prática em um determinado campo. É esta diferença que queremos enfatizar: pouco adianta saber, ter conhecimento, se este não circula, não toma vida e não se transforma em um trabalho vivo, ativados no fazer profissional perante a Clínica do Trabalho.

A escuta arriscada, conceito proposto por Dejours (1997), refere-se ao risco que o clínico corre ao ouvir e compreender, aquilo que o outro diz sobre o seu trabalho. Arrisca-se ao entrar em contato com aquilo que é inédito, quando se escuta a dor e drama vivido no trabalho do outro, bem como quando se exige uma tomada de posição diante da demanda escutada e o testemunho daquele sofrer (MARTINS, 2010).

Os elementos essenciais da clínica, a fala e a escuta, implicam em riscos afetivos que aqueles que a praticam nem sempre estão preparados para encarar. A escuta vai além do ouvir: só produz o verdadeiro efeito se envolver o risco. Isso convoca uma relação igualitária entre os sujeitos da clínica, tanto por parte daquele que fala, quanto por parte daquele que escuta. Isso ocorre para que juntos então busquem uma interpretação outra dos fatos e o enfrentamento de uma cena desconhecida, que, apesar de causar alguma aflição para os envolvidos (clínico, trabalhador, coletivo) a noção de que isso pode ser dividido, encoraja a dar continuidade no processo de análise do trabalho (DEJOURS, 2008a).

Por isso se constrói a proposta da Clínica do Trabalho Institucional, com base no referencial teórico da PdT, para que seja possível compartilhar o sofrimento vivido no trabalho. Deve ser encarada como uma ferramenta essencial para que o acolhimento integral e, especialmente no que diz respeito às problemáticas relativas ao sofrimento no trabalho do usuário-trabalhador, que possa ser uma prática ativa e efetiva. O que quero dizer é que o ato de falar, ouvir, e possibilitar ressignificar o sofrer pelo trabalho *do* coletivo *no* coletivo pode fazer com que as profissionais de saúde entrem em contato com suas dificuldades, reconhecendo-as, em primeiro lugar, podendo então questioná-las e transformá-las. Sem a existência deste espaço, sem o acolhimento do seu próprio sofrimento no trabalho, é muito

difícil, para não dizer impossível reconhecer e acolher o sofrimento no trabalho daquele que busca o SUS em situações de dificuldades vivenciados no contexto laboral.

Assim, as políticas públicas e tudo aquilo que perpassa o campo teórico não impactará o fazer dessas trabalhadoras de modo significativo, enquanto o campo vivencial estiver impossibilitado. É preciso viver o seu próprio sofrimento para poder viver com o usuário o sofrimento deste. Por isso se diz de uma ferramenta essencial para o cuidado com aquele que acessa os serviços de saúde.

O dispositivo aqui proposto deve ocupar um lugar importante nas políticas públicas em saúde, em especial, Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Além disso, deve ser articulado em outros documentos legais como convenções coletivas, estatutos que regem o serviço público, e ainda ações efetivas de uma gestão comprometida com a saúde dos servidores públicos e, por meio disso, dos usuários-trabalhadores.

Sensibilizar gestores municipais, estaduais e federais é uma tarefa primordial para que percebam que sem isso não é possível realizar o cuidado integral em saúde e trabalho dos usuários. Ademais, isso deve ser um objetivo de todas e todos profissionais da saúde, os quais devem atuar no âmbito micro político também, buscando constituir espaços públicos de discussão no âmbito do possível.

A necessidade de falar de si, daquilo que é vivido no trabalho é anterior às possibilidades de dar vazão às amarguras do outro. Assim, mesmo partindo do usuário o enfoque dessa pesquisa, chegou-se no profissional do SUS, para que então se pudesse retornar, mas de um modo diferente, à condição do usuário diante daquilo que impacta as suas relações de trabalho. Assim, percorri o caminho inverso: do usuário-trabalhador se chegou ao trabalhador-profissional de saúde.

Então eu acho que essa questão da política, porque tem boas políticas públicas de saúde são maravilhosas, o SUS é muito interessante etc, mas eu acho que as pessoas que tão lá na ponta não conseguem amarrar tudo isso, são muito poucas que conseguem, muito poucas, eu acho que talvez seria humanizar, humanizar mesmo os atendimentos a partir da humanização dos trabalhadores... (Entrevista Individual).

Então gostaria disso aí. E gostaria que no próprio serviço público municipal, que é o que eu tô, que a gente briga, porque a gente não têm uma legislação de saúde do trabalhador, né, a gente usa daí, vai pruma a vara comum lá e utiliza o próprio, as normas da CLT. Agora que estão começando a discutir lá, em Brasília, em pequenos, em grupos, em, de regiões e tal, tão discutindo uma legislação própria para o servidor

público, porque o servidor público não é amparado. Se você ficar doente, bom, era isso, né, vai, pode tirar licença, pode aposentar-se, enfim, mas você não tem amparos, né, pra um tratamento, acompanhamento do tratamento, enfim. Não tem uma legislação, né, tem mal e mal a notificação que é malfeita, não é quase nem feita. Então é isso que eu gostaria que melhorasse. (Entrevista Individual).

Não assim, quando tu, quando tu me convidou pra vim conversar enfim, fazer a entrevista eu quis até por causa disso, por causa dessas questões que a gente vem conversando [...] Isso, de se pensar isso assim, nossa, essa coisa do coletivo do individual, dos espaços onde a gente tá assim... Isso assim de ver o adoecimento dos trabalhadores e a gente chegar na sexta feira, "gente o lugar onde eu tô a sensação que eu tenho é que tá todo mundo de tal jeito..." mas, recomendo um espaço semanal de... grupo, de discussão... (Entrevista Individual).

Mais os procedimentos pra cuidar de quem já adoeceu né do que uma crítica mesmo sobre isso... que na verdade é isso, é algo estrutural, é algo muito complexo e é da sociedade que a gente vive, da forma que a gente organiza o trabalho, que se organiza politicamente, economicamente. É algo muito profundo e que é muito difícil também tu conseguir trabalhar isso com quem tu atende [...] e inclusive poder compor com a pessoa outros modos de trabalhar (Entrevista Individual).

Há algo primordial que vem antes... Pouco adianta ter formação, conhecimento e alguma prática em saúde do trabalhador se não há disponibilidade de espaço institucional para elaborar as vivências de sofrimento produzidas por aquele trabalho. Se não há essa permissão, esse espaço que é físico, de tempo e também psíquico, não se desenvolve a capacidade de vislumbrar, perceber, escutar e acolher a vivência de sofrimento do usuário relativa ao seu trabalho. Assim o cuidado não flui... não ultrapassa a barreira das defesas que são também construídas pelos profissionais da saúde para não perceber o sofrimento do outro.

Olha, antes de participar de uma capacitação eu acho que a gente precisava ter um momento de escuta da gente sabe, antes da gente ir para uma capacitação, eu não sei aonde seria isso, como seria isso, mas a gente que tá ali no tranco, no dia-a-dia, eu acho que precisa muito ter um momento para nós... da gente poder também tá falando das nossas coisas sabe... Mas sim acho que é interessante, seria bem importante assim, mas a gente precisava de um espaço sabe... (Entrevista Individual).

Ao dar-se conta que o usuário-trabalhador sofre também se percebe a própria relação com o trabalho e como não se encontra um caminho, um canal para esse sofrimento, acaba se elaborando estratégias defensivas com o intuito de evitar e negar o sofrimento. Recusado o acesso ao sofrimento próprio produzido pelo trabalho, não há como estar disponível para acolher o sofrimento do outro: para identificar a relação daquilo que faz sofrer vivido no trabalho do usuário e assim, poder oferecer apoio.

E ah e outra coisa também que a gente tem pensado assim é o quanto também quem adoce e quem está adoecido procura sempre espaços individuais de cuidado né, “eu quero a psicoterapia”, os próprios trabalhadores, nós, [...] a gente tem se questionado muito nós como trabalhadores assim, qual é, quais são os mecanismos que a gente tem de se defender e de lidar com os conflitos no trabalho né. E é isso, e às vezes a menina que tá com dor de estômago vai no médico, o outro que tá com dor no pé tem que ir no ortopedista e o outro que tá mal vai procurar o psicólogo individual sabe e isso foi algo que a gente tem feito bastante crítica assim [...] (Entrevista Individual).

[...] quais vão ser os meus espaços coletivos de cuidado? Vão ser trocas com colegas da profissão, vai ser com a minha equipe de trabalho? Será que eu vou ter oportunidade de ter uma equipe de trabalho que seja um coletivo que dê conta? E é isso assim... acho que é algo importante, a gente ter saídas coletivas pros problemas, não só individuais, que essas individuais elas não tão dando conta... (Entrevista Individual).

[...] acho que sim, falta, falta um espaço para as pessoas se sentirem escutadas né, sim, sim acho que teria que ter... algo coletivo talvez pra depois ter um espaço individual (Entrevista Individual).

E, realmente, a instituição assim, ela não tem nenhum serviço de apoio ao trabalhador. Nenhum serviço de apoio. Se tu não tá bem tu tem que procurar, né... Um apoio psicológico ou... uma atividade laboral assim, uma atividade física. Isso já foi proposto em outros momentos, em outras gerências e nunca, e nunca se efetivou. Teve projetos e isso nunca foi efetivado (Entrevista Coletiva).

Então acho que em parte é isso, falta de organização da gestão, falta de conhecimento da gestão sobre o trabalho da saúde mental na atenção básica, falta de formação daí dos trabalhadores que claro, frente a todo esse fracasso na gestão não se sentem aptos pra escutar e dar um suporte né, seja em grupo ou uma escuta individual (Entrevista Individual).

Esse cuidado institucional é visto nesta pesquisa como uma estratégia relacional primordial no cuidado em saúde mental do trabalhador, possibilitado pela Clínica do Trabalho. Um cuidado que deveria ser fomentado pelas instituições de saúde, defendido pela gestão, sendo previsto a sua indispensabilidade em documentos normativos e regulatórios. Entendido, portanto, como uma Clínica do Trabalho que viabilize o cuidado institucional com o profissional da saúde, sendo este um dispositivo que oportuniza a configuração de uma clínica comprometida com o cuidado com o sofrer do usuário-trabalhador.

Clínica do Trabalho no âmbito institucional porque é necessário olhar para o coletivo de modo coletivo, evitando uma prática individualizada e individualizante. Iniciativas de cuidado no contexto individual e privado já existem, entretanto, aqui propõe-se o imperativo do compartilhar vivências e enfoque no trabalho, o que, em inúmeros casos não ocorre na clínica psicológica individual tradicional.

Esse espaço concedido aos profissionais de saúde para cuidarem de si, além de proporcionar um benefício direto à saúde mental destes, propicia uma vivência que os capacita para lidar com as dificuldades vividas no trabalho dos usuários. Esse tempo e esse espaço deve ser encarado como trabalho: o tempo de cuidado é uma ferramenta que oferece suporte e amparo para a continuidade do trabalho e a efetivação da PNSTT (BRASIL, 2012) e, em especial, para a circulação prática da Linha de Cuidado Em Saúde Mental do Trabalhador e da Trabalhadora (BOTTEGA; MERLO, 2017).

O trabalho em saúde deve ter como enfoque o encontro entre profissionais e usuários, permeado pelas múltiplas possibilidades de constituir relações. A organização das práticas de saúde, incluindo aí as relações terapêuticas presentes no cuidado deve receber um destaque nas tecnologias leves. Tais tecnologias possibilitam a emergência da subjetividade por intermédio dos dispositivos de acolhimento, autonomia, vínculo e responsabilização que estão presentes nesse modo de trabalhar (AYRES, 2004; MERHY, 1997).

Assim, demonstra-se a necessidade de valorização das tecnologias leves (relacionais), pensando, especialmente na sua articulação com a Clínica do Trabalho. Em função de sua especificidade e ser um trabalho genuinamente relacional, o trabalho em saúde não pode ser mortificado, sendo capturado pelo excesso do uso de técnicas e equipamentos. Seu objetivo não deve ser, exclusivamente, fazer uso de recursos tecnológicos altamente estruturados e sim em processos interventivos junto aos usuários. É um modo de atuar que opera no âmbito do encontro de subjetividades, enfatizando a tecnologia das relações, que vai muito além do conhecimento técnico estruturado (MERHY, 1997).

As tecnologias leves se referem as relações interpessoais e compreendem a construção de vínculos, o acolhimento e a autonomização. Na prática dos serviços de saúde, deve-se priorizar as tecnologias leves já que são a partir destes elementos que se pode desenvolver um cuidado integral e humanizado (GOMES; PINHEIRO, 2005).

A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do médico que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos (GOMES; PINHEIRO, 2005, p. 290).

Percebe-se, desse modo, que o prestador de cuidados ocupa um lugar primordial na construção de relações e afetos no campo da Saúde. Investir nele é investir no cuidado com o

usuário. Assim, a proposição é que a implementação da Clínica do Trabalho seja no sentido de fortalecer e legitimar tais conceitos e práticas, pois é por meio do diálogo, do vínculo, da escuta ativa que se dá o acolhimento de modo que a integralidade e a humanização sejam essenciais no cuidado em Saúde do Trabalhador.

É necessário o resgate da centralidade do trabalho por meio da dimensão relacional e vivencial dos profissionais de saúde para que então seja viabilizado todo o cuidado que os usuários-trabalhadores necessitam no que diz respeito ao sofrimento no trabalho. A partir da expressão do sofrimento do seu próprio trabalho que o profissional vai poder oferecer suporte ao usuário que apresente também essa demanda.

[...] acho que tá por aí também nessa questão da saúde do trabalhador poder tá, tá bem né, tá saudável, poder ter uma escuta poder ter, acho que primeiro tem que estar bem para poder cuidar do outro assim né e ter condições para se estar bem, numa rotina diferente dentro da saúde mental [...] (Entrevista Coletiva).

Fico pensando que até para acolher, e acolher muito bem, a gente também tem que se acolher. Primeiro a gente com a gente e depois com o grupo. Porque senão como é que a gente vai tá acolhendo o outro se a gente não se acolhe? Eu volto a questão de que a gente tem que tratar as coisas da gente em algum momento assim. Para a gente poder refletir, para a gente poder falar abertamente, poder se sentir à vontade, eu acho que isso é a primeira coisa (Entrevista Coletiva).

Nós tivemos um momento. Aí tudo tem um momento. Eu tive um momento nessa equipe, que era da equipe de trabalhar algumas coisas. Se a gente tivesse né, continuado, se a gente... Trazer estes momentos para eles acontecerem mais vezes, acho que muita coisa vai aparecer e muita coisa a gente pode ir trabalhando pra unir mesmo, assim, para fazer uma grande frente. [...] A gente precisa sempre fazer uma grande frente. Então acho que tem um espaço aí para a gente... é cuidar da mãe, entre aspas, para que as mães cuidem dos filhos. Imagina uma mãe dentro de um avião, cai a máscara dessas, a mãe vai ter que respirar para poder ajudar o filho... da gente poder se cuidar, pra poder cuidar... (Entrevista Coletiva).

Olha pelo que tenho visto dos vários colegas... Eu observo bastante, até pode parecer que não, mas é que nem aquilo que eu coloquei, não é o sofrimento por tu não ir trabalhar por causa dos colegas ou da profissão que tu escolheu, mas é no sentido da situação em que tá, sabe. Da proposta que foi colocada pro profissional trabalhar. É nesse sentido, tá se tornando um adoecimento muito grande do profissional. Porque ele não consegue... Ele não sabe como vai atender o usuário se ele não tá condições de ele se atender mesmo, dele conseguir ele se ajudar. Porque, já que não tem gestão que olhe para este lado dele, como é que ele vai conseguir, como profissional, trabalhar bem e fazer um trabalho bem feito, dentro daquilo que ele gosta de fazer. Porque, quando tu escolhe uma profissão é porque tu gosta. Não entrou enfermeira porque tu, "ahh..." Não, é porque tu gosta de fazer aquilo. E aí tu acaba te decepcionando porque tu espera o mundo e tu chega lá e não é nada daquilo. E aí tu acaba te decepcionando e tu vai adoecendo. Porque tu adocece com o teu usuário. Porque tu quer ajudar ele e tu não tem como. Tu não tem, tu não tem uma estrutura nem física e nem estrutural, nada. E aí como é que tu vai oferecer o teu trabalho bem feito, se tu não tem esta com concepção contigo mesmo, que tu não estas bem contigo mesmo. Se fosse só lado financeiro, beleza, mas e aí? E o resto? Então tem toda uma conjuntura (Entrevista Coletiva).

O principal “instrumento” de trabalho do profissional da saúde é ele mesmo, seus recursos internos, seu potencial de escuta e acolhimento. Se não há investimento naquele que presta os cuidados, investir em recursos técnicos e materiais acaba sendo de pouco significado.

Na medida que se olha para o seu próprio trabalho, se questiona, se exercita capacidades internas de provocar esse movimento no usuário-trabalhador de também desenvolver uma reflexão sobre o seu fazer. Assim, o usuário vai poder contar com uma clínica que ofereça acolhimento para aquilo que o faz sofrer no trabalho, podendo compartilhar suas emoções com alguém que compreende essa vivência porque também entrou em contato com suas próprias.

A reflexão compartilhada sobre o que é possível reativar no mundo do trabalho, em que o clínico/profissional da saúde tem o papel de “pensar com-pensar junto” enfatiza que o usuário em sofrimento não está só para enfrentar as amarguras do contexto produtivo. Neste sentido, a partir da pesquisa desenvolvida por esta tese percebeu-se então a necessidade de haver uma abertura para se falar sobre o sofrimento no trabalho das profissionais de saúde: é impraticável abordar o sofrimento do outro sem abordar o sofrimento próprio, sem haver um espaço para verbalizá-lo e resignificá-lo.

Sendo assim afirma-se que a compreensão sobre como se dá a relação entre a saúde mental e o trabalho do usuário-trabalhador que chega para atendimento nos serviços do SUS é completamente atravessada pelas práticas de (não) cuidado institucionalmente construídas para dar conta do sofrimento dos profissionais da saúde. Sem a devida atenção institucional direcionada ao coletivo de profissionais da saúde há uma mínima possibilidade de haver o cuidado com o outro no que diz respeito ao sofrimento no trabalho. Não há como estar disponível para ouvir o sofrimento do trabalho do usuário se o sofrimento do próprio profissional não encontra voz e vez para ser elaborado e transformado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS – OUTRAS PALAVRAS...

Dos nossos medos nascem as nossas coragens, e em nossas dúvidas, vivem as nossas certezas. Os sonhos anunciam outra realidade possível, e os delírios outra razão. Nos descaminhos esperam-nos surpresas, porque é preciso perder-se para voltar a encontrar-se.

[Eduardo Galeano]

Ao chegar ao fim da escrita é relevante contar sobre o percorrido durante a elaboração e execução da proposta de tese. Se faz necessário mencionar algumas ponderações a respeito da trajetória desenvolvida, bem como retomar alguns pontos já aprofundados. O fim refere-se a esta etapa, mas o percurso de vida, tanto da pesquisadora, quanto daqueles que contribuíram com esta pesquisa estão em movimento, não se findam.

Busca-se aqui realizar uma articulação pontual entre o campo teórico e, especialmente, considerações sobre a prática vivida e problematizada na tese. Assim se elaboram as considerações finais, com o intuito não de fechar, mas sim abrir outros caminhos e possibilitar novas e inventivas práticas no campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho.

O campo de pesquisa e o conteúdo revelado por este fez com que se fosse possível realizar uma descrição analítica detalhada das nuances presentes no fazer (ou na impossibilidade deste) em saúde mental relativa ao trabalho. Também permitiu que se abordasse o sujeito que está permeado por este ato produtivo, seu cotidiano de trabalho, relações com as instituições e processos de saúde e saúde e adoecimento.

O objetivo geral da tese refere a compreensão a respeito das percepções dos profissionais da saúde sobre a problemática da saúde mental relacionada ao trabalho dos usuários-trabalhadores do SUS. O intuito era, por meio do percurso de pesquisa, aproximar-se destes trabalhadores da saúde e vivenciar com eles seu cotidiano de trabalho, constatando as potências e asperezas de ser profissional do SUS, pensando, de sobremaneira, no acolhimento dos usuários naquilo que diz respeito ao sofrer no trabalho.

No entanto percebeu-se, de modo gritante, o sofrimento das entrevistadas, o que ofuscava demasiadamente a necessidade de abordar como algo primordial a vivência dos

usuários no contexto de trabalho. Afetar-se por aquilo que estava sendo expressado pelas participantes foi crucial para o deslocamento necessário ao prosseguimento deste estudo.

Inicialmente, esta escrita dedicou-se a apresentar brevemente o campo problemático relacionado aos objetivos da tese, enfatizando, sobretudo, as questões contemporâneas que envolvem o sujeito que trabalha e os modos produtivos. Além disso, abordou os impactos na vida e na saúde desse sujeito que o trabalho tem desencadeado, demonstrando a proposta da Clínica do Trabalho como intervenção. Possibilitou também discutir as questões relativas a articulação entre as Políticas de Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, o que ainda não está associado de maneira clara e significativa.

O percurso relativo ao método de trabalho abordou toda a trajetória de pesquisa, principalmente o vivido no campo em investigação. Esta fase foi permeada por impasses e novas possibilidades, já que nem tudo decorreu conforme previsto antecipadamente. A reinvenção foi convocada para que se pudesse dar conta da proposta de pesquisa, sem comprometer os objetivos ou aquilo que já estava em andamento. Isso diz respeito às alterações no levantamento de informações, que a princípio se dedicava a realizar rodas de conversa nos serviços a respeito da saúde dos trabalhadores-usuários.

Assim, em meio às mudanças, para atingir aos objetivos propostos por esta tese realizou-se uma pesquisa-intervenção em que foram feitas 15 entrevistas individuais e 4 entrevistas coletivas. As participantes atuam nos serviços de saúde do SUS e estão ligadas a diversos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Ao total 69 pessoas foram escutadas no decorrer da pesquisa de campo.

É importante mencionar que houve uma dificuldade significativa de acesso aos profissionais de saúde. Inúmeras pessoas e serviços contatados não demonstraram interesse em participar da pesquisa. Este fato chama atenção e contradiz outras pesquisas, já que quando há possibilidade de ocupar um espaço de fala e escuta, os possíveis participantes geralmente não se opõem a conceder entrevistas, por exemplo. Uma provável análise relativa a este fenômeno pode se direcionar a observar o desmantelamento dos coletivos, em que o clima de tensão e desconfiança ronda os espaços de trabalho atualmente, o que foi apontado por aquelas que foram entrevistadas. Ademais, acrescenta-se a sobrecarga de trabalho

dificultando o acesso a estes durante a jornada de trabalho, bem como o não desejo de falar sobre o trabalho em momentos extratrabalho.

O acesso as participantes se deu por meio da metodologia da bola de neve, sendo construída a amostra por conveniência. Isso significa que muitas entrevistadas foram convidadas pela pesquisadora para participar da pesquisa, sendo que estas pessoas de alguma forma tiveram contato com a saúde do trabalhador. Isso fez com que tais participantes demonstrassem em suas falas a importância do estudo e da intervenção no campo investigativo da tese. Entretanto, quando se entrevistou as profissionais que foram indicadas por outras participantes se percebeu uma dificuldade até mesmo na compreensão da proposta da pesquisa, o que muitas vezes fez com que elas “fugissem” do tema, abordando outros conteúdos, diferentes do proposto. Além disso, percebeu-se uma não-atuação de tais participantes neste campo e um certo constrangimento em evidenciar ainda esse desconhecimento do campo teórico e prático proposto pela tese, pois a sensação era que algumas não tinham a mínima noção sobre saúde mental e trabalho, não sabendo inclusive da existência da PNSTT.

De qualquer modo, buscou-se organizar o material de maneira que o conteúdo das entrevistas não se referisse apenas a uma vivência individual. As profissionais falam sim de si, mas vão além: dizem de um coletivo de trabalho e desse fazer na saúde que é múltiplo feito por muitos corpos e saberes. Desse modo, segue-se a perspectiva da PdT que tem como foco aquilo que é compartilhado, vivido com e não relativo à exclusividade.

As entrevistas tanto individuais quanto as coletivas, que foram amplamente trabalhadas na análise e discussão dos resultados, tiveram uma função de fazer falar e ouvir as profissionais da saúde. Esse movimento de resgate da história dos trabalhadores atendidos e da própria história de trabalho das profissionais de saúde fez com que fosse possível perceber aquilo que, no momento ocorrido, não havia sido notado, ou não se havia dado tanta ênfase. Isso aconteceu diversas vezes, em que, a partir dos questionamentos da pesquisadora, as entrevistadas passaram a recordar situações vividas com os usuários, lembrando do quanto algumas situações de trabalho de tais sujeitos tinham sido decisivas no desencadeamento e desenrolar dos sintomas de sofrimento.

Dar a oportunidade de, em primeiro lugar, pensar, falar e ouvir-se e elaborar esse vivido, ocasionou uma sensibilidade perante a novas problemáticas advindas do seu próprio modo de trabalhar. É como se esta pesquisa tivesse a função de dizer pela primeira vez, em alguns casos, ou lembrar, em outros, que o trabalho existe, faz parte da vida delas próprias e dos usuários, afeta a vida, mesmo quando vive-se uma situação de não-trabalho.

A análise proposta por esta tese apontou inúmeros fatores que desempenham um papel decisivo na construção de profissionais sensíveis as problemáticas relativas às vivências de trabalho, sejam suas próprias, sejam dos usuários. O processo educativo, podendo ser formal e acadêmico, ou ligado às ações de educação permanente ou até mesmo por meio de iniciativa individual foram marcantes na constituição de sujeitos que buscam colocar em práticas ações no âmbito da saúde dos trabalhadores.

Foi possível notar que algumas pessoas podem afirmar que sim, o trabalho é central, mas quando se questiona o fato do trabalhador estar (ou não) adoecido em função do seu trabalho, aí afirma-se que a causa é multifatorial, como se os diversos elementos tivessem o mesmo grau de influência. Então, de fato, leva-se em consideração a centralidade do trabalho? Ou ele é central somente para a vivência das profissionais da saúde, não podendo ocupar esse espaço também na vida dos usuários? É possível afirmar que algumas entrevistadas entendem e consideram o sofrimento e processos de adoecimento relacionado ao trabalho e outras não. Aquelas que possuem essa compreensão tem uma trajetória consolidada nas políticas públicas de saúde mental e trabalho. Mesmo assim, as pessoas que têm esse entendimento consideram que a maior parte dos colegas não compartilham das mesmas ideias, apresentando uma compreensão fragmentada, voltando o olhar para o indivíduo, descontextualizado do âmbito social, focando nos diagnósticos e sintomas e para um modo de tratamento individualizado e medicamentoso.

Há dificuldades evidentes na atualização de práticas de saúde em que a saúde mental, muitas vezes acaba centrada no modelo biomédico, com direcionamento a um cuidado exclusivamente psiquiátrico. Já quando se aborda as problemáticas do trabalho e o campo da psicologia, ainda se tem como referência ações da Psicologia Organizacional, centrada no desempenho individual, o que inclui também uma culpabilização do sujeito pelo seu processo de saúde-adoecimento.

Assim, percebe-se que as temáticas relativas ao mundo do trabalho, clínica, saúde e subjetividade devem ser extremamente debatidas na universidade, já que ali os profissionais passam grande parte da sua vida acadêmica, especialmente no contexto da graduação dos cursos de saúde. Isso deve ser encarado como um compromisso com a formação de novos profissionais da saúde que atuarão, em grande medida, no SUS. Não obstante, formação permanente e investimento na pós-graduação com enfoque nas temáticas mencionadas também podem fazer a diferença nos serviços de saúde.

É um processo lento que pode ser modificado especialmente pela inserção de novos profissionais que tiveram uma formação que leva em consideração as políticas públicas voltadas aos trabalhadores. Por isso, em sua construção enquanto profissionais na área da saúde deve haver preocupação com a saúde do trabalhador, um entendimento e reconhecimento de que o trabalho pode fazer sofrer e adoecer, já que é central na vida dos sujeitos e da sociedade.

A experiência, possibilitada pela atuação na Clínica do Trabalho, faz com que seja possível reafirmar o que esta tese evidenciou. Os anos de prática possibilitam, juntamente com os trabalhadores atendidos, a reflexão sobre estratégias a serem acionadas para resistir ao sofrimento do mundo do trabalho. A Clínica do Trabalho, por ser uma clínica da ação, num sentido contrário ao passivo, faz com que a cooperação usuário-profissional da saúde, em comparação a díade paciente-terapeuta deve ser plenamente acionada durante os atendimentos.

A vivência proporcionada pelo campo demonstrou que o sofrimento produzido pelo trabalho é foco de ações muito pontuais que não representam o modo como as equipes de saúde atuam, de modo generalizável, no SUS. É muito mais um desejo individual do que compartilhado, que surge a partir da trajetória acadêmica e profissional dessas trabalhadoras sensíveis a essa problemática. É difícil e em alguns momentos até constrangedor abordar a especificidade do sofrimento psíquico relativo ao trabalho que os usuários-trabalhadores podem apresentar na busca pelo atendimento junto ao SUS, já que as condições de trabalho, envolvendo a infraestrutura, o apoio institucional e o suporte da gestão que é oferecido as profissionais da saúde é extremamente precário, até mesmo para recursos básicos. Assim, como falar do sofrimento no trabalho do usuário com as trabalhadoras do SUS diante de um

contexto de trabalho tão degradante? É como se elas perguntassem: “e o meu sofrimento, ninguém vê?” Esse questionamento ecoou simbolicamente em inúmeros momentos das entrevistas e da escrita da tese.

Esse sofrimento foi evidenciado pelas precárias condições de trabalho, perversa organização e modos de gestão que atualmente regem o fazer no serviço público, além de ser permeado por relações que violentam as profissionais, sejam de modo simbólico ou direto. Todo esse cenário, acompanhado pelo desinvestimento do poder público fazem com que o sentimento de abandono e desamparo estejam presentes no cotidiano dos serviços públicos de saúde. Todos esses fatores foram levados em consideração, quando observamos a relação com os usuários, pois estão intimamente ligados ao modo de acolhimento que está acessível a estes trabalhadores ofertarem aos usuários.

De modo algum se quis emitir julgamentos às profissionais envolvidas na pesquisa, pelo contrário, a proposta aqui também é compreender e analisar como agem as estratégias, sejam elas de resistência, sejam defensivas no âmbito subjetivo do trabalhador. A partir desse entendimento, busca-se refletir para quem sabe, desconstruí-las, superando esse modo de defender-se daquilo que é penoso no trabalho, em busca de um ambiente laboral saudável e capaz de proporcionar prazer e realização às trabalhadoras.

A pesquisa também teve a função de propor intervenções nos espaços de trabalho. Notou-se que a partir das entrevistas individuais as trabalhadoras puderam repensar sobre a temática trabalho, observando qual é o lugar que ocupa em suas vidas, que fazeres são esses relativos à saúde dos trabalhadores, bem como repensar sobre seus próprios, e do coletivo, processos de saúde e adoecimento no trabalho. Nas entrevistas coletivas, além daquilo que foi proporcionado nos momentos individuais, percebeu-se um início de organização no sentido de provocar mudanças no espaço de trabalho. Aquele espaço tão singelo de fala e escuta pode ser um lugar de encontro do coletivo e verbalização do comum e, assim, apresentar propostas diferentes para um futuro próximo, o que foi significativo para as equipes participantes.

A partir da evidência de que há um profundo desconhecimento tanto da PNSTT, quantos das temáticas relativas a centralidade do trabalho e produção de subjetividade, pretende-se com esta tese, disseminar informações tanto sobre a política, quanto sobre as

suas possibilidades de implementação, nos mais diversos contextos da saúde. Esse movimento iniciou-se no processo de pesquisa-intervenção delineado no campo, onde além de oferecer um espaço de fala e escuta, individual e coletiva, realizou-se a entrega de materiais (livro e cartilha) já elaborados com o apoio do Ministério da Saúde para orientar as profissionais na atuação das práticas em saúde mental e trabalho. Assim, a ideia é que esta tese não se finde aqui, mas que a partir dela se dispare discussões e reflexões sobre aquilo que neste trabalho foi ressaltado.

Esta tese, além de apontar diversas fragilidades dos serviços de saúde e do sistema como um todo, buscou ressaltar ações que tem sido efetivas no campo da Saúde do Trabalhador, mesmo que atuando em um contexto micro social. Assim o intuito era valorizar aquilo que já se configura como uma prática, uma sabedoria do vivido, reconhecendo o esforço, muitas vezes individual das trabalhadoras em tentar implementar as políticas de Saúde do Trabalhador com enfoque especial na saúde mental. Interessa ressaltar aquilo que há de potente no que é experienciado na vida e no trabalho dessas mulheres. Nota-se assim, que por mais que existam dificuldades no trabalho público em saúde, há possibilidades. Sobre elas também se buscou ressaltar, tanto por meio da descrição de ações voltadas ao cuidado com os usuários, tanto com relação ao possível em resistir ao sofrimento vivido em ser profissional do SUS.

Uma percepção do elo entre saúde e trabalho que vá além da consideração da centralidade no trabalho, que possa ser aprofundada, é necessária. Que perceba o trabalho como constituidor e destruidor da identidade dos sujeitos. Há uma dificuldade dos próprios trabalhadores de que perceberem o espaço de trabalho, incluindo o cotidiano e um momento adequado, como promotor de saúde. É como o exercício do cuidado de si fosse algo a ser desempenhado fora do local de trabalho e não tivesse relação com as atividades profissionais.

É urgente a construção de propostas que viabilizam o cuidado com a saúde mental dos profissionais de saúde. O adoecimento e as consequentes faltas, afastamentos, além do sofrimento intenso vivido, foi amplamente ressaltado neste trabalho. Por isso, propõe-se que um dos objetivos e diretrizes das ações do Ministério da Saúde voltadas para a saúde mental do trabalhador, seja um cuidado efetivo com os trabalhadores dos serviços, já que estes são essenciais para a operacionalização dos serviços e demais políticas do SUS. Da sua saúde, bem-

estar, reconhecimento no trabalho e desejo de atuar no serviço público dependem as práticas voltadas aos usuários.

Sem uma Clínica do Trabalho Institucional para aqueles que prestam cuidados em saúde, há poucas possibilidades para a implantação de uma Clínica do Trabalho para os usuários do SUS. O rumo que a pesquisa foi tomando evidenciou ainda mais que não é possível falar do trabalho, da atividade a ser desempenhada e seu cotidiano, sem falar dos trabalhadores, sem permitir que estes tenham voz e falem de si, de suas vivências, angústias e realizações no trabalho. Desse modo, para que sejam pensadas ações efetivas ligadas a uma Clínica do Trabalho voltada aos usuários-trabalhadores, é imprescindível que essa proposta clínica esteja em circulação no âmbito institucional, ou seja, tenha também um enfoque para o sofrimento dos profissionais de saúde.

Para além da elaboração da PNSTT estão as ações efetivas que possibilitem aos usuários identificar os serviços de saúde, sejam eles básicos ou especializados, como locais em que eles poderão encontrar apoio caso estejam vivenciando dificuldades no trabalho. Independente de tratar-se de uma questão física ou psíquica os serviços devem torna-se referência e colocar em prática a noção de transversalidade presente na política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Também é relevante dizer sobre as dificuldades de escrever esta tese. Por muitos momentos o sentimento de impotência e até mesmo frustração esteve presente no percurso, diante de tantos obstáculos vivenciados junto com as profissionais e perceber o quanto o real do trabalho no serviço público agride essas trabalhadoras. Ainda, o momento sócio econômico brasileiro, extremamente delicado, fez rever e repensar diversas vezes sobre aquilo que está sendo proposto aqui e o quão distante isso parece estar atualmente. Mesmo assim, acredita-se na revolução mesmo que microscópica, aquela que é aquecida nas relações e somada a partir das trocas diárias. Pensa-se que os sujeitos, associados uns aos outros, podem provocar mudanças, mesmo que localizadas.

Por fim, deseja-se que este estudo possa fundamentar políticas de saúde mental e trabalho pensando no cuidado com aqueles que operam os serviços. Enfatiza-se a importância dos espaços fala e escuta, o que se chamou de Clínica do Trabalho Institucional, em que os profissionais do SUS possam compartilhar aquilo que faz sofrer no trabalho, dando a esta

carga psíquica um lugar de potência e transformação. A partir desse acolhimento, diante das dificuldades laborais, poderá então estar disponível para um cuidado integral e humanizado relativo a saúde dos trabalhadores-usuários, colocando em movimento o olhar permeado pela Clínica do Trabalho.

Assim, encerro esta tese em um tom de reticências, muito mais do que de ponto final. Espero que seja um ponto de partida de reconhecimento que a saúde mental daqueles que operam os cuidados no SUS é um recurso imprescindível, essencial para que o usuário receba o acolhimento necessário. Que estas palavras aqui escritas não permaneçam apenas em circulação no meio acadêmico, que ultrapasse os muros da universidade e chegue até os trabalhadores, em um diálogo entre gestores, profissionais e usuários do SUS...

REFERÊNCIAS

ALVES, G. Trabalho, Capitalismo Global e a “Captura” da Subjetividade: Uma Perspectiva Crítica. In: LOURENÇO, E. (et al). **O Averso do Trabalho II: Trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. pp 41-59.

_____. Trabalho flexível, vida reduzida e precarização do homem-que-trabalha: perspectivas do capitalismo global no século XXI. In: MOTA, D.P; VIZZACCARO-AMARAL, A.L. (orgs.). **Trabalho e Saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI**. São Paulo: LTr, 2011a. pp. 39-55

_____. **Trabalho e subjetividade – o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011b. 168 p.

AMARANTE P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

AMAZARRAY M. R., CÂMARA, S. G. CARLOTTO M. S. Investigação em saúde mental e trabalho no âmbito da Saúde Pública no Brasil. In: Merlo ARC, Bottega CG, Perez K. V, (org). **Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtorno psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf; 2014. p. 75-92.

ANDRADE, C. D. de. **Sentimento do mundo**. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

ANTUNES, R. Produção Liofilizada e a Precarização Estrutural do Trabalho. In: LOURENÇO, E. (et al). **O Averso do Trabalho II: Trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. pp 21-40.

ARENDT, H. et al. **Eichmann em Jerusalém: uma reportagem sobre a banalidade do mal**. 2004.

ASSUNÇÃO, A. Á.; BELISÁRIO, S. A. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**, 2004; 8(14):73-92. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 16 de jul. 2017.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005 Acesso em 23 jul. 2017.

BAIERLE T. C.; MERLO A. R. C. Saúde mental e subjetividade no trabalho de uma guarda municipal: estudo em psicodinâmica do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 11(1), 2008, 69-81. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172008000100006
Acesso em abr. 2017.

BÁRBARO, A. M. et al. Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 5, n. 2, p. 1-16, 2009. Disponível em http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/principal/acervo/pdf/i16transtornos_mentais.pdf. Acesso em 02 de Mar. 2015.

BARRETO, M.; HELOANI, R. O Assédio Moral como Instrumento de Gerenciamento. In: MERLO, A. R. C., BOTTEGA, C. G., PEREZ, K. V. (Orgs.) **Atenção à Saúde Mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014. p. 52-74.

BAUMAN, Z. **Vida Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

BENDASSOLLI, P.; SOBOLL, L. A. P. Introdução às Clínicas do Trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In: BENDASSOLLI, P.; SOBOLL, L. A. P. (Orgs.). **Clínicas do Trabalho: Novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2010. p.3-21.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14>. Acesso em: 23 Jul. 2017.

BITTENCOURT, L. C., BELOMÉ, M. C., MERLO, A. R. C. **Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, Sistema Único de Saúde e a Saúde Mental**. In: MERLO, A. R. C., BOTTEGA, C. G., PEREZ, K. V. (Orgs.) **Atenção à Saúde Mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

BORSOI, I. C. F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. spe, p. 103-111, 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2017.

BOTTEGA, C. G. **Loucos ou heróis: um estudo sobre prazer e sofrimento no trabalho dos Educadores Sociais com adolescentes em situação de rua**. 2009. 201 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

_____. **Clínica do Trabalho no Sistema Único de Saúde: Linha de Cuidado em saúde mental do trabalhador e da trabalhadora**. 2015. 215f. Tese. (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2015.

_____; MERLO, A. R. C. Prazer e sofrimento no trabalho dos educadores sociais com adolescentes em situação de rua. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 259-275, set. 2010. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172010000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 mar. 2017.

_____; _____. Clínica do Trabalho no SUS: Possibilidade de Escuta aos Trabalhadores. **Psicologia e Sociedade**, v. 29, p. 1-11, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e156376.pdf> Acesso 28 jul. 2017.

_____; _____. Linha de cuidado em saúde mental do trabalhador: discussão para o SUS. **Pol i s e P s i q u e**, v. 6, p. 77-102, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2016000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso 28 jul. 2017

BRASIL, **Constituição Federal**. Diário Oficial da União. Brasília, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, 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. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 15 de fev. 2015

_____. **Lei nº 8.142, 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 15 fev. 2015.

_____. **Lei nº 10.216, 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 22 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1679/GM de 19 de setembro de 2002**. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. 2002. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>. Acesso em 04 de mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília (DF): MS; 2004. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf. Acesso em 20 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda: pólos de educação permanente em saúde** – conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf. Acesso em 12 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde – 2006, v.9, Brasília, 2009. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 08 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em 12 de mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 22 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 4 mai. 2016.

_____. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social: 2010**. Brasília: MPS/DATAPREV; 2011c. 19 v. Disponível em http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1_121023-162858-947.pdf. Acesso em 25 de fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em 28 de fev. 2015.

_____. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social: AEPS 2014**. Ministério da Previdência Social, Brasília, v. 23, ano 1, 2016. Disponível em: <http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps>. Acesso em: 22 maio 2016.

BROTTO, T. C. A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Rev. bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v37n126/a11v37n126.pdf>> Acesso em: 24 de jul. de 2017.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social, uma crônica do salário**. São Paulo: Vozes, 1998.

CASTRO, T. C. M. **Reconhecimento e vida dos guardas municipais**: clínica do trabalho na atividade de segurança pública. 2010. 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

_____. T. C. M.; MERLO, A. R. C. Reconhecimento e saúde mental na atividade de segurança pública. **Psico**, Porto Alegre, v. 42, n. 4, p. 474-480, 2011.

Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/6921/7452>
Acesso em 16 mar. 2017.

CATTANI, Antonio David. Apresentação. In: ROSSO, Sadi Dal. **Mais trabalho: A intensificação do labor na sociedade contemporânea**. São Paulo: Boitempo, 2008.

CECCIM, R. B., FEUERWERBER, L. M. C. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, p. 41-65, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 16 jun. 2017.

_____; R.B., FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. Disponível em:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 18 jul. 2017.

CERVANTES, Miguel de. O engenhoso fidalgo D. Quixote de la Mancha. **Rio de Janeiro: Record**, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466/12. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasil**, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 16 de fev. 2015.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986.

_____. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

_____. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**, v. 1, Ed. Atlas, São Paulo p. 149-174, 1993.

_____. **O fator humano**. São Paulo, FGV, 1997.

_____. **Banalização da injustiça social**. São Paulo: Fundação Getulio Vargas, 1999.

_____. Novas formas de organização do trabalho e lesões por esforços repetitivos (LER): abordagem através da psicodinâmica do trabalho. In: SZELWAR, L.; ZIDAN, L. (Orgs.). **O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços**. São Paulo: Plêiade, 2000. p. 37-44.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365132004000300004>.
Acesso em: set. 2016.

_____. *Addendum* – Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours - Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo, 2008a, p. 49-106.

_____. A metodologia em psicopatologia do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours - Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo, 2008b, p. 107-128.

_____. ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1993.

_____; _____. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEMYTTENAERE, K.; BRUFFAERTS R., POSADA-VILLA J., GASQUET I., KOVESS V., LEPINE J.P. et al. The WHO World Mental Health Survey Consortium. **Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys**. JAMA. 2004; 291:2581-90.

FAGUNDES, P. S; PEREZ, K. Síndrome de burnout entre profissionais de saúde: uma revisão de literatura. In: ALVES, L. M. S.; KRUG, S. B. F. (Orgs.). **Saúde do trabalhador: realidades, intervenções e possibilidades no Sistema Único de Saúde**. 1ª ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2017. p. 46-64.

FARIA, J. H. **Economia política do poder: as práticas do controle nas organizações**. v. 3. Curitiba: Juruá, 2010.

FERREIRA, J. B. **Trabalho, sofrimento e patologias sociais: estudo com trabalhadores bancários e anistiados políticos de uma empresa pública**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS C. M.; ALMEIDA, M. **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999.

FRANCO, T. B. O Trabalhador de Saúde como Potência: Ensaio sobre a Gestão do Trabalho In: FRANCO B.T.; MERHY E. (Org.) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Textos Reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 243-251.

FREITAS, L. G.; FACAS, E. P. Vivências de prazer-sofrimento no contexto de trabalho dos professores. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-23112013000200010>. Acesso em: jul. 2017.

FREITAS, M. E.; HELOANI, R.; BARRETO, M. **Assédio Moral no Trabalho**. São Paulo: Cengage learning, 2008.

FRIZZO, K. R. Diário de campo: reflexões epistemológicas e metodológicas. In: SARRIERA, J. C.; SAFORCADA, E. T. (Org.). **Introdução à Psicologia Comunitária: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre: Sulina, 2010, v. 01, p. 169-187.

GALEANO, E. **O Livro dos Abraços**. Porto Alegre: L&PM, 2013.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social**. São Paulo: Idéias e Letras, 2007

_____. A NGP: a Nova Gestão Paradoxal. In: BENDASSOLLI, P.; SOBOLL, L. A. P. (Orgs.). **Clínicas do Trabalho: Novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2010. p.3-21.

GAVARAGHI, D. et al. Medicalização, uso de substâncias e contexto de trabalho em bancários do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 61-72, mar. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572016000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2012.

GLINA, D. Modelos teóricos de estresse e estresse no trabalho e repercussões na saúde do trabalhador. In: GLINA, D.; ROCHA, L. E. (Org.). **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, 2010. p. 3-30.

GOMES, M.C.P. A; PINHEIRO R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**; 9(17): 2005, p. 287-301. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>. Acesso em 16 jul. 2017.

GONSALVES, E. P. **Iniciação à pesquisa científica**. 2 ed. Campinas: Alínea, 2001.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, Mar. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2017.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. **Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação**. Revista Produção, v.14, n.3, p.77-86, set./dez. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 fev. 2017.

JACQUES, M. da G. “Doença dos Nervos”: Uma Expressão da Relação entre Saúde/Doença Mental. In: M. da G. Jacques, V. Codo (Orgs.). **Saúde Mental e Trabalho: leituras**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

JACQUES, M. G. O nexo causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a Psicologia. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. especial 1, p. 112-119, 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400015. Acesso em: 28 jul. 2016.

JOST, R.; FERNANDES, B.; SOBOLL, L. A. P. A subjetividade do trabalhador nos diferentes modelos de gestão. In: SOBOLL, L. A. P.; FERRAZ, D. L. S. **Gestão de pessoas: armadilhas da organização do trabalho**. São Paulo, SP: Atlas, 2014. P. 48-66p.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, v. 33, n. 4, p. 323-333, 1999. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/27222>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010. 277 p.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G. Pensando novas práticas em Terapia Ocupacional, saúde e trabalho. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 13, n. 2, p.44-50, maio/ago. 2002. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13895>. Acesso em 09 de jul. 2017.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A. **Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LIMA, M. E. **Escritos de Louis Le Guillant: Da ergoterapia à psicopatologia do trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

LINHART, D. O indivíduo no centro da modernização das empresas: um reconhecimento esperado, mas perigoso. **Trabalho & Educação**. Revista do NETE, Belo Horizonte, v. 7, jul.-dez. p. 24-36, 2000.

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 12 (3), 2003, p. 121-130. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n3/v12n3a02.pdf>. Acesso em 18 mai. 2017.

MORRONE, C. F.; MENDES, A. M. A resignificação do sofrimento psíquico no trabalho informal. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 3, n. 2, p. 91-118, 2003. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572003000200005. Acesso em 06 jul. 2017.

MARTINS, S. R. A escuta do sofrimento na clínica do trabalho. In: MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C.; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P. **Psicodinâmica do Trabalho. Temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá, p. 93-112, 2010.

_____. MENDES, A. M. Espaço coletivo de discussão: a clínica psicodinâmica do trabalho como ação de resistência. **Psicologia: Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 24-36, ago. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572012000200004. Acesso em 07 jul. 2017.

MARTINS; E. R. C.; ZEITOUNE, R. C. G. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 639-644, dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jun. 2016.

MENDES, A. M. Algumas contribuições teóricas do referencial psicanalítico para as pesquisas sobre organizações. **Estudos de Psicologia** (Natal), 7 (número especial), 2002, p. 89-96. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7nspe/a10v7esp.pdf>. Acesso em 25 jul. 2016

_____. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

_____. Psicodinâmica e clínica do trabalho: algumas notas sobre a trajetória brasileira. In: PUJOL, A.; DALL`ASTA, C. (Org.). **Trabajo, actividad y subjetividad: Debates abiertos**. 1ed. Cordoba, Argentina: 2013, v. 1, p. 1-324.

_____; ARAÚJO L. K. R. Violência e sofrimento ético: contribuições da psicodinâmica do trabalho. In A. M. Mendes (Org.), **Violência no trabalho: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica** (pp. 91-106). São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2010.

_____; _____. **Clínica Psicodinâmica do Trabalho**. 1. Ed. Brasília: Ex-Libris, 2011.

_____; VIEIRA, Fernando de Oliveira. Diálogos entre a psicodinâmica e clínica do trabalho e os estudos sobre coletivos de trabalho e práticas organizacionais. **Farol-Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**, v. 1, n. 1, p. 144-189, 2014. Disponível em

http://revistas.face.ufmg.br/index.php/farol/article/view/2608/pdf_5. Acesso em: 28 jul. 2017.

_____.; FERREIRA, M. C. Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M. B. (org.) **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 111-126, 2007.

MERHY E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY E. E., ONOCKO R., organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 113-160.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. 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: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013a. p. 68-94

_____. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013b. p. 172-182.

MERLO, A. R. C. Transformações no mundo do trabalho e a saúde. In: JERUSALINKI, A. N.; MERLO, A. C. GIONGO, A. L. **O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.

_____.; MENDES, A. M. B. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2009, vol. 12, n. 2, p. 141-156. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25746/27479>> Acesso em: 28 de março de 2017.

_____.; BOTTEGA, C. G.; MAGNUS, C. N. Espaço Público de Discussão. In: VIEIRA, F. O. (Org.); MENDES, A. M. B. (Org.); MERLO, A. R. C. (Org.). (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. 1ed. Curitiba: Juruá Editora, 2013, v. 1, p. 147-151.

_____.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (Org.). **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014a.

_____.; _____.; _____. (Org.) **Atenção ao sofrimento e ao adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora: cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS**; il. Augusto Franke Bier – Porto Alegre: Evangraf, 2014b.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993. p. 9-29.

MONTEIRO, J. K; JACOBY, A. R. Sobrecarga no Trabalho. In VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, A. M; MERLO, A. R. C. (Org). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 405-408.

MORAES, R. D. Estratégias de Enfrentamento do Sofrimento e Conquista do Prazer no Trabalho. In: A. R. C. MERLO; A. M. MENDES; R. D. MORAES. **O Sujeito do Trabalho, entre a saúde e a patologia** (pp. 175-186). Paraná: Editora Juruá, 2013.

NARDI, H. C. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: UFRGS, 2006a.

_____. **Ética, trabalho e subjetividade**: trajetórias de vida no contexto do capitalismo contemporâneo. Porto Alegre: UFRGS, 2006b.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO – OIT. **La Prevención de las enfermedades profesionales**. Primera edición. Suiza: OIT, 2013. Disponível em http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/gender/doc/dia282013b_1007.pdf. Acesso em 28 de fev. de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

OSORIO DA SILVA, C.; RAMMINGER, T. O trabalho como operador de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, 2014. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v16n1.pdf#page=107 Acesso em 23 jul. 2017.

PEREZ, K. V. **“Se eu tirar o trabalho, sobra um cantinho que a gente foi deixando ali”**: clínica da psicodinâmica do trabalho na atividade de docentes no ensino superior privado. 2012. 251f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

_____.; BOTTEGA, C. G.; MERLO, A R. C. Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe2, p. 287-298, Jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0287.pdf>. Acesso em 18 jul. 2017.

PÉRILLEUX, T. O trabalho e os destinos políticos do sofrimento. In: MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M; MORAES, R. D. (Org.). **O sujeito no trabalho: entre a saúde e a patologia**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 73-92.

_____. Os poderes da palavra: reflexões sobre o quadro em psiquiatria e clínica do trabalho. In: MACÊDO, Kátia Barbosa. **O diálogo que transforma: a clínica psicodinâmica do trabalho**. Goiânia: Ed da Puc Góias, 2015.

PINHO P.S., ARAÚJO T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **Rev Enferm UERJ**, 2007; 15(3):329-36 Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a02.pdf>. Acesso em 02 de mar. 2015.

RAMPAZZO, L.O conhecimento. In. **Metodologia científica. Para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação**. São Paulo. Edições Loyola, 2002.

RAMOS, M. Z.; TITTONI, J.; NARDI, H. C. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. **Cad. psicol. soc. trab.** [online]. 2008, vol.11, n.2 pp. 209-221. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172008000200006&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 06 Mar. 2015.

ROLO, D. Novas perspectivas sobre sofrimento ético no trabalho: o caso da mentira como prescrição. **Saúde dos bancários**. São Paulo: Brasil Publisher, 2011, p. 83-104.

SÁ, M. C. O mal-estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 4 (2): 1999, p. 255-258. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100013. Acesso em 20 jun. 2017.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

_____. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

SZNELWAR, L. I.; UCHIDA, S.; LANCMAN, S. A subjetividade no trabalho em questão. **Tempo social**, v. 23, n. 1, p. 11-30, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ts/v23n1/v23n1a02>. Acesso em 15 mai. 2017.

TITTONI, J. Saúde mental trabalho e outras reflexões sobre economia solidária. In: MERLO, A. R. C. (Org). **Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

TRAESEL E. S.; MERLO, A. C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **Revista PSICO**. Rio Grande do Sul, v. 40, n. 1, p. 102-109, jan./mar. 2009. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/3594/4148>. Acesso em 20 jun. 2017.

VASCONCELLOS, L. C. F.; GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, Dec.

2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204617&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mar. 2015.

_____; AGUIAR, Luciene. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 605-617, Apr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0605.pdf>. Acesso em 26 jul. 2017.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144>>. Acesso em: jun. de 2017.

WITT, R.R. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. **Rev. Gaúcha Enf.**, v. 13, n.l, p. 19-23, 1992. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3987/41705>. Acesso em: 24 jul. 2017.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL - PPGPSI

Pesquisa: Saúde Mental e Trabalho no Sistema Único de Saúde sob a Perspectiva dos Trabalhadores

Convido-a/o para participar desta pesquisa que está sendo realizada como parte da tese para a obtenção do título de Doutora em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem por objetivo investigar o modo que os trabalhadores que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) compreendem a relação entre saúde mental e trabalho nos atendimentos realizados aos usuários do SUS.

Para a realização desta pesquisa será utilizado como procedimento entrevistas individuais e coletivas, que serão gravadas e, posteriormente, transcritas para obter uma análise fidedigna dos conteúdos abordados. Estes procedimentos poderão ser realizados nas dependências da Prefeitura Municipal de Porto Alegre-RS, mais especificamente nos locais que atuam no campo da Saúde, sendo que a previsão de tempo despendido para a sua realização é de 30 minutos a 1 hora e 30 minutos. A previsão é de realizar no mínimo uma roda de conversa, dependendo da disponibilidade do local e horário das trabalhadoras/es participantes.

Todo o material proveniente das entrevistas individuais e das rodas de conversa será arquivado, bem como as transcrições, pelo período de cinco anos. Serão utilizados dados gerais da pesquisa de modo a não identificar as participantes, assegurando o caráter sigiloso da pesquisa.

Entende-se que a pesquisa envolve riscos mínimos de possível incômodo ou desconforto. Na possibilidade de ocorrência destes riscos, os pesquisadores se comprometem a fornecer escuta ao participante e, caso necessário, fazer encaminhamentos necessários. Os sujeitos da pesquisa não receberão qualquer benefício ou remuneração pela participação. Em caso de

desistência da participação na pesquisa, o desligamento poderá ser solicitado a pesquisadora em qualquer etapa do processo, sem nenhum prejuízo ao entrevistado/a.

O projeto acima intitulado, assim como este documento (TCLE) foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Como pesquisadora, reitero meu compromisso ético com os sujeitos da pesquisa e coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos: e-mail karinevanessaperez@gmail.com telefone (51) 8536-3545, assim como de meu orientador Prof. Dr. Álvaro Merlo: merlo@ufrgs.br / (51) 32885464. Também deixo a disposição os contatos do Comitê de Ética da UFRGS: (51)3308-5698, e-mail: ceppsico@ufrgs.br e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre: Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico), telefone: (51) 3289-5517, e-mail: cep_sms@hotmail.com.br e cep-sms@sms.prefpoa.com.br.

Karine V. Perez (Pesquisadora)

CPF 009.240.369-74

De acordo,

Nome Sujeito de Pesquisa

Assinatura

Porto Alegre, _____ de _____ de 2016.

Este documento consta em duas vias: uma destinada à pesquisadora e outra ao sujeito da pesquisa.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

Nome Fictício: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Formação: _____

Tempo em que trabalha na instituição: _____

Tipo de contrato: _____

Carga Horária Semanal: _____

Cargo/ função desempenhada: _____

Perguntas:

1. Fale sobre o trabalho que você desenvolve no/a _____.
2. O que levou você a trabalhar no campo da Saúde Pública/Saúde Mental no _____.
3. Qual é a sua compreensão sobre a relação entre o trabalho e a saúde mental dos trabalhadores atendidos?
4. Fale sobre sua formação (graduação/especializações/ mestrado, etc) / capacitação em relação ao campo da Saúde Mental e Trabalho.
5. Você já participou de alguma capacitação no campo da Saúde Mental e Trabalho? Teria interesse em participar? Há necessidade de algum tipo de capacitação?

6. Como você procede em relação ao fluxo de encaminhamento na Rede de Saúde Mental, especialmente no que diz respeito ao sofrimento psíquico relacionado ao trabalho?
7. O que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora representa para você/ para o seu trabalho?
8. Qual é a sua opinião sobre a sua qualificação em relação ao atendimento de usuários que apresentem sofrimento/adoecimento psíquico relacionado ao trabalho?
9. Quais são os desafios no campo da Saúde Mental e Trabalho no seu contexto de atuação profissional?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COLETIVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

Questões orientadoras:

1. O que levou vocês a escolherem trabalhar no campo da Saúde Pública/ Saúde Mental?
2. O que vocês entendem por Saúde Mental e Trabalho? Há alguma relação entre esses dois campos? Qual é a relação?
3. Como vocês veem o atendimento no SUS em relação a demandas de sofrimento psíquico relacionado ao Trabalho?
4. Vocês conhecem a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)? O que sabem sobre ela?
5. Como vocês percebem a saúde mental das trabalhadoras e trabalhadores da saúde?
6. Como vocês percebem a saúde mental de vocês?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL (TCI)



Prefeitura Municipal de Póuto Alegre

Secretaria Municipal de Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa

**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO
ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu Vânia Maria Frantz, matrícula 4847661

Coordenador do la () Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e
Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES)

() Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências

() Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)

() Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)

() Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa

(COMESP) do Hospital de Pronto Socorro

() Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)

() Outra área/secretaria:

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado: SAÚDE MENTAL E TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) SOB A PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA SAÚDE tendo como Pesquisador Responsável Álvaro Roberto Crespo Merlo.

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta pesquisa.

5.

Vânia Maria Frantz

Vânia Maria Frantz
Nutricionista
Coordenadora Atenção Básica
Matr. 484766.1 SMS/PMPA

Porto Alegre, 13/07/2015.

Assinatura e carimbo

Obs.' Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área tem ciência e autoriza a realiza do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre —
CEP SMSPA Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar - CEP 90.010-040

☎ 3289.5517 cep-sms@sms.prefpoa.com.br;

ANEXO A - CARTILHA “ATENÇÃO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA – CARTILHA PARA PROFISSIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)”

Atenção ao sofrimento e ao adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora



Cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde - SUS

Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT)
Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e
Saúde do Trabalhador – Secretaria de Vigilância
em Saúde do Ministério da Saúde

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional
Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho – LPdT
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Serviço de Medicina Ocupacional
Ambulatório de Doenças do Trabalho

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte, e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Organizadores

Alvaro Roberto Crespo Merlo
Carla Garcia Bottega
Karine Vanessa Perez

Equipe de elaboração

Alvaro Roberto Crespo Merlo
Carla Garcia Bottega
Karine Vanessa Perez
Lílian Bitencourt
Maura Delomé

Diagramação

Fabrizio Marçal de Lima

Ilustração

Augusto Franke Bier – SISA

CP - Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

ABR Atenção ao sofrimento e ao adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora : cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde - SUS / org. Alvaro Roberto Crespo Merlo ; Carla Garcia Bottega ; Karine Vanessa Perez ; il. Augusto Franke Bier - Porto Alegre : Evangraf, 2014.
28 p. ; 8. Color.

ISBN: 978-85-7327-682-3

1. Saúde do trabalhador. 2. Transtornos psíquicos. 3. Saúde mental. I. Merlo, Alvaro Roberto Crespo. II. Bottega, Carla Garcia. III. Perez, Karine Vanessa. IV. Bier, Augusto Franke.

CDU: 331.4:613.89

Israel Maynard Bernal, CIPR 107161

A produção deste material didático recebeu apoio financeiro do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

APRESENTAÇÃO

Esta cartilha foi produzida a partir de uma parceria do Ministério da Saúde com o Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e o Ambulatório de Doenças do Trabalho vinculado ao Serviço de Medicina Ocupacional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. É um dos resultados da pesquisa "Proposta para construção de rotinas de atendimento em saúde mental e trabalho em pacientes atendidos na rede do Sistema Único de Saúde".

Este material é destinado aos profissionais que atendem no Sistema Único de Saúde, em seus diversos níveis, para que possam compreender, detectar e tratar precocemente os casos de sofrimento psíquico relacionados ao trabalho.

Espera-se que a utilização desta cartilha represente uma oportunidade para o aperfeiçoamento do material e de sua adequação, considerando as realidades locais, na perspectiva de melhoria contínua da saúde do trabalhador e da trabalhadora.

Alvaro Roberto Crespo Merlo
Coordenador

A Constituição Federal define que a saúde é direito de todos os brasileiros e que é dever do Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

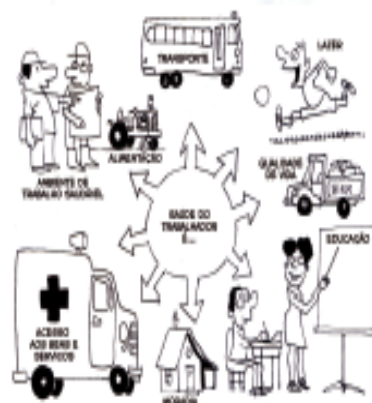


É responsabilidade do SUS prevenir o adoecimento dos trabalhadores e trabalhadoras, por meio de ações de promoção, proteção, prevenção e vigilância. Além do SUS, o empregador e as entidades sindicais também são responsáveis por garantir a saúde e a segurança dos trabalhadores.

O que se considera Saúde do Trabalhador?

Segundo a Lei nº 8.080/90, art.6,§3.º, entende-se por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina, por meio de ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e aos agravos advindos das condições de trabalho, e abrange diversas ações.

De uma forma geral, saúde do trabalhador e da trabalhadora pode ser entendida como um conjunto de fatores que determinam a qualidade de vida, como as condições adequadas de alimentação, moradia, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais que contribuem para a saúde. Também, como direito de todo trabalhador e trabalhadora está a garantia de trabalho e o ambiente saudável que não gere adoecimento ou morte.



Qual a relação entre saúde e trabalho?

Desde os tempos mais remotos, o trabalho ocupa lugar importante na vida dos indivíduos. Na pré-história e na história antiga, o trabalho era tido como fonte de sobrevivência. Com o passar do tempo, outras funções foram sendo agregadas ao sentido do trabalho. Atualmente, o trabalho envolve também o sentido de bem-estar, autorrealização, fonte de prazer e importante fator na construção da subjetividade dos sujeitos.

Desse modo, o trabalho ocupando lugar tão relevante na vida das pessoas, passa a ter relação direta com as condições de saúde tanto física quanto mental. O trabalho, por ser um dos fatores centrais na construção da subjetividade humana, afeta a relação de prazer e sofrimento no trabalho que, por sua vez, pode se transformar em adoecimento físico e psíquico; daí sua estreita ligação com a saúde.

O trabalho tem grande importância para cada trabalhador e desempenha um papel na sociedade.

Trabalhar pode ser fonte de realizações e de prazer.

Acontece que, muitas vezes, dependendo das condições em que o trabalho é feito, ele também pode causar sofrimento, adoecimento e até mesmo a morte.

A importância do trabalho na vida das pessoas

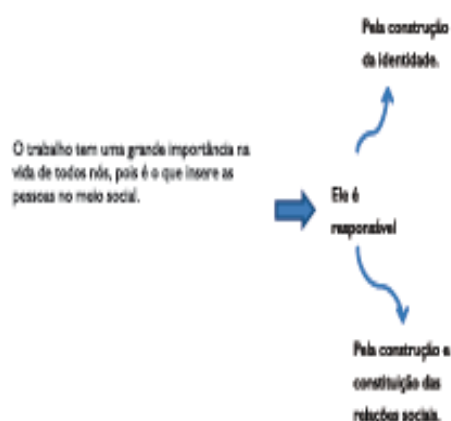
O trabalho ocupa posição central na sociedade e na vida dos indivíduos, pois desempenha função fundamental na construção de espaços públicos coletivos de convivência. O trabalho é o que insere as pessoas no meio social, sendo assim, o principal responsável pela construção e constituição das relações sociais.

O trabalho não é apenas a relação salarial ou o emprego.

É mais do que a venda da força de trabalho pela remuneração (DEJOURS, 2004). É uma atividade dirigida ao outro, pois, trabalha-se para alguém, para um chefe, para nossos funcionários, colegas. Segundo Dejours (2004), existe também uma remuneração social pelo trabalho, na medida em que ele permite ao trabalhador sentir-se pertencente a grupos, e lhe proporciona condições de possuir direitos sociais.



"[...] trabalhar não é tão só produzir: trabalhar é ainda viver junto." (DEJOURS, 2004, p. 18)



Qual a importância do reconhecimento no trabalho?

O reconhecimento é um fator ligado à valorização do investimento, do esforço e do sofrimento empregados no desenvolvimento do trabalho. Tal dinâmica permite ao sujeito a construção de sua identidade, interpretada aqui como experiência de prazer e de realização pessoal. (MENDES, 2007)

Para Merlo (1999), o reconhecimento é uma forma de retribuição que a organização do trabalho oferece ao trabalhador em contrapartida pela sua contribuição. Essa contribuição é produzida a partir da sua criatividade em desenvolver suas atividades, no trabalho, que buscam diminuir a distância entre o trabalho real e o trabalho prescrito. O trabalho prescrito refere-se àquele que consta nas normas, manuais e na forma como deve ser desenvolvido, e o trabalho real é aquele que é de fato realizado, envolvendo a prática e o cotidiano.

O reconhecimento passa por avaliações de julgamento que são feitas por atores bem precisos, com os quais o indivíduo está em interação em seu trabalho. E este reconhecimento terá um papel sobre a construção da sua identidade.

De reconhecimento em reconhecimento, o indivíduo ultrapassa etapas, com as quais ele transforma a si mesmo. Essa transformação se dá pelo olhar dos outros, mas, também, pelo olhar da sociedade, como alguém que progride ao longo de uma vida que se realiza. De tal forma que, após o trabalho, pelo reconhecimento do outro, aquela pessoa adquire um status melhor do que o que tinha antes. E uma dignidade, também, que, talvez, este indivíduo não tivesse até este momento. (DEJOURS e MOLINIER, 2004)

De que forma o contexto social atual influencia no mundo do trabalho contemporâneo?

O mundo do trabalho contemporâneo é marcado por novos modelos de gestão, com uma influência muito grande do capital financeiro, que cria, muitas vezes, relações nos ambientes de trabalho que serão marcadas por grande violência psicológica. Os casos mais extremos irão se configurar como assédio moral no trabalho.

Assédio Moral pode ser entendido como uma situação extrema de agressividade vivida no ambiente de trabalho, especialmente marcada por comportamentos e/ou omissões repetitivos num dado tempo. Tem como objetivo prejudicar, destruir e/ou anular uma ou um grupo de pessoas. (SOBOLL, 2008)





O trabalho tem sofrido intensas modificações nas últimas décadas. Ocorreram diminuições de empregos, aumento de serviços, precarização dos contratos e flexibilização de leis trabalhistas. Ao mesmo tempo, como referência social, tem sido questionado, resignificado, criticado e resgatado, por muitos teóricos. Alguns chegam a pôr em xeque a centralidade do trabalho, mas o que se tem visto é o aumento da exploração dos trabalhadores. Todas essas transformações influenciam, direta ou indiretamente, toda a sociedade, seja o trabalhador empregado ou sem emprego e suas famílias, e influenciam diretamente a vida do trabalhador.

O trabalho influencia a saúde e o adoecimento dos trabalhadores e trabalhadoras? De que maneira?



O trabalho influencia a saúde e o adoecimento dos trabalhadores e trabalhadoras, em primeiro lugar, pelas condições dos ambientes onde ele é realizado. Na realidade brasileira, é muito frequente encontrarmos agressões à saúde provocadas pelo ruído, pelo contato com substâncias químicas e com agentes biológicos, como bactérias e vírus. A saúde pode ser agredida, também, devido a problemas na relação entre trabalhadores e trabalhadoras com seus instrumentos de trabalho e pelas más condições ergonômicas e ambientais, de forma geral.

Conforme afirma Dejours (1999), o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, e pode favorecer tanto a doença quanto a saúde.

A divisão entre espaço de trabalho e espaço privado não é possível quando a questão se remete às relações sociais e às questões de saúde, já que não se separa a vida na família, em casa, da vida no trabalho, nos seus diversos locais. Gradativamente, inclusive, esses ambientes misturam-se, confundem-se, tornando essa separação ainda mais complicada.

Para Dejours (2004), no momento em que o trabalho for visto como uma simples execução de tarefas, e a subjetividade for anulada, consequentemente a saúde mental do trabalhador estará abalada. A subjetividade tem lugar, justamente, em uma "fenda", que se dá entre o trabalho prescrito e o trabalho real, em que o sujeito pode fazer uso de sua criatividade.

Ao mesmo tempo em que o trabalho gera sofrimento, é também fator de crescimento e desenvolvimento psicossocial do adulto (DEJOURS, 2004). Mesmo levando o trabalhador ao sofrimento e ao adoecimento, o trabalho pode constituir-se em fonte de prazer e de desenvolvimento.

E como fica a saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras?

Nos últimos anos, assistimos a grande avanço no desenvolvimento no campo da saúde mental do trabalhador; em especial, a partir da compreensão proposta pela Psicodinâmica do Trabalho, a qual analisa a inter-relação entre saúde mental e trabalho, e enfatiza a centralidade do trabalho na produção da saúde e da doença. Porém, existe, ainda, grande dificuldade para a definição de condutas e procedimentos estruturados para

a investigação e para o acompanhamento terapêutico dos trabalhadores com sofrimento mental relacionado ao trabalho.

Contribuem para essa situação a complexidade do desenvolvimento dos distúrbios psíquicos, as dificuldades para a realização de diagnósticos diferenciais e para o estabelecimento da relação com o trabalho. De acordo com Silva (2011), os quadros atuais de adoecimento que se apresentam em ações de Saúde Mental Relacionada ao Trabalho têm desafiado o diagnóstico clínico e etiológico, dificultando, também, as ações terapêuticas e a reabilitação.

Entre essas dificuldades, encontramos a não vinculação entre os quadros clínicos e o trabalho:

Não existe um consenso que tenha permitido uma classificação dos distúrbios psíquicos vinculados ao trabalho, existe uma concordância da importância etiológica do trabalho, mas não a respeito do modo como se exerce a conexão trabalho/psiquismo de forma suficiente a permitir um quadro teórico. Os distintos modelos teóricos vêm trazendo dificuldades para a clínica e prevenção. (SELIGMANIN-SILVA, 1995, p.189)

As metamorfoses simultâneas, conforme nomina a autora, que fazem sofrer e produzem desgaste humano, precarizam a saúde mental dos trabalhadores, "pois os processos de produção de desgaste mental e do sofrimento psíquico se transformaram, e as configurações dos agravos desafiam as políticas sociais e, de modo especial, os profissionais de saúde e todos os envolvidos em ações voltadas ao desenvolvimento social". (SELIGMANIN-SILVA, 2011, p.18)

As transformações pelas quais passou o trabalho nos últimos anos interferiram, precisamente, nessas relações. O exemplo mais evidente é o uso do assédio moral como instrumento banalizado de gestão, que atinge

zo processo de reconhecimento descrito anteriormente, na medida em que promove a própria desumanização do indivíduo assediado. (FREITAS, HELOANI, BARRETO, 2008; SOBOLL, 2008)



Os novos modelos de gestão, muito frequentemente, levam ao desaparecimento dos coletivos de trabalho e ao isolamento das pessoas. E quando elas começam a "afundar-se", ninguém vem ajudá-las. Antigamente, não ocorria esse tipo de suicídio porque as pessoas se ajudavam, porque não se deixava simplesmente um colega "afundar". Quando se via que ele estava

mal, as pessoas o ajudavam. Falava-se com ele (MERLO, 2009). A Psicanalista Marie Perle considera que se vive um período de "Patologias da Solidão", no qual o isolamento construído por esses novos modelos de gerenciamento são a fonte principal do sofrimento e das patologias psíquicas provocadas pelo trabalho. (PEZÉ, 2010)

O papel do SUS no atendimento aos trabalhadores

O SUS está organizado de acordo com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização/regionalização e participação da comunidade, assim como a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que, conforme determinação do Ministério da Saúde, deve ser articulada à Política e ao Plano Nacional de Segurança e Saúde (PNSST), em todo o âmbito do SUS, além da articulação com o Ministério do Trabalho e Emprego e da Previdência Social.

Na PNSST, a proposta maior é sua concepção de ação "transversal", entendendo o trabalho como determinante do processo saúde-doença.

Busca, então, evidenciar que o processo de adoecimento não é responsabilidade exclusiva do trabalhador, mas dos modelos de desenvolvimento e/ou processos produtivos, o que pode ser verificado no acentuado princípio da "precaução", além dos princípios gerais do SUS. Essa Política também reforça ações já existentes desenvolvidas em muitos municípios, compreendendo a necessidade da articulação intersetorial e das atribuições nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.



Essa articulação requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde.

Quando aplicamos os princípios do SUS ao campo da Saúde do Trabalhador, temos:

- **universalidade:** responsabilidade pelo cuidado da saúde de todos os trabalhadores e trabalhadoras, independentemente do tipo de vínculo ou inserção no mercado de trabalho.
- **atenção integral:** ações de promoção, proteção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde, envolvendo toda a rede de serviços de saúde e as ações intersetoriais, considerando o papel do trabalho na determinação das condições de saúde ou de doença, em particular os riscos e perigos presentes nos processos de trabalho.

- **participação da comunidade:** assegura o envolvimento dos trabalhadores e trabalhadoras nos processos de identificação das situações de risco presentes no trabalho e das consequências para a saúde. Além de garantir a possibilidade de participação dos trabalhadores no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras das doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

Ainda, dois princípios muito importantes para os trabalhadores e trabalhadoras que são destacados na PNSST:

- **prevenção:** em relação às ações de assistência e cura, considerando que a maioria dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho são preventíveis;
- **precaução:** prevenção de possíveis agravos à saúde dos trabalhadores, causados pela utilização de tecnologias, substâncias químicas, equipamentos, máquinas, entre outros, mesmo na ausência da certeza científica da existência de risco para a saúde.



De acordo com seu Art. 7º, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora “deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção”.

Você sabia que

Em 2012, foi criada a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir da Portaria Nº 1.823. “A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.”

Para saber mais: http://bvsvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

Os profissionais do SUS na atenção aos trabalhadores e trabalhadoras em sofrimento e adoecimento psíquico

Entendemos que ocorreram avanços importantes nos últimos anos no desenvolvimento do campo da saúde mental do trabalhador, mas sabemos da grande dificuldade para a definição de procedimentos e rotinas organizadas para investigação e acompanhamento dos trabalhadores e trabalhadoras, com sofrimento e o adoecimento psíquico relacionado ao trabalho.

O aumento da frequência desses casos, nos últimos anos, alertou-nos para o fato de que há que se investigar de forma ativa esse sofrimento. A não ser em situações muito raras, dificilmente um trabalhador irá a uma consulta para falar de seu trabalho. Isso não está previsto nas práticas de atenção à saúde e, por isso, é necessário construir-se um modelo de atendimento que possa incorporar na sua rotina essas questões.

Uma das grandes dificuldades está em separar o que é da história de cada um, do que é provocado por esses novos modelos de gestão e das relações do trabalho. Para tanto, é necessário investigar as características da organização do trabalho a qual o usuário/trabalhador está submetido, buscando identificar os aspectos patológicos ali presentes. O esforço de separação dessas duas fontes é necessário, caso contrário, a tendência será, tanto para o profissional de saúde que atende, como para o próprio trabalhador, considerar que toda a sua sintomatologia tem uma causa exclusivamente endôgena, ou seja, levando o trabalhador a vivenciar o quadro que apresenta como de sua exclusiva responsabilidade.

Entendemos que os profissionais da saúde podem contribuir para a identificação das situações de sofrimento e adoecimento psíquico relacionado ao trabalho em sua investigação e estudo, produzindo assim conhecimento especializado. Para tanto, são necessárias ações inter, multi e transdisciplinares na implementação de propostas concretas e de políticas nesta área.



Quais são os principais desafios na atenção em saúde mental e trabalho?

O maior desafio consiste, exatamente, no estabelecimento da relação entre o sofrimento e o adoecimento psíquico com os aspectos da organização do trabalho. Pois, o lugar onde o trabalho é realizado tem um caráter fundamental.

Cabe ao profissional da saúde, que realiza a investigação/entrevista diagnóstica da relação entre saúde mental e trabalho, dispor de técnicas diferenciadas, que podem incluir entrevistas e outras modalidades de avaliação, bem como realizar a abordagem, se possível, juntamente com outro profissional.

É de extrema importância que se questione o trabalhador sobre a execução de sua atividade: como, quando e onde é realizada. Como se estabelecem as relações no ambiente de trabalho, a hierarquia, as exigências físicas e psíquicas. Ao mesmo tempo, solicitar como o trabalhador e a trabalhadora percebem o seu trabalho, como eles o descrevem, qual o processo de sua execução. No entendimento de que o trabalhador também é um agente de mudanças nas relações de trabalho, a compreensão que possui sobre o seu sofrimento e adoecimento são de suma importância para a compreensão das situações ocorridas na sua história.

A rede de atenção do SUS é formada por pontos de atenção que ofertam ações e serviços de saúde, como, por exemplo, as Unidades de Saúde da Família, as Unidades Básicas de Saúde, os domicílios, as unidades ambulatoriais especializadas.

Alguns pontos de atenção no SUS são específicos para atender a determinados grupos.

Um bom exemplo são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destinados a atender às pessoas com transtornos mentais.

A abordagem ao usuário-trabalhador na rede de atenção à saúde

O sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, nem sempre produz sintomas claros. Durante muito tempo, o usuário-trabalhador pode apresentar apenas uma sintomatologia inespecífica, que pode ser confundida com várias outras doenças.

Difícilmente, as pessoas que buscam um serviço de saúde irão associar, espontaneamente, suas queixas e sintomas com o seu trabalho. Por isso, é fundamental que o profissional de saúde sempre busque ver, se, atrás de alguns sintomas genéricos, não se escondem dificuldades nas relações de trabalho.

Como já explicado anteriormente, essa busca pode começar a partir de uma simples pergunta: **Como você se sente no trabalho?**

A experiência dos serviços que atendem à saúde mental, relacionada ao trabalho, tem mostrado que uma pergunta genérica como esta "abre a porta" para que o trabalhador possa falar de seu trabalho pela primeira vez, muitas vezes desencadeando crises de choro e de ansiedade.

Deve ser ação de todos os profissionais da saúde em seu cotidiano



O reconhecimento e a identificação de adoecimento relacionado ao trabalho através de uma escuta compreensiva e acolhedora que questione

Como está o seu trabalho?
Como você se sente no trabalho?

Principais manifestações apresentadas pelos trabalhadores



- **Gerais:** insônia, "dor nas costas", uso regular de bebidas alcoólicas, de maconha (cannabis) ou de tranquilizantes.
- **Físicas:** astenia (debilidade generalizada), dores abdominais, dores musculares, dores articulares, distúrbios do sono, distúrbios do apetite etc.
- **Emocionais:** irritabilidade aumentada, angústia, ansiedade, excitação, tristeza, choro frequente, sentimentos de mal-estar indefinidos etc.
- **Intelectuais:** distúrbios de concentração, distúrbios de memória, dificuldades para tomar iniciativas ou decisões etc.

- * **Comportamentais:** modificação dos hábitos alimentares, comportamentos violentos e agressivos, isolamento social, dificuldades para cooperar etc.

Recomendações principais

1. No atendimento, o que tem efeito terapêutico imediato é o usuário-trabalhador saber que ele não está mais solitário nesta situação. Além disso, é importante frisar que os sintomas e o sofrimento dele podem ter relação com o trabalho. Trata-se de fazer uma escuta compreensiva.

Como a maior parte dessas patologias são, na verdade, patologias do isolamento e da solidão, é necessário tirar o usuário-trabalhador, o mais rapidamente possível, dessa situação de isolamento.

2. Ocupar-se do que tem origem no intrapsíquico e na trajetória pessoal, para levar à tomada de consciência de que é necessário descolar as questões singulares do sujeito, da organização do trabalho, que o tornou doente. Isso precisa ser feito com algum tipo de acompanhamento psicoterapêutico, individual ou em grupo.

3. É indispensável acompanhar os trabalhadores e trabalhadoras até que se estabilizem, para que seja possível reavaliar a situação vivida e, assim, tornarem-se possíveis novos rumos no mundo do trabalho destes usuários-trabalhadores.



REFERÊNCIAS

BENDASSÓLLI, Pedro R.; SÖBÖLL, Lú A. R. (org.) *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, Lei Orgânica da Saúde, 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. 2012.

DEJOURS, Christophe & MOUNIER, Pascale. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, Selma & SZNELWAR, Laerte (orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro/Brasília, Fiocruz/Paralelo 15. 2004.

DEJOURS, Christophe. Avant-propos para a edição brasileira. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: S. Lançman & L. I. Sznelwar (Orgs.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2004.

DEJOURS, Christophe. Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: PQN. 1999.

DEJOURS, Christophe. *A Banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1999a.

DEJOURS, Christophe; BÉGUE, Florence. *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Brasília: Paralelo 15, 2010.

FREITAS, M. E.; MELDANI, R.; & BARRETO, M. *Assédio no trabalho*. São Paulo: Cengage Learning. 2008.

MENDES, A. Novas formas de organização do trabalho, ação dos trabalhadores e patologia social. In: Mendes, A. M. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007.

MERLO, A. R. *A Informática no Brasil: prazer e sofrimento no trabalho*. Porto Alegre: Ed. Universidade UFRGS. 1999.

PEZÉ, Marie. *Its ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés, Journal de la consultation. Souffrances et travail*. Éditions Pearson Education France. Paris. Flammarion. 2010. 214 pages.

SÖBÖLL, Lú Andréa. *Assédio moral/organizacional: uma análise da organização do trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

SILVERMANN-SILVA, Edith. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.

26

27

Esta cartilha tem como objetivo principal orientar os profissionais que atendem aos trabalhadores nos serviços de saúde, para que possam detectar e tratar precocemente os casos de sofrimento psíquico relacionados ao trabalho.

Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT)
Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e
Saúde do Trabalhador
Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional
Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho – LPdT

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Serviço de Medicina Ocupacional
Ambulatório de Doenças do Trabalho



Ministério da
Saúde

