



Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

ISSN: 0303-7657

rbso@fundacentro.gov.br

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de
Segurança e Medicina do Trabalho
Brasil

Ramminger, Tatiana; Cruz de Brito, Jussara

O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços
públicos

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol. 33, núm. 117, enero-junio, 2008, pp. 36-49

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100515167005>

- Como citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Tatiana Ramminger¹
Jussara Cruz de Brito¹

O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos

Mental health work: a preliminary analysis of public service workers' health

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz.

Contato:

Tatiana Ramminger
Rua Paulo de Frontin, 290/402 – Centro
– Barra do Piraí-RJ
CEP 27123-120
E-mail:
ramminger@ensp.fiocruz.br

Resumo

Neste artigo, colocamos o foco sobre o trabalho em saúde mental, através de três movimentos, com o objetivo de dar um primeiro passo no sentido de abordar a problemática da saúde dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O primeiro movimento é dedicado à genealogia do trabalho em saúde mental, buscando compreender os tensionamentos e as transformações que configuraram este campo de trabalho tal como o conhecemos hoje. No segundo movimento, discutimos e apresentamos a diversidade da produção bibliográfica brasileira sobre a relação entre saúde e trabalho em saúde mental. No último movimento, fazemos uma primeira aproximação do campo de pesquisa realizando entrevistas, individuais e em grupo, com trabalhadores de saúde mental, buscando colocar a experiência dos trabalhadores no centro da análise da relação entre saúde e trabalho. Esses três movimentos permitiram reunir alguns elementos que darão subsídios à continuidade de nossa pesquisa, que privilegiará a interlocução ética entre os saberes advindos da experiência e aqueles construídos nos diferentes campos acadêmicos e disciplinares.

Palavras-chaves: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador, atividade de trabalho.

Abstract

Through three movements, this paper foccuses on analyses of the relation between health and work at mental health public services. The first movement is devoted to mental health work genealogy and is an attempt to understand the tensions and transformations which have shaped this work field, such as it is known nowadays. In the second movement, it discusses and presents the diversity of Brazilian bibliographical production concerning relation between health and work at mental health services. In the last movement, the authors first approach the research field, carrying out individual and group interviews, with mental health service workers, trying to place these workers' experiences in the center of the relation between health and work analysis. These three movements allowed the authors to put together some elements that will subside the continuation of their research and will favor the ethical dialogue between knowledge coming from experience and built in different academic fields and subjects.

Keywords: psychiatric reform, worker's health, working activity.

Recebido: 04/09/2007
Revisado: 25/04/2008
Aprovado: 21/05/2008

Introdução

No processo de mudança do paradigma sanitário brasileiro, encontramos dois campos que têm se consolidado, tanto nas práticas de atenção à saúde, como nos meios acadêmicos e nos movimentos sociais: a Saúde do Trabalhador e a Saúde Mental.

O primeiro insere-se na tradição dos estudos sobre a relação entre saúde e trabalho, diferenciando-se, no entanto, da Medicina do Trabalho ou da Saúde Ocupacional, na medida em que propõe colocar o processo de trabalho (e não o indivíduo) no centro da análise dessa relação, defendendo mudanças em processos de trabalho potencialmente produtores de adoecimento, ao mesmo tempo em que pretende valorizar o saber e a experiência do trabalhador sobre seu próprio trabalho, entendendo-o como sujeito ativo do processo saúde-doença e não, simplesmente, como objeto de atenção à saúde (MINAYO-GOMEZ; THE-DIM-COSTA, 1997).

Já o campo da Saúde Mental questiona a hegemonia da Psiquiatria no tratamento da doença mental, problematizando a relação da sociedade com a loucura, bem como propondo um deslocamento da idéia de “cura” para a de “cuidados”, da ideologia do “reparo” para a de “direitos”, dos “muros dos hospitais psiquiátricos” para a “circulação pela cidade” (SARACENO, 1999), apontando as mudanças nos modos de trabalhar como fundamentais para a efetivação desse processo.

Observamos que o foco dos estudos na Saúde Mental tem sido o cuidado daqueles que padecem de sofrimento psíquico, sendo o trabalho necessário a esse cuidado pouco explorado. Da mesma forma, para a Saúde do Trabalhador – que tem acumulado estudos principalmente em organizações privadas e industriais – o trabalho em saúde e em saúde mental é praticamente relegado à invisibilidade (RAMMINGER, 2006; SANTOS-FILHO; BARROS, 2007).

Considerando esse hiato, nossa proposta é aproximar esses dois campos, contribuindo com a análise da relação entre saúde e trabalho nos serviços públicos de saúde mental, em busca da construção de espaços “desinstitucionalizantes” e produtores de saúde, não só para os familiares e usuários dos serviços, mas também para seus trabalhadores.

Mas como fazer isso? Que caminhos percorrer? Mais do que respostas, nossa intenção aqui é explicar o modo como construímos nossas perguntas. Percorremos o território que nos interessa, qual seja, da relação entre saúde e trabalho em saúde mental, valendo-nos daquilo que chamamos de “três movimentos”.

O primeiro e o segundo movimentos são dedicados a uma revisão bibliográfica sobre como se configurou aquilo que hoje denominamos trabalho em saúde mental, bem como dos estudos acadêmicos brasileiros

que tratam dessa relação entre saúde e trabalho em saúde mental, em um entendimento de que precisamos conhecer os saberes já organizados sobre o tema que pretendemos estudar. Já no terceiro movimento, o objetivo foi realizar uma primeira aproximação do campo de pesquisa ouvindo, em grupo e individualmente, o que os trabalhadores de saúde mental tinham a dizer sobre sua atividade de trabalho. Este último movimento tem como preocupação valorizar a dimensão da experiência na produção de conhecimento.

Aliás, tanto o campo da Saúde Mental como o da Saúde do Trabalhador indicam a importância dessa dimensão. Foi a experiência, sobretudo as vivências de exclusão e violência, que uniu trabalhadores, usuários e familiares em torno da luta antimanicomial, possibilitando a afirmação daquilo que Foucault (1999b) denominou de “saberes minoritários” contra os efeitos de poder centralizadores, ligados à instituição de um discurso hegemônico, considerado mais verdadeiro e legítimo do que outros. Da mesma forma, a Saúde do Trabalhador defende o protagonismo dos trabalhadores na identificação e no enfrentamento de situações produtoras de adoecimento, incentivando a incorporação de suas experiências cotidianas na produção científica sobre o tema.

Nesse sentido, aproximamo-nos das teorias que privilegiam o ponto de vista da atividade, sobretudo a Clínica da Atividade (CLOT, 2006) e a Ergologia (SCHWARTZ, 2007), por compreender que nos auxiliam a recolocar os saberes e as estratégias dos trabalhadores no centro da análise da relação entre saúde e trabalho. Schwartz (2000) vai apontar a necessidade de uma “humildade epistemológica” para potencializar o encontro entre o “pólo dos saberes organizados” (das disciplinas) e o “pólo dos saberes investidos na atividade” (da experiência). Uma troca que exige humildade de ambos os lados: dos pesquisadores, para retornar a palavra à atividade, e dos trabalhadores, para aprender e debater os conceitos. Humildade que tentamos exercitar desde já, considerando que nosso maior desafio não é apenas incorporar as experiências dos trabalhadores aos estudos acadêmicos, mas auxiliar no desenvolvimento e no fortalecimento dessas experiências, visando à ampliação da capacidade de fomento e defesa da saúde dos trabalhadores.

Primeiro movimento: Genealogia – retornar ao passado para compreender o que somos hoje

A história da implantação dos hospitais psiquiátricos no Brasil é amplamente discutida e divulgada, portanto pinçaremos apenas os aspectos que se relacionam com a formação e a constituição do trabalho em saúde mental, ou seja, com a criação de uma atividade de trabalho que tem como finalidade o cuidado do louco. Isso ajudará também a nos aproximarmos daquilo que Clot (2006) chamou de “gênero profissional do coletivo de trabalho”, em um entendimento de que cada ofício constrói, coletivamente, em torno de

si, como que um guia de ação, uma gama de atividades que, implicitamente, são proibidas ou desejadas em determinada profissão. Sendo assim, o gênero profissional retém a memória impessoal de um meio, conservando e transmitindo a história social e dando suporte às estratégias de comportamento individuais de cada trabalhador.

E qual será a história desse coletivo que tem como atividade o cuidado do louco? Será que formam um coletivo homogêneo? O que integra sua memória? Quais são seus modelos e experiências anteriores?

Antes da naturalização da loucura como tema para especialistas e da determinação de um lugar específico para seu tratamento, é sabido que os loucos perambulavam livremente pelas ruas das cidades brasileiras e que, quando perturbavam a ordem pública, eram recolhidos às Santas Casas de Misericórdia ou Cadeias Públicas. Além dos castigos corporais e das celas insalubres, a eles eram destinados os cuidados de religiosas ou leigas que não estavam ali para realizar a cura do doente, mas para garantir sua própria salvação espiritual (FOUCAULT, 1999). Sendo assim, inicialmente não há nenhuma formação, qualificação ou remuneração formal para esta prática, identificada tanto com a função “natural” de cuidadora das mulheres, como com os ideais cristãos: cuidado que é caridade e forma de expiar pecados.

Em contraponto a essa atividade desqualificada, temos a especialização do olhar sobre o louco e de seu cuidado, quando a loucura não é mais castigo dos deuses, possessão, bruxaria ou júbilo, mas uma doença, mais especificamente uma doença da mente. Philippe Pinel, portador do discurso nascente da Psiquiatria do século XIX, defende que a loucura é um desarranjo das funções mentais. Isso se deve, sobretudo, a um tipo de imoralidade – excesso ou desvio – passível de cura por um “tratamento moral”, sendo necessário um lugar específico e o afastamento do convívio social para esta reeducação. Sendo assim, a internação passa a ter um objetivo também “terapêutico”, ocorrendo uma mudança significativa na distribuição das responsabilidades em relação ao louco, antes divididas entre diferentes instâncias sociais (Estado, família, justiça e administração local) e agora concentradas na Medicina, que passa a assumir sozinha tal encargo (SILVA, 2005; SILVA, M. B. B., 2007).

Essas idéias influenciam todo mundo ocidental, inclusive o Brasil. No entanto, há de se ter cuidado ao querer estender para a nossa realidade o que ocorreu na Europa. Análises do processo de disciplinarização da sociedade, via Medicina, tais como as realizadas por Foucault (1999) e Castel (1978), sem dúvida nos auxiliam na compreensão do que ocorreu no Brasil, mas não podem ser superficialmente generalizadas, desconsiderando a singularidade de nosso contexto sócio-histórico-cultural. Se na França do século XVIII a criação do hospital psiquiátrico e o nascimento da Psiquiatria integravam a passagem entre o absolutis-

mo e o liberalismo, sob a batuta da Revolução Francesa, no Brasil do século XIX representou o coroamento simbólico do nascente Império. Tanto é que o ato que marca a maioridade de D. Pedro II como Imperador é, justamente, a assinatura do Decreto que cria o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro. Também, ao contrário da Europa, não foi uma decisão marcadamente influenciada pela mobilização da categoria médica, tampouco suscitou conflitos entre diferentes segmentos sociais. Ao contrário, foi uma solução pacificamente adotada, um consenso de elites, que queriam parecer modernas.

Sendo assim, no Brasil, em um primeiro momento, médicos, legistas e filantropos andaram de mãos dadas para retirar os loucos dos hospitais gerais, mas:

[...] rapidamente os primeiros passaram a reivindicar maior espaço nas decisões relativas aos alienados. Do término da construção do prédio do Hospício à sua administração, da definição da doença mental à sua cura, tudo deveria estar submetido ao olhar e à ação do médico. (WADI, 2002, p. 121)

Aqui é interessante notar essa transição do *cuidado* da loucura para a idéia de uma possível *cura* da doença mental. Scavone (2005), a partir da distinção entre as palavras inglesas *to care* (cuidar) e *to cure* (curar), destaca a constituição do saber-poder médico que separa as atividades de cuidado (preventivos) daquelas ligadas à reparação do corpo doente (curativos). Essa distinção acaba por contribuir para a divisão sexual do trabalho em saúde, cabendo as atividades de cuidado às mulheres, identificadas com os cuidados femininos dispensados à família, e aos homens as atividades de reparação da saúde, ligadas à representação de um saber técnico, mais valorizado socialmente. É assim que o psiquiatra, homem detentor do saber técnico médico, começa a substituir as mulheres religiosas no comando das atividades nesse novo espaço, agora designado como terapêutico. Inaugura-se, assim, o trabalho especializado no tratamento do doente mental.

O tratamento moral, tal qual preconizado por Pinel, tinha dois princípios básicos: o da disciplina e o do isolamento. Isso exigia uma organização espacial específica, assim como pessoas que cumprissem o papel da vigilância (e não necessariamente de cuidado). Em vários relatórios analisados por Wadi (2002) sobre o funcionamento de um hospício em 1884, encontramos a necessidade reiterada de aumentar o número de empregados, sobretudo para “estabelecer-se a vigilância precisa (...), correspondendo às necessidades que o serviço cria e que a ciência impõe” (p. 144).

Sendo assim, nesse primeiro momento, a enfermagem psiquiátrica pré-profissional também é exercida por uma maioria de trabalhadores homens do hospital, que acumulavam as funções de portaria, segurança e vigilância dos pacientes. A escolha de homens para essa função estava nitidamente ligada à idéia da periculosidade dos loucos e da necessidade de força física para conter os pacientes (ESCOLA POLITÉCNICA DE

SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003). O perfil exigido do enfermeiro psiquiátrico, construído de forma idealizada no discurso médico, incluía a severidade e a doçura, a coragem e a prudência, a discrição e a caridade, e “uma certa esfera intelectual para entender o médico e o doente” (SIMONI, 1839, apud MACHADO, 1978, p. 437). No entanto, a realidade era bem diferente, havendo carência de funcionários e baixa qualificação da mão-de-obra, resultado dos precários salários e das inúmeras exigências do cargo – contradições, aliás, não muito distintas das atuais!

Apesar disso, a função dos homens nos hospitais psiquiátricos acompanhou as mudanças no tratamento e no entendimento da loucura. Com a transformação do hospital, do saber e das práticas médicas, as práticas da enfermagem também se modificaram. Permaneceu, no entanto, a hierarquia presente nas congregações religiosas, inspirada na organização militar, em que as religiosas coordenavam e supervisionavam o serviço, enquanto o cuidado direto dos enfermos ficava a cargo de leigos, voluntários ou trabalhadores mal remunerados, oriundos de camadas mais pobres. Divisão do trabalho, sim, sem nenhum fundamento técnico, mas que foi reproduzida na profissionalização da enfermagem, com as enfermeiras que coordenavam e ensinavam de um lado e as auxiliares que executavam as ações do outro, oriundas de classes sociais diferentes.

Aqui é importante retomar o conceito de coextensividade desenvolvido por D. Kergoat. A autora chama atenção para o empobrecimento das análises que privilegiam ora as relações de classe, ora as relações de gênero, considerando que ambas devem ter o mesmo peso na explicação das relações de dominação e opressão no trabalho (HIRATA, 2002). Sendo assim, embora as atividades de cuidado em saúde estejam identificadas com um trabalho feminino e desqualificado, não podemos desconsiderar a divisão de classe entre aquelas que supervisionam e as que executam, evidenciando que as formas de exploração se modificam de acordo com a classe social das trabalhadoras².

A institucionalização da enfermagem reproduz, assim, a divisão do trabalho, de classe e de gênero, com o hospital sendo “um privilegiado espaço de profissionalização do trabalho doméstico” (PITTA, 1991, p. 131). Os cuidados em saúde aparentemente exigem pouca qualificação, estando associados à expressão do afeto nos cuidados femininos com a saúde na família, dificultando ainda mais seu reconhecimento como trabalho. Além disso, permanecem vinculados a seu passado religioso, com rígidos princípios morais e de disciplinarização. Como consequência, a representação social dessa profissão está ligada a virtudes como abnegação, docilidade, maternagem e espírito missionário.

Parece que essas características começam a se destacar em detrimento da força física à medida que a Psiquiatria vai se consolidando como discurso científico, abrindo espaço para a entrada maciça das mulheres nos hospitais psiquiátricos. Aos poucos, a divisão do trabalho nos hospitais psiquiátricos foi se cristalizando: ao médico psiquiatra coube a supervisão dos serviços e as atendentes de enfermagem ficaram com as atividades mais diretas de cuidado com o paciente, enquanto alguns homens permaneceram em atividades relacionadas à força e ao porte físico, como a guarda e a vigilância. Foi somente a partir da década de 1970 que se juntaram outros profissionais da área da saúde ao médico e às auxiliares. Tais profissionais eram igualmente, em sua maioria, mulheres, tais como enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais, corroborando as estatísticas que confirmam o cuidado em saúde como um trabalho essencialmente feminino.

A continuidade dessa divisão sexual e social do trabalho em saúde mental, com hierarquização de funções não só entre homens e mulheres, mas também entre técnicos (nível superior) e auxiliares (nível médio), é confirmada em diversos estudos atuais. Lanza (2003), por exemplo, ao analisar o trabalho das atendentes e auxiliares de enfermagem de um hospital psiquiátrico público, atenta para a naturalização das competências femininas. O cuidado com o paciente toma a forma de uma relação maternal que, embora tenha seus efeitos no plano de reconhecimento profissional, não chega a ser reconhecido como uma qualificação ou competência da trabalhadora, e sim como um atributo inato.

Em pesquisa que avaliou a satisfação com o trabalho e o impacto causado nos profissionais de um serviço de saúde mental para pacientes de longa permanência, no Rio de Janeiro, 62,6% dos trabalhadores eram mulheres, sendo que esse segmento concentrou o menor nível de satisfação com o trabalho e o maior impacto sobre a saúde, interpretado pelas autoras como consequência da “dupla jornada” feminina (REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007). Mesmo nos novos serviços de saúde mental, essa divisão parece se repetir, como apontam estudos realizados em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Porto Alegre-RS, com 85% de mulheres (RAMMINGER, 2006), e no Ceará, onde 72,8% dos trabalhadores dos CAPS de todo o Estado são mulheres (GODOY et al., 2007).

Sendo assim, apesar das críticas e dos esforços para transformar os discursos, as formas de cuidado e as relações de trabalho nos novos serviços de saúde mental, muitas das características do trabalho nos hospitais psiquiátricos tendem a se reproduzir nesses locais, configurando-se em continuidades que integram um processo de ruptura com um modelo secular e hegemônico que começa a ser questionado

² Assim também em relação aos homens, que ocupam os dois extremos hierárquicos dessa divisão do trabalho: como médicos ou como vigilantes.

em todo mundo ocidental, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial.

A experiência da guerra e as discussões por ela suscitadas colaboraram para reforçar as críticas aos hospitais psiquiátricos, que começaram a ser comparados a campos de concentração, instituições totais, locais de violência e abandono, cada vez mais distantes de sua função de tratamento, mesmo que moral. Surgem o Movimento Institucional na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, o Movimento da Antipsiquiatria e a Desospitalização nos Estados Unidos (DESVIAT, 1999). Cada um, com suas particularidades e diferenças, pretendia questionar e modificar o tratamento e, conseqüentemente, o modo de se trabalhar com a doença mental.

A desinstitucionalização italiana, em particular, radicalizou essa proposta sem defender a reciclagem, a modernização ou a humanização do manicômio, mas sim sua extinção, entendendo que todos os estabelecimentos que seguem seu modelo e as lógicas que justificam sua existência são incompatíveis com uma política de respeito aos direitos humanos. Cabe lembrar que a proposta da desinstitucionalização não deve ser confundida com a desospitalização, pois não diz respeito ao mero fechamento de um estabelecimento, mas a um questionamento de um modo de funcionamento cristalizado e opressor. O alvo de sua crítica, portanto, não é apenas o hospital psiquiátrico, é também a “instituição psiquiatria”. Sua proposta é que o acento esteja na experiência de sofrimento do sujeito e não em sua doença, sendo que sua principal linha de ação é a luta política pela transformação no modo como a sociedade se relaciona com a loucura.

No Brasil, essa discussão, não por acaso, toma força no final dos anos de 1970, após mais de uma década de um totalitário regime militar, com a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que se mobilizaram não só por mudanças no tratamento psiquiátrico, mas também pela reforma sanitária e pela redemocratização política do país. Na década seguinte, essa iniciativa amplia-se em vários sentidos. Usuários e familiares juntam-se aos trabalhadores, dispostos a implicar toda sociedade no questionamento da segregação da loucura. Sob o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, cria-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, claramente inspirado no modelo italiano que, com sua ênfase nos direitos e na cidadania do louco, traduzia aquilo que era desejado também por grande parte dos brasileiros naquele momento.

Como bem nos coloca Tenório (2002), a década de 1980 assistiu a três processos importantes para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira:

[...] a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental. (p. 34)

Esse novo cuidado inclui alguns deslizamentos conceituais que nos dão uma idéia das mudanças pretendidas: do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, do doente mental para o portador de sofrimento psíquico intenso, dos muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação pela cidade, de paciente para usuário, da clínica psiquiátrica para a atenção psicossocial, do incapaz tutelado para o cidadão. Essa mudança pressupõe não apenas novos paradigmas e conceitos, mas igualmente a invenção de outros modos de intervir, gerir serviços, relacionar-se, trabalhar. Um outro trabalhador, não necessariamente “novo”, surge com a reforma psiquiátrica, havendo, inclusive, denominações que rompem com os especialismos profissionais, tais como cuidadores, acompanhantes terapêuticos e técnicos de referência (PALOMBINI et al., 2004; SILVA, M. B. B., 2007).

O cuidado em saúde mental não pode mais ser reduzido a uma atividade caridosa ou à execução de tarefas, baseado em um conhecimento técnico-científico. Ele exige, agora, um trabalhador implicado política e afetivamente com a transformação dos modos de cuidar e de se relacionar com a loucura, sendo que uma crescente autonomia na gestão do trabalho em saúde mental é diretamente proporcional ao aumento de responsabilidades e compromissos das equipes de trabalho (SILVA, 2005).

Após três conferências nacionais (1987, 1992 e 2001), uma lei nacional e oito estaduais (BRASIL, 2002), a política de saúde mental brasileira, apoiada pelos movimentos sociais, esforça-se em deslocar a assistência dos hospitais psiquiátricos para a rede comunitária de saúde. A principal estratégia são os CAPS, que não são apenas um serviço a mais, intermediário entre a hospitalização e os ambulatórios, mas centros de referência por excelência, o dispositivo principal de uma rede que inclui desde as unidades de saúde da família até as residências terapêuticas.

Da mesma forma, os CAPS não são mais restritos a uma única clientela, a de psicóticos crônicos que necessitam de cuidados intensivos, mas passam a incluir ações de cuidado semi-intensivo e não intensivo, bem como atendimento a crianças, adolescentes e usuários de álcool e outras drogas. Para se ter uma idéia da amplitude dessa mudança, o Brasil atingiu, em 2006, a marca de mil CAPS cadastrados, sendo que, pela primeira vez, o montante de recursos financeiros destinados à atenção extra-hospitalar superou àqueles destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2007).

De todo modo, as mudanças nas formas de compreender, ampliar e diversificar o cuidado do louco não garantem a modificação do processo de trabalho. Como veremos, diversas pesquisas apontam o despreparo dos profissionais para trabalhar sob esse novo paradigma de atendimento em saúde mental, havendo uma tendência a reproduzir o modelo dos hospitais psiquiátricos. Entretanto, para não cair na simplista

culpabilização dos trabalhadores, temos que considerar que o dispositivo do hospital psiquiátrico não só foi eficaz no controle e na disciplinarização dos “doentes”, como teve também fortes efeitos nos modos de trabalhar dos profissionais.

Palombini (2003) aponta que a ética que regeu as relações de trabalho nestas instituições não foi diferente daquela que regulou sua relação com a loucura, instituindo “a obediência como modo de relação, desautorizando a invenção e prescrevendo comportamentos” (p. 161). Oliveira e Alessi (2003), pesquisadoras do Mato Grosso, entendem que houve um processo de desumanização de profissionais e pacientes nesses locais. Lanzarin (2003) pergunta-se se esses trabalhadores são carcereiros ou encarcerados; Zerbetto e Pereira (2005) consideram necessário o processo de desinstitucionalização da atividade de enfermagem, assim como Oliveira e Alessi (2003) apontam para a co-relação entre a inclusão dos pacientes como cidadãos no processo terapêutico e a correspondente percepção dos trabalhadores em relação à sua própria cidadania. Finalmente, Palombini (2003) conclui:

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

Segundo movimento: Saberes Organizados – o que dizem os pesquisadores brasileiros sobre a relação entre saúde e trabalho em saúde mental

No levantamento bibliográfico a respeito da relação entre saúde-adoecimento e trabalho em saúde mental, sobretudo a partir do processo de implantação da reforma psiquiátrica no país, percebemos que os estudos privilegiam as mudanças recentes nesse campo, sobretudo na concepção da loucura e nas formas de tratamento em saúde dos usuários.

Farta bibliografia preocupa-se em (re)discutir a função dos diferentes profissionais nas equipes dos novos serviços de saúde mental como, por exemplo, a atuação do terapeuta ocupacional (MANGIA, 2000; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005), do psicólogo (FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004), do assistente social (VASCONCELOS, 2000), do psicanalista (FIGUEIREDO, 2001), do acompanhante terapêutico (PALOMBINI, 2004) e, sobretudo, dos enfermeiros (KIRSCHBAUM; PAULA, 2001; OLIVEIRA; ALESSI, 2003; SILVEIRA; ALVES, 2003; SILVA; FONSECA, 2005), técnicos e auxiliares de enfermagem (MARANHÃO, 2004; ZERBETTO; PEREIRA, 2005). Destaca-se, ainda, a tendência a repetir padrões comuns ao hospital psiquiátrico, mesmo com severas críticas a esse modelo (CAMPOS; SOARES, 2003; BICHAFF, 2006; ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Por outro lado, a bibliografia disponível sobre a relação entre saúde e trabalho em saúde mental é recente, somando pouco menos de uma década. Em sua

maioria não são estudos epidemiológicos ou quantitativos, destacando-se as análises da relação entre trabalho e adoecimento/empobrecimento psíquico. Sendo assim, apresentaremos brevemente as principais abordagens do campo designado como “saúde mental e trabalho”, inserindo nesta sistematização os estudos sobre o trabalhador de saúde mental.

Estabelecer a relação entre doença-saúde mental e trabalho não é tarefa fácil, visto que o processo de adoecimento psíquico é sempre singular, envolvendo várias dimensões da vida do sujeito. Isso pode dificultar pesquisas quantitativas, como os estudos epidemiológicos que, no entanto, são fundamentais para nos dar a dimensão deste “invisível” que pode tornar-se mais palpável na medida em que começa a ser reconhecido, pelo menos nas estatísticas (TITTONI, 1997). Os números da Previdência Social, por exemplo, colocam as psicose como a primeira causa de incapacidade temporária, ocupando o segundo e o terceiro lugares entre as causas de incapacidade permanente e invalidez sem, no entanto, existir referência quanto à relação destes índices com o trabalho (MENDES, 1997).

O peso das estatísticas somado ao esforço dos pesquisadores e dos movimentos sociais culminou no reconhecimento legal da relação entre saúde mental e trabalho no Brasil, a partir de 1999, através do Decreto nº 3.048 do Ministério da Previdência e Assistência Social, que discrimina os transtornos mentais relacionados ao trabalho. Dentre estes, encontramos a síndrome do esgotamento profissional, ou de *burnout*, descrita pelas teorias do estresse.

As teorias do estresse, embora tenham como referencial básico a Fisiologia, originaram modelos mais complexos com a inclusão da perspectiva social e da subjetividade (SELIGMANN-SILVA, 2003). A síndrome de *burnout*, mesmo que originalmente não estivesse exclusivamente ligada às situações de trabalho, hoje tem sido apontada como recorrente entre os trabalhadores da educação, da saúde e segurança, sobrecarregados em suas formas de prover cuidado (CODO, 1999). Segundo Codo, suas principais características são a exaustão emocional, a despersonalização da atenção e a falta de compromisso com o trabalho. As pesquisas que seguem esse referencial, em relação ao trabalho em saúde mental, apontam um alto índice de esgotamento emocional e estresse crônico entre os profissionais, diretamente proporcional ao tempo e à intensidade no cuidado direto do paciente (FENSTERSEIFER, 1999; REGO, 2000; COSTA; LIMA, 2002; RAMMINGER, 2002; VIANEY; BRASILEIRO, 2003).

Por outro lado, Carvalho e Felli (2006) buscaram analisar o processo saúde-doença vivenciado pela equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico a partir dos conceitos de carga de trabalho e desgaste, concluindo que esses trabalhadores apresentaram um intenso desgaste mental mais pelas condições de trabalho do que pelo convívio com os pacientes. As cargas de trabalho (físicas, químicas, biológicas, fisio-

lógicas e psíquicas), segundo Laurell e Noriega (1989), são elementos do processo de trabalho que atuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda das capacidades corporal e psíquica, potenciais e/ou efetivas.

Nessa direção, Bandeira, Pitta e Mercier (2000) validaram, no Brasil, escalas internacionais de avaliação da satisfação e da sobrecarga das equipes técnicas de serviços de saúde mental, que começam a ser utilizadas em pesquisas de avaliação, fornecendo importantes subsídios para estudos epidemiológicos. Rebouças, Legay e Abelha (2007) aplicaram o questionário em 321 profissionais de uma instituição da cidade do Rio de Janeiro, enquanto Godoy et al. (2007) apresentaram resultado preliminar de pesquisa realizada com todos os trabalhadores da rede de CAPS do Ceará. Nesses estudos, a satisfação é considerada um estado emocional que envolve a interação das características pessoais, dos valores e das expectativas dos profissionais com o ambiente e a organização do trabalho. Já o impacto diz respeito às repercussões do trabalho sobre a saúde e o sentimento de bem-estar do trabalhador (REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007).

Em ambos os estudos, a maior satisfação no trabalho esteve relacionada à atuação em projetos novos e com *status* diferenciado, à menor escolaridade, à maior idade e ao contrato de trabalho precário. As pesquisadoras atribuem o resultado ao fato de que, provavelmente, os profissionais mais jovens e com escolaridade mais elevada têm maiores expectativas em relação ao trabalho e, no caso dos mais jovens, há menos recursos para lidar com os problemas inerentes ao desempenho das atividades. Em relação ao impacto do trabalho, os resultados foram antagônicos. Enquanto os resultados encontrados por Rebouças, Legay e Abelha (2007) não remetem à associação significativa com a escolaridade, Godoy et al. (2007) apontam a relação direta entre a baixa escolaridade e o menor impacto do trabalho na vida dos trabalhadores.

A pesquisa de Lanzarin (2003), ancorada na Psicodinâmica do Trabalho, procurou analisar as relações entre trabalho, prazer e sofrimento das auxiliares de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Sob inspiração da Psicanálise, Dejours (1999) entende que, frente às vivências de sofrimento, os trabalhadores desenvolvem, coletivamente, estratégias defensivas que podem ser muito úteis, pois permitem que as pessoas continuem trabalhando, sobrevivendo à angústia, no entanto:

(...) as estratégias defensivas podem atenuar o sofrimento, mas, por outro lado, se funcionarem muito bem e as pessoas deixarem de sentir o sofrimento, pode-se prever a alienação. (DEJOURS, 1999, p. 171)

Lanzarin (2003) percebeu grande envolvimento emocional entre as auxiliares de enfermagem e a clientela atendida. Segundo a pesquisadora, se por um

lado essa intensificação do laço afetivo constitui-se fonte de gratificação para as auxiliares, funcionando como estratégia defensiva frente ao medo e à angústia, por outro lado acaba contribuindo para a exploração do trabalho. Em sua maioria mulheres, as auxiliares acabam tomando para si algumas responsabilidades que não estão relacionadas com a função que desempenham. Ao mesmo tempo, como já dissemos, esse cuidado não é reconhecido como uma qualificação ou competência da trabalhadora, mas como expressão de um instinto maternal inato, dando assim sustentação à construção de uma estratégia defensiva contra o sofrimento do trabalho em hospital psiquiátrico.

Embora não utilizando apenas o referencial dejouriano, mas ancorando-se nas vivências de sofrimento dos trabalhadores, Ferrer (2007) e Silva (SILVA, E. A., 2007) nos apresentam análises similares de estudos realizados com os profissionais dos CAPS, respectivamente, de Campinas-SP e Goiânia-GO. Ambas mencionam, por exemplo, como importantes componentes que contribuem para o sofrimento do trabalhador de saúde mental: a baixa remuneração; os contratos diferenciados e, por vezes, precários de trabalho; as más condições física e material dos estabelecimentos; a limitação das demais redes de suporte e promoção social; a carência de uma política de cuidado para os trabalhadores da saúde; e o próprio fato de lidar com a loucura. Por outro lado, as duas pesquisadoras também apontam a implicação e o prazer desses trabalhadores com sua atividade.

Resultado semelhante é apontado em estudo com trabalhadores de um CAPS de Porto Alegre-RS, onde a preocupação foi demonstrar que o acolhimento das questões relacionadas à saúde no trabalho depende do funcionamento e das diretrizes particulares de cada serviço, evidenciando o quanto a precariedade das políticas públicas de atenção à saúde do servidor público reflete-se nos serviços de saúde mental. Partindo do ponto de vista dos trabalhadores de saúde mental sobre a relação entre a saúde e suas atividades de trabalho, a análise concluiu que os trabalhadores habitam um espaço de tensionamentos e confrontos. Primeiro, pela circulação de diferentes formações discursivas que incluem desde a crença de que cuidar é uma forma de caridade (discurso religioso), passando pela afirmação de que é a Ciência que pode falar do tratamento da loucura (discurso científico), até o entendimento de que o trabalho em saúde mental não pode ser reduzido a um domínio de técnicas, devendo incluir a implicação políticoafetiva com a construção de outro modo de se relacionar com a loucura (discurso antimanicomial). Segundo, pela oscilação dos trabalhadores entre um papel desafiador e criativo, como agentes de um dispositivo que se pretende inovador, e a constante desvalorização de sua função enquanto servidores públicos, traduzida na falta de investimentos e de ações intersetoriais, que tanto impõe limites para a prática, como responsabiliza individual, excessivamente.

siva e exclusivamente o trabalhador pela resolutividade dos serviços (RAMMINGER, 2006).

Da mesma forma, o interessante artigo de Silva (2005) sobre discursos e práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental aponta para o aumento da responsabilidade e da autonomia do trabalhador de saúde mental em seu processo de trabalho. No entanto, a exigência de que o trabalhador esteja apto a resolver problemas complexos não é acompanhada do aumento dos necessários recursos teóricos, financeiros e emocionais, em uma clara tendência à precarização do trabalho em saúde, somada a expectativas cada vez maiores em relação ao trabalhador. Além disso, a “tomada de responsabilidade” – jargão do campo da saúde – não é apenas do serviço (pelo território), mas também do trabalhador (pelo seu processo de trabalho), do usuário (por sua condição subjetiva), da família e da comunidade de modo geral (responsabilização social dos atores) em um processo em que distintos campos – Saúde Pública, Análise Institucional e Psicanálise – unem-se em torno do discurso de convocação à responsabilidade.

Outros estudos, embora não lidem diretamente com a relação entre saúde e trabalho, privilegiando as teorias sobre a representação social, corroboram a compreensão do trabalho em saúde mental como uma atividade complexa, com a circulação de distintos discursos e com um sobre-encargo do trabalhador, principalmente pelo desinvestimento no trabalho e nos serviços públicos (KODA, 2002; ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Assim, a precarização do trabalho em saúde mental, a falta de condições de trabalho adequadas para um número sempre insuficiente de trabalhadores, com excesso de encargos e responsabilidades, salientadas em diversos estudos atuais, integram uma herança que acompanhou o hospital psiquiátrico desde a sua fundação e parece ter se perpetuado nos novos serviços de saúde mental (GODOY et al., 2007; SILVA, E. A., 2007; FERRER, 2007).

Finalmente, Merhy (2004), embora sem a pretensão de apresentar um estudo mais sistematizado, compartilha suas reflexões a partir de sua experiência como supervisor de um CAPS. Ele afirma ser necessário:

[...] construir um campo de proteção para quem tem que inventar coisas não pensadas e não resolvidas, para quem tem que construir suas caixas de ferramentas, muitas vezes em ato, sendo cuidador, deve ser cuidado. (p. 4)

O autor descreve o trabalho nos CAPS como algo árduo, com intensa demanda de múltiplos cuidados, o que faz o trabalhador experimentar sentimentos intensos e antagônicos, cobrando de si mesmo e da equipe uma disponibilidade e abertura difíceis de manter permanentemente, sobretudo “para aqueles que ofertam seu trabalho vivo para vivificar o sentido da vida do outro” (MERHY, 2004, p. 6). São sentimentos de tristeza, exaustão e impotência que caminham lado a lado com

a exigência de acolhimento e resolução de problemas complexos de forma criativa e entusiasmada.

Dessa forma, Merhy (2004) introduz a “alegria” como dispositivo analisador, afirmando que só um coletivo que está em “plena produção de vida em si e para si”, que tem vida para ofertar, pode instigar a produção de novos sentidos para o viver de outros, sendo a alegria uma das formas de expressão desta produção. A alegria é tomada como “indicador da luta contra a tristeza e o sofrimento, a que são submetidos todos os coletivos de trabalhadores da saúde” (MERHY, 2004, p. 7), sendo necessário um espaço de apoio para além das supervisões institucionais e clínicas que permita retomar a produção de vida, consumida no fazer cotidiano. Essa imagem do consumo da vida no trabalho remete à exaustão ou combustão (*burnout*) do trabalhador e da equipe:

Trago como indicador analítico a noção de exaustão do trabalhador, para se agregar ao de alegria/tristeza, no sentido de que um produtor de novas possibilidades de vida, que para isso consome a sua própria, se não produzi-la o tempo todo, exaure. (MERHY, 2004, p. 7-8)

Sendo assim, a bibliografia brasileira sobre o tema tende a destacar os desafios colocados aos trabalhadores pela proposta de cuidar sem segregar, definindo o trabalho em saúde mental como uma atividade, ao mesmo tempo, singular e coletiva, criativa e angustante, gratificante e desgastante que, para além do corpo do trabalhador, deve contar com sua capacidade relacional, de sentimentos e de afetos. Os conceitos mais utilizados pelos pesquisadores são aqueles relacionados ao campo da “saúde mental do trabalhador”, tais como: ‘nível de estresse’, ‘desgaste’, ‘sobrecarga’, ‘impacto’, ‘sofrimento psíquico’ e ‘vivência subjetiva’.

Terceiro movimento: Saberes da Experiência – o que dizem os trabalhadores de saúde mental sobre sua atividade

Em primeiro lugar, cabe explicitar o que aqui estamos entendendo como “atividade”. O conceito de atividade de trabalho foi inicialmente desenvolvido pela Ergonomia, que cunhou esse termo para diferenciar o trabalho efetivamente realizado da mera prescrição de uma tarefa. O trabalho prescrito é definido pela ergonomia como “um conjunto de condições e exigências a partir das quais o trabalho deverá ser realizado” (ALVAREZ; TELLES, 2004, p. 67), ou seja, incluindo tanto as *condições* dadas para a realização de um trabalho (ambiente físico, matéria-prima, condições socioeconômicas), como as *prescrições* propriamente ditas (normas, ordens, resultados exigidos). A Ergonomia demonstrou que esse trabalho prescrito jamais corresponde ao trabalho real, pois, ao realizar uma tarefa, o trabalhador se depara com diversas fontes de variabilidade, desde as mais técnicas até as mais subjetivas. Temos, assim, a atividade de trabalho, que consiste justamente na realização

(sempre singular) de um trabalho, considerando-se tanto o trabalho prescrito, como as variabilidades que têm que ser geridas pelo trabalhador.

Schwartz (2003) incrementa esse debate com as reflexões do filósofo Canguilhem (2006). Para Schwartz, Canguilhem nos fornece importantes subsídios para pensar filosoficamente a atividade de trabalho, na medida em que considerou a vida como atividade de oposição à inércia e à indiferença. Nesse sentido, o ser humano não apenas adapta-se ao meio, mas (re)cria o próprio meio, no momento em que modifica e constitui normas de vida distintas, conforme as diferentes situações que se apresentam. Se trabalho e vida não são instâncias separadas, essa compreensão estende-se ao “meio de trabalho”.

O conceito de saúde em Canguilhem (2006) desafia as abordagens sistêmicas, que entendem a saúde como um “equilíbrio”, mesmo que provisório. Considerando essa linha teórica, a saúde no trabalho, por exemplo, estaria ligada a um ambiente ótimo, com total controle dos “riscos”, ao mesmo tempo em que o trabalhador seria uma vítima passiva desse processo. Já para Canguilhem, a perturbação não é algo que desequilibra um sistema, mas algo que possibilita a criação de novas normas para lidar com as variações próprias da existência, ou seja, a saúde não está ligada a uma ausência de perturbações, mas com a maneira de lidar com elas. Para este autor, portanto, o indicativo de saúde não está ancorado em um critério de normalidade, mas de normatividade, com a possibilidade de transgredir e criar outras normas, que permitam enfrentar situações de adoecimento e/ou empobrecimento subjetivo, inclusive no trabalho.

É neste sentido que Alvarez e Telles (2004) apresentam os recentes debates em torno do trabalho prescrito e sugerem o conceito de “normas antecedentes”, desenvolvido por Schwartz (2007). Esse conceito inclui as prescrições, mas não se limita a elas, pois são também “aquisições da inteligência e da experiência coletiva” (SCHWARTZ, 2000, p. 598), ou seja, dizem respeito não só a imposições externas, mas também à formação de um patrimônio conceitual, científico e cultural ao longo da história dos coletivos de trabalho, que formam valores e buscam guiar a atividade ou até mesmo constrangê-la. A essas normas (e valores) que antecedem a atividade de trabalho, somam-se os valores e a história singular do trabalhador. Sendo assim, diferentes normas, de variados contextos, não raro contraditórias, encontram-se no momento da atividade e é o trabalhador que terá que gerir estas diferenças e variabilidades.

Schwartz (2007) entende a atividade de trabalho como algo complexo, em que o trabalhador, ao mesmo tempo em que parece se submeter a algumas normas exteriores a ele, procura também transformá-las, para delas se apropriar, considerando as variabilidades do meio. É justamente essa ação normativa do trabalhador sobre seu meio de trabalho, mesmo quando

esta é quase imperceptível, que permite que determinada tarefa seja realizada, considerando que o real do trabalho sempre coloca situações novas, singulares e não previstas pelas normas antecedentes. Por outro lado, esse processo, também denominado “renormatização”, é sempre parcial, posto que nem todas as normas podem ser transgredidas ou transformadas pelo trabalhador ou seu coletivo de trabalho. As renormatizações acabam integrando-se às normas antecedentes, como se a atividade desenhasse um círculo (mas que nunca é repetição do mesmo!): normas antecedentes – infidelidade do meio – renormatizações..., em que as renormatizações contribuem para novas normas antecedentes, e assim sucessivamente. A atividade de trabalho para Schwartz é, assim, um processo dinâmico que vai das normas antecedentes à ação normativa do trabalhador.

Pensando o trabalho em saúde, sob o ponto de vista da atividade, Schwartz (2005) considera que os ofícios de cuidados à saúde não escapam das características gerais do trabalho como gestão. Ao contrário, talvez levem ao extremo essa gestão de normas e valores. Nos serviços em saúde há um encontro entre diferentes vontades, sujeitos e necessidades. Se o “usuário” tem que lidar com outra forma de vida a partir da experiência da doença, os trabalhadores da saúde têm como objetivo principal potencializar a capacidade normativa do doente. E essa atividade de trabalho, complexa e não facilmente codificável, vai ser diretamente influenciada pelas experiências dos próprios trabalhadores.

Uma gama de variáveis deve ser gerida pelo trabalhador, como, por exemplo, as diferentes prioridades ou valores que atravessam a atividade do trabalho em saúde. Esses valores abarcam tanto aqueles que podem ser dimensionados (orçamento, número de atendimentos, tempo de permanência, entre outros), quanto aqueles valores “sem dimensão” (a vida, a saúde, a luta contra a dor e pelo bem estar).

Assim, podemos nos perguntar: o que é desejável no trabalho em saúde? O que é resolutivo? Acalmar um paciente para dormir ou administrar um sonífero? Insistir na alimentação via oral de alguém debilitado ou colocá-lo no soro? Acompanhar uma pessoa com dificuldades de locomoção ao banheiro ou alcançar-lhe a comadre? Dopar um paciente psiquiátrico ou suportar seus delírios? Nesse intenso debate, qual será a escolha do trabalhador? Que valores serão priorizados? A rapidez? O orçamento? O acolhimento? A normatividade?

No entanto, como nos coloca Schwartz (2005), é justamente o reconhecimento desse retrabalho permanente (e necessário!) das várias exigências e prioridades que torna possível a atividade de trabalho em saúde. Ao contrário, quando a margem para escolhas é muito pequena, ou os valores priorizados as tornam “invivíveis”, percebemos a desmotivação e até mesmo o adoecimento dos trabalhadores. Deixar de atender

uma pessoa em estado grave, por exemplo, por superlotação do serviço, ou ainda pela impossibilidade financeira do paciente, pode ser uma decisão “invível” para o trabalhador.

Considerando esses apontamentos, podemos agora tentar aproximar o olhar da atividade do trabalhador de saúde mental. É uma aproximação, na medida em que não realizamos uma análise da atividade de trabalho, mas apenas tecemos algumas considerações iniciais a partir de entrevistas realizadas com cerca de 50 trabalhadores, seja em grupo, presencialmente, ou individualmente, por via eletrônica, como forma de um primeiro contato com o campo³.

Os relatos consideram o trabalho em saúde mental como uma atividade que exige, subjetivamente, muito do trabalhador, não só pela “angústia que é lidar com o discurso que não faz laço com o outro”, com “aquilo que contagia à distância”, mas também porque a Reforma Psiquiátrica “nos colocou nesse lugar do ‘tem que fazer, tem que inovar, tem que pensar diferente’, dá mais trabalho, dá mais cansaço”. Não bastasse lidar com “meio” tão infiel quanto a loucura, parece existir também uma carência de normas antecedentes, em um ofício em permanente construção, pois “dentro de nenhum CAPS tem uma forma específica de se trabalhar (...) Isso faz com que cada lugar vá construindo seu modo de funcionar, inclusive a equipe”.

Apesar da forte referência ao “coletivo de trabalho” (a equipe), o trabalho segue identificado como um ofício, basicamente, “solitário”:

Tem essa coisa de grupo, de coletivo, de estar com as pessoas, que segura muito, mas, ao mesmo tempo, quando tem uma situação aguda, alguma coisa que tu tem que intervir, que exige assim uma posição diferente, de resolver algum problema, tomar uma atitude, bate muito uma sensação de solidão.

Talvez esse sentimento de solidão tenha relação com a fragilidade do *gênero da atividade* (ou *gênero profissional do coletivo de trabalho*), que funciona, como já mencionamos, como aquilo que é esperado, que de certa forma está subentendido, em determinada prática profissional. O trabalho em saúde mental, como também já demonstramos, vem se deslocando do hospital psiquiátrico para a cidade, chamando a criações e variações que nem sempre conseguem ser compartilhadas. Sendo assim, um gênero de atividade forte sustenta a atividade no sentido de reger e apoiar os comportamentos e as decisões individuais de cada trabalhador. O trabalhador se sente mais seguro ao resolver, mesmo que sozinho, determinada situação de trabalho, porque sabe que será apoiado por um cole-

tivo. Ao contrário, quando o gênero profissional está fragilizado, o trabalhador sente sua decisão como solitária, temendo não ter agido da maneira adequada ou ser alvo de críticas futuras.

Da mesma forma, o trabalhador sente seu ofício como ainda mais solitário quando percebe as limitações não apenas dos serviços de saúde mental, mas, sobretudo, de outros equipamentos e ações de suporte social (“o nosso serviço é de suporte, mas não de suporte pra tudo!”), gerando sentimentos de frustração e sobrecarga:

Eu já estive bastante irritado com colegas de trabalho, sentindo-me isolado em algumas ações – principalmente com usuários sem suporte familiar e econômico – e bastante sobrecarregado e frustrado.

Em geral, o cuidado foi e ainda é delegado ao trabalhador da saúde mental, revelando o descompromisso da sociedade e da família. Tal postura, ao mesmo tempo em que concede um poder (exagerado e inadequado) ao trabalhador da saúde mental, iatrogenicamente o sobrecarrega, já que assume a postura de cuidador e salvador.

Essas falas também nos remetem ao conceito de “atividade impedida”, do qual nos fala Clot (2001), considerando que o sofrimento no trabalho está relacionado não apenas àquilo que se faz, mas também àquilo que não se pode fazer:

A atividade não é somente aquilo que se faz. O real da atividade é também o que não se faz, aquilo que nós não podemos fazer, o que tentamos fazer e não conseguimos – os fracassos – aquilo que nós teríamos vontade de fazer ou poderíamos fazer, aquilo que não fazemos mais, aquilo que nós pensamos ou sonhamos poder fazer em outros lugares. (p. 6)

As questões aqui dispostas evidenciam a carência de vários mecanismos que poderiam dar suporte ao trabalhador de saúde mental na gestão de sua atividade, como apontado também por outros estudos (KODA, 2002; BICHAFF, 2006; RAMMINGER, 2006; FERRER, 2007; SILVA, E. A., 2007; GODOY et al., 2007). No entanto, se a atividade fica ainda mais arriscada, no sentido de que há uma excessiva responsabilização do trabalhador por suas decisões e escolhas, a possibilidade de criação e de autoria, para além de uma sobrecarga, diz também de uma saúde possível no trabalho, como nos coloca essa trabalhadora: “Isso do ir e vir, de inovar, de não ficar tanto tempo fazendo as mesmas coisas; isso também nos dá essa saúde”. Mesmo com todas as exigências e limitações dos serviços sob a égide da Reforma Psiquiátrica, a possibilidade de “inventar” o próprio trabalho, de ser normativo, contrapõe-se à falta de perspectiva, característica do trabalho nos hospitais psiquiátricos:

³ Utilizamos um roteiro de entrevista com 16 perguntas semi-abertas para guiar um encontro em grupo com trabalhadores de saúde mental de um CAPS do município de Porto Alegre. O mesmo roteiro foi disponibilizado para outros serviços de saúde mental brasileiros, utilizando a Internet como ferramenta de comunicação, sendo que os trabalhadores entrevistados representam vários serviços/gestões estaduais (Acre, Alagoas, São Paulo e Rio Grande do Sul) ou municipais (Caxias do Sul, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Recife).

(...) eu não trocaria, eu gosto disso, pra mim não poderia ser diferente... porque eu já passei seis anos dentro de um hospital psiquiátrico e sei o que é estar dentro de um hospital, e fora, em um serviço, onde tu pensa diferente e está sempre buscando.

Outro ponto importante a ser considerado é o campo de disputas políticas em que os trabalhadores de saúde mental exercem suas atividades. Uma disputa pela legitimidade da verdade em relação ao cuidado com a loucura (discurso médico-psiquiátrico *versus* discurso da reforma psiquiátrica) acaba fazendo do trabalho em serviços substitutivos de saúde mental “uma militância”. Essa necessidade permanente de lutar e defender outro modo de relacionar-se com a loucura termina por dificultar a possibilidade de acolhimento e formação de profissionais “não militantes” nas equipes de saúde mental, em um movimento em que a militância parece ser um difícil ingrediente das normas antecedentes para o trabalho em saúde mental.

Em um dos CAPS, por exemplo, os trabalhadores mencionaram que há pessoas que “não se adaptam a este tipo de funcionamento” [dos CAPS], e acabam pedindo para sair da equipe ou adoecendo:

[...] atualmente tem duas pessoas em licença, e duas pessoas que são da enfermagem, e tenho a impressão que são as duas pessoas que têm mais dificuldade de lidar com isso, com o jeito que a nossa equipe trabalha.

No entanto:

[...] também tem aquela pessoa que vem trabalhar aqui como auxiliar de secretariado, e vira monitor de oficina. Então tem tanto aquele que não suporta essa forma de trabalhar, ou tem outros interesses na vida, ou pessoas que a partir daqui começaram a ter interesse.

Mas não nos enganemos: o sofrimento no trabalho não é apenas daqueles acusados de não se engajar suficientemente nas atividades. Muitos dos relatos dos trabalhadores estão diretamente ligados, justamente, às exigências do projeto de implantação da Reforma Psiquiátrica. Diz um trabalhador:

conheço colegas que tiveram sérios problemas emocionais, também pelos embates que foram obrigados a travar para manter o campo de atuação próximo aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Esse é um grande paradoxo, sobretudo do trabalho contemporâneo, apontado por Clot (2001), em que se exige que o trabalhador assuma cada vez mais responsabilidades, implique-se cada vez mais em seu trabalho (“vestir a camiseta da empresa”), sem ter, no entanto, responsabilidade efetiva na definição de seu trabalho: “Responsabilidades sem responsabilidade: eis aí uma das maiores dissociações do trabalho atual” (CLOT, 2001, p. 4). Essa dissociação, no entanto, não acontece apenas no serviço privado e nas indústrias. Na área de Saúde Pública, por exemplo, podemos dizer que o trabalhador é convocado a engajar-se em uma concepção de política pública (a do SUS e/ou

da Reforma Psiquiátrica), considerando o atendimento universal e integral em saúde do usuário, mas os modos de trabalhar são pouco problematizados. Permanecem as estruturas hierarquizadas, as chefias e as burocratizações, muitas vezes incompatíveis com a flexibilidade que se exige do trabalhador. Para realizar seu trabalho, ele *tem* que ser criativo, lidar com as dificuldades e limitações de seu serviço, mas, em relação à concepção de seu próprio trabalho, ele tem normas rígidas a obedecer e cumprir (como os critérios de produtividade, por exemplo).

A militância, enquanto forma de implicação e de expressão do que se acredita, é, sem dúvida, um importante apoio para a saúde no trabalho, implicando em reconhecer como seus alguns valores do meio de trabalho. No entanto, ela também pode transformar-se em fonte de sofrimento quando toma a forma do discurso da verdade única, impedindo a ação para transformar o trabalho a partir do reconhecimento dos problemas que ele apresenta.

O espaço da supervisão e a participação dos trabalhadores na gestão dos serviços são apontados como imprescindíveis para o êxito de novas modalidades de cuidado em saúde mental (RAMMINGER, 2006; FERRER, 2007; MERHY, 2004; SILVA, E. A., 2007). Cabe perguntar de que propostas de supervisão e gestão estamos falando. A supervisão, por exemplo, pode acabar restringindo-se a temas administrativos ou clínicos, já que “as demandas no cotidiano são tantas que o espaço do trabalhador dentro da supervisão acaba se estrangulando”. Por outro lado, a supervisão poderia ser um importante espaço para o compartilhamento de experiências, o que poderia contribuir não apenas com um modo de trabalhar mais saudável, mas também para qualificar os trabalhadores no exercício de suas atividades.

Na proposta de Schwartz (2007), a formação só pode se dar na atividade de trabalho, envolvendo não somente a pessoa em formação, mas igualmente todas as pessoas que trabalham com ela. É um convite para que os envolvidos olhem para seu trabalho, tanto como uma aplicação de um protocolo referenciado em saberes já constituídos, como para que percebam a singularidade de cada momento do trabalho, as “micro-soluções” encontradas para cada ação, que futuramente podem integrar os saberes já constituídos.

Sem dúvida, há uma maior facilidade de acesso aos saberes disciplinares, aqueles que já estão organizados, disponíveis ou publicados. Os saberes da experiência, no entanto, não se fazem conhecer de forma tão simples. Para compartilhá-los, há de se poder falar sobre sua atividade, sobre o que parece natural, o que se faz de forma quase automática, sobre aquilo que não se sabe que se sabe... Ao tentar colocar em palavras sua experiência, o trabalhador pode se dar conta de saberes insuspeitados e alargar seu poder de ação sobre o trabalho. Sendo assim, a formação a partir do trabalho deveria passar pela verbalização da experi-

ência, não bastando apenas vivê-la. Ainda que a linguagem não baste para ensinar o que deve ser feito na situação de trabalho, é fundamental recorrer a ela para explorar a própria experiência, pois somente a linguagem permite a formalização e recuperação daquilo que fazemos (FAÏTA, 2005). É importante, portanto, haver espaço (e escuta!) para colocar em palavras aquilo que se vive na situação real de trabalho, no sentido de que o trabalho não é automaticamente formador, sendo necessário retirar-se, olhar de fora, para construir um ponto de vista sobre a atividade e depois retornar. É necessário um espaço para compartilhar experiências, não no sentido de um apego às experiências já vividas, mas para poder afastar-se e transformá-las em meio para produzir outras experiências, tornando a experiência já feita disponível para experiências a fazer (CLOT, 2006).

Uma aposta

Neste artigo, propusemo-nos a focar o trabalho em saúde mental, visando a uma análise preliminar sobre a questão da saúde dos protagonistas desta atividade. Para tanto, buscamos primeiramente identificar de que modo esta atividade se configurou no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Em um segundo movimento, fizemos uma revisão bibliográfica sobre os estudos que tratam da relação entre saúde e trabalho em saúde mental ou, na linguagem de Schwartz (2007), revisamos os conhecimentos sobre a temática que são pertinentes ao “pólo dos saberes organizados”. Vimos que esses estudos destacam, em geral, os desafios colocados aos trabalhadores pela proposta de cuidar sem segregar, indicando o caráter ambíguo deste trabalho (ao mesmo tempo, singular e coletivo, criativo e angustiante, gratificante e desgastante). O nosso terceiro

movimento foi uma aproximação inicial da experiência dos trabalhadores dos CAPS, considerando a importância do “pólo dos saberes investidos na atividade” para compreender a realidade. Este terceiro passo foi fundamental para percebermos o seguinte:

- a necessidade de construção de normas específicas que dêem suporte ao desenvolvimento desta atividade de trabalho, ou seja, normas que façam a intermediação entre os princípios da Reforma Psiquiátrica e a atividade;

- a necessidade do fortalecimento do gênero coletivo de trabalho no sentido de ampliar o poder de ação dos trabalhadores sobre as situações de adoecimento e/ou empobrecimento subjetivo;

- a dificuldade de adaptação dos não militantes nos serviços de saúde mental, exigindo a consolidação de novas estratégias de formação e integração dos coletivos de trabalho;

- o convite para que a supervisão não se restrinja aos casos clínicos ou assuntos administrativos, constituindo-se em espaço de compartilhamento de experiências e problematização da relação entre saúde e trabalho.

Acreditamos que, com esta análise preliminar, já reunimos elementos que darão subsídios à continuidade de nossa pesquisa, cuja etapa seguinte prevê encontros entre pesquisadores e trabalhadores do campo da saúde mental. Apostamos que esses encontros permitirão não apenas fazer avançar na análise dessa atividade de trabalho e da relação entre saúde e trabalho, mas também contribuir para a construção coletiva de um novo saber, considerando a interlocução ética entre os saberes advindos da experiência e àqueles construídos nos diferentes campos acadêmicos e disciplinares.

Referências

ALVAREZ, D.; TELLES, A. L. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 63-90.

ANTUNES, S. M. M. O; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad. Saúde públ.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, jan. 2007.

BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Validação das escalas de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *J. bras. psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 49, p. 105-115, 2000.

BICHAFF, R. *O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para consolidação da reforma psiquiátrica*. 2006. 217 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

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

_____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de

- trabalhadores. *Ci. Saúde col.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. *Rev. Latino-americana Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 61-69, fev. 2006.
- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CLOT, Y. Clínica do trabalho, clínica do real. In: *Le journal des psychologues*, Paris, n. 185, mars, 2001. Tradução provisória de Kátia Santorum e Suyanna Linhares Barker.
- _____. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- CODO, W. (Org.). *Educação: carinho e trabalho*. Burnout e síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação. Petrópolis, Vozes, 1999.
- COSTA, J. R. A.; LIMA, J. V. Trabalho do enfermeiro no contexto do hospital psiquiátrico: dimensão dos stressores. *Rev. Baiana Enferm.*, v. 15, p. 33-47, 2002.
- DEJOURS, C. *Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo: Fundap, 1999.
- DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Textos de apoio em saúde mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- FAÏTA, D. *Análise dialógica da atividade profissional*. Rio de Janeiro: Express Editora, 2005.
- FENSTERSEIFER, G. P. *Assistência em saúde mental X estresse no trabalho dos profissionais*. 1999. 243 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.
- FERRER, A. L. *Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura*. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.
- FIGUEIREDO, A. C. O que faz um psicanalista na saúde mental. In: VENÂNCIO, A.; CAVALCANTI, M. (Orgs.). *Saúde mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: Ipub, Cuca, 2001. p. 73-82.
- FIGUEIREDO, V. V.; RODRIGUES, M. M. P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. *Psicologia em Est.*, Maringá, v. 9, n. 2, p. 173-81, maio/ago. 2004.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- _____. Genealogia e poder. In: MACHADO, R. (Org.). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999b. p. 167-177.
- GODOY, M. G. C. et al. Condições organizacionais e saúde mental dos trabalhadores dos Caps do Ceará. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 4., 2007, Salvador. *Anais...* Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. 1 CD-ROM.
- HIRATA, H. Divisão sexual do trabalho: o estado das artes. In: HIRATA, H. (Org.). *Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Boitempo, 2002. p. 273-89.
- KODA, M. Y. *Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um Núcleo de Atenção Psicossocial*. 2002. 186 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- KIRSCHBAUM, D. I. R.; PAULA, F. C. C. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas. *Rev. Latino-Americana Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 77-82, set. 2001.
- LANZARIN, C. C. *Carcereiros ou encarcerados: um estudo sobre o trabalho dos auxiliares de enfermagem no Hospital Psiquiátrico São Pedro*. 2003. 96 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- MACHADO, R. et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MANGIA, E. F. A trajetória da terapia ocupacional: da psiquiatria as novas instituições e estratégias de promoção da saúde mental. *Rev. Terapia Ocup.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 28-32, 2000.
- MARANHÃO, R. M. C. S. *Reforma psiquiátrica: novas cartografias de trabalho para os técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica?* 2004. 178 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- MENDES, A. M. B. Os novos paradigmas da organização do trabalho: implicação na saúde mental. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v. 23, n. 85/86, p. 55-60, 1997.
- MERHY, E. E. *Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial*. Alegria e alívio como dispositivos analisadores, 2004. Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/AlegriaeAlivionosCAPS.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2007.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde públ.*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento 2.

- OLIVEIRA, A. G. B. de; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades. *Rev. Latino-Americana Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 333-340, jun. 2003.
- PALOMBINI, A. de L. A ética nas micropolíticas de atenção à loucura. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 159-63.
- PALOMBINI, A. de L. et al. *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: UFRGS, 2004.
- PITTA, A. M. F. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1991.
- RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. *B. Saúde*, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 111-124, 2002.
- _____. *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.
- REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007.
- REGO, D. P. *Stress ocupacional do psicólogo em instituições de atendimento ao portador de psicose*. 2000. 128 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- RIBEIRO, M. B. S.; OLIVEIRA, L. R. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 425-31, mar./ago. 2005.
- SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). *Trabalhador da saúde, muito prazer: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí, 2007.
- SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: IFB; Te Cora, 1999.
- SCAVONE, L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). *Gênero e saúde: programa de saúde da mulher em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 99-109.
- SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Rev. Trab. Educ.*, Belo Horizonte, n. 7, p. 38-46, jul./dez. 2000.
- _____. O Trabalho numa perspectiva filosófica. In: SEMINÁRIO EDUCAÇÃO 2003. TRABALHO E EDUCAÇÃO: TRABALHAR, APRENDER, SABER, 2003, Cuiabá. *Anais...* Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso, 2003.
- _____. Trabalho e saúde: construindo outros modos de gestão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE. 3., 2005, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: ABRASCO, UFSC, 2005.
- _____. O trabalho e a ergologia. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Rio de Janeiro: Eduff, 2007.
- SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Patologia do Trabalho*. São Paulo: Atheneu, 2003.
- SILVA, A. L. A, FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Rev. Latino-Americana Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, jun. 2005.
- SILVA, E. A. *Dores dos cuida-dores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia – GO*. 2007. 165 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.
- SILVA, M. B. B. Atenção Psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis: Rev. Saúde Col.*, v. 15, n. 1, p. 127-150, jun. 2005.
- _____. O técnico de referência no Centro de Atenção Psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental? *Rev. Vivências*, Natal, n. 32, p. 227-223, 2007.
- SILVEIRA, M. R. da; ALVES, M. O enfermeiro na equipe de saúde mental: o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. *Rev. Latino-americana Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 645-651, out. 2003.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. Ci. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.
- TITTONI, J. Saúde mental. In: CATTANI, A. D. (Org.). *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 215-219.
- VASCONCELOS, E. M. *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade*. Rio de Janeiro: Cortez, 2000.
- VIANEY, E. L.; BRASILEIRO, M. E. Saúde do trabalhador: condições de trabalho do pessoal de enfermagem em hospital psiquiátrico. *Rev. bras. Enferm.*, Brasília, v. 56, p. 555-557, 2003.
- WADI, Y. M. *Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS, 2002.
- ZERBETTO, S. R.; PEREIRA, M. A. O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Rev. Latino-Americana Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 112-117, fev. 2005.