

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Faculdade de Medicina de Botucatu

Departamento de Saúde Pública

MARIA MADALENA LAZARI KAWASHIMA

SAÚDE MENTAL E TRABALHO:

**significados atribuídos pela equipe da saúde da família
ao adoecimento dos usuários.**

Botucatu
2011

MARIA MADALENA LAZARI KAWASHIMA

**SAÚDE MENTAL E TRABALHO:
significados atribuídos pela equipe da saúde da família
ao adoecimento dos usuários.**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Área de concentração: Saúde Pública).

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sueli Terezinha Ferreira Martins

Botucatu
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE

Kawashima, Maria Madalena Lazari.

Saúde mental e trabalho: significados atribuídos pela equipe da saúde da família ao adoecimento dos usuários / Maria Madalena Lazari Kawashima. - Botucatu, 2011

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011

Orientador: Sueli Terezinha Ferreira Martins

Capes: 40600009

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Saúde Mental. 3. Saúde e trabalho.

Palavras-chave: Abordagem sócio-histórica; Estratégia de Saúde da Família; Rede de serviços; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Saúde pública.

MARIA MADALENA LAZARI KAWASHIMA

SAÚDE MENTAL E TRABALHO:

**significados atribuídos pela equipe da saúde da família ao adoecimento dos
usuários.**

Comissão julgadora

Dissertação para obtenção do grau de mestre

Presidente e Orientadora Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Prof. Dr. Osvaldo Gradella Junior
Universidade Estadual Paulista – UNESP

Profa. Dra. Maria Dionísia do Amaral Dias
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Botucatu, 2011

AGRADECIMENTOS

Ao Celso, meu companheiro de tantos momentos, por estar ao meu lado em todas as minhas escolhas, por demonstrar compreensão, confiança e apoio.

À Fernanda e Mariana, pela experiência maravilhosa que é ser a mãe dessas meninas.

A minha mãe, Romana, pelo seu exemplo de força, amor, empenho e determinação. E ao meu pai Luiz (em memória), pelas boas lembranças de carinho e atenção.

As minhas irmãs, Sônia e Sueli e meu irmão, Valmir, pela sensação de apoio e incentivo constante, por partilharem comigo o amor pelas nossas famílias.

Ao Waldir pela amizade e carinho que proporciona a mim e a minha família.

Ao Sr. Keneti e a Yochico, pela amizade e apoio constante.

Aos meus sobrinhos (as), Clara, Erika, Laura, Letícia, Luiz, Priscila e Vitor, pela alegria que me contagia e por compartilhar comigo os seus sonhos.

À Sandra Ribeiro, amizade que nasceu num período difícil, pelas alegrias e tristezas compartilhadas.

Aos colegas do grupo de pesquisa, Ana Lúcia, Denise, Marcelo, Lilian, Pedro, Tiago, Rosemeire, pela amizade e discussões de tantas idéias e ideais em Psicologia e saúde.

Aos Professores, Dra. Maria Dionísia do Amaral Dias e Dr. Osvaldo Gradella Júnior, pelas importantes contribuições e sugestões no exame de qualificação.

À Meire, à Rose e a equipe da biblioteca da UNESP-Botucatu, pelo auxílio na adequação e revisão das normas técnicas nesse trabalho.

Aos professores do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, em especial à Prof^a. Luana Carandina, pelo apoio, carinho e compreensão nos momentos difíceis da minha trajetória acadêmica.

Aos trabalhadores (as) da unidade de PSF pela disponibilidade de dispor de seu tempo e compartilhar seu trabalho, me auxiliando neste trabalho.

Enfim, à minha orientadora, Sueli Terezinha, que com sua paciência e sabedoria de mestre me acompanhou em todas as etapas deste trabalho, acreditando na minha capacidade e me dando as condições para a sua realização. Mestre, no sentido de coerência de propósitos e práticas, e no seu compromisso e busca da transformação social.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Lista de Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho.....	53
Quadro 2 –	Composição da equipe de trabalhadores participantes da pesquisa, segundo atividade, escolaridade, sexo, idade e tempo de experiência na ESF.	72
Quadro 3 –	Temáticas e significados	73

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAPSO	Associação Brasileira de Psicologia Social
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ARE	Ambulatório Regional de Especialidades
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CGSM	Coordenação Geral da Saúde Mental
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DAPE	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER/DORT	Lesões por Esforços Repetitivos / Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB-SUS	Norma Operacional Básica do SUS
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu
PSF	Programa de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SMT	Saúde mental e Trabalho
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
THAS	Transtornos Mentais de Humor, Ansiedade e Somatização
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
APRESENTAÇÃO	11
1. INTRODUÇÃO	13
1.1. A Estratégia da Saúde da Família (ESF)	15
1.2. Saúde Mental e a ESF	24
1.3. Trabalho e Saúde.....	35
1.4. Saúde do Trabalhador Na ESF	51
2. OBJETIVO	61
3. MÉTODO	62
3.1. Abordagem Sócio-Histórica.....	62
3.2. População Estudada	67
3.3. Coleta de Dados	69
3.4. Procedimentos de Análise dos Resultados	70
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
4.1. Caracterização da Equipe de Saúde.....	72
4.2. Temáticas e Núcleos de Significação.....	73
4.2.1. A Identificação: progressos e limites na identificação da doença mental....	74
4.2.2. Concepções sobre o transtorno mental.....	83
4.2.3. O nexos com o trabalho	86
4.2.4. Condutas e ações da equipe da ESF em relação ao adoecimento mental pelo trabalho.	97
4.2.5. A vulnerabilidade da equipe	112
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
6. REFERÊNCIAS	129
ANEXOS	139

KAWASHIMA, M. M. L. *Saúde mental e trabalho*: significados atribuídos pela equipe da saúde da família ao adoecimento dos usuários. Botucatu, 2011. 138p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo investigar os significados atribuídos por uma equipe de saúde da família quanto aos problemas de saúde mental dos usuários e sua relação com o trabalho. A pesquisa foi realizada numa cidade de porte médio do estado de São Paulo com todos os trabalhadores das várias categorias de uma equipe da Estratégia da Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas individuais com um roteiro semi-estruturado. Os dados coletados foram analisados segundo a abordagem sócio-histórica, através da elaboração de núcleos de significação de acordo com o método explicativo de Vigotski. Os resultados revelaram: A identificação dos transtornos de saúde mental é facilitada pela proximidade da equipe com a comunidade através da observação, escuta terapêutica e vínculo com a comunidade; A estrutura familiar é um dos principais fatores de adoecimento em saúde mental para a equipe, a fragilidade ou dissolução dos vínculos familiares e outros aspectos associados à questão social indicam a concepção da equipe sobre o transtorno mental. A equipe faz nexo entre o adoecimento mental e o trabalho nas instituições, ao associar a organização de trabalho corroído pela pressão, intensificação, exploração, assédio moral, e indiretamente quando o sofrimento físico e o desemprego levam ao adoecimento mental. Algumas intervenções são dirigidas diretamente aos usuários, através da escuta e orientação, outras buscam intervir diretamente na empresa e nas instituições de saúde como o INSS, entretanto esse trabalho é solitário inócuo, sem respaldo de uma rede de serviços ou a ação integrada com outros serviços, caracterizando uma falha na rede e o sentimento de impotência. Na unidade, a atuação em saúde mental é caracterizada pelos atendimentos individuais, esporádicos e o trabalho com grupos limitados, o enfoque no tratamento medicamentoso aparece como solução muito utilizada pela equipe e as visitas domiciliares assumem um papel importante no cuidado dos usuários trabalhadores com transtorno mental. O encaminhamento acontece, não são efetivos tanto na saúde mental como em outras áreas da saúde e o hospital psiquiátrico da região aparece como última alternativa de tratamento. A organização do processo trabalho é precarizada em função da intensificação do trabalho, falta de autonomia, número mínimo de trabalhadores, vulnerabilizando o trabalhador da saúde. O trabalho para equipe significa sobrevivência e também adoecimento para o usuário trabalhador, entretanto a organização do trabalho da equipe é influenciada pelas políticas públicas de saúde e a precarização de seu trabalho, restringindo a atuação em saúde do trabalhador às ações pontuais, desconectas de uma rede mais ampla de atuação.

Palavras chave: Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária, saúde mental, saúde do trabalhador, rede de serviços, Saúde Pública e abordagem sócio-histórica.

KAWASHIMA, M. M. L. *Mental health and work: the meanings assigned by the family health team regarding the illness among users*. Botucatu, 2011. 138p. Dissertation (Masters in Public Health) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

ABSTRACT

This thesis has aimed to investigate the meanings attributed by the family health team regarding the mental health of users and their relationship with work. The survey has been conducted in a medium-sized city of São Paulo with all the workers from various categories of the Family Health Strategy team. The data gathering was conducted through individual interviews with a semi-structured guide. The collected data was analyzed according to socio-historical approach, through elaboration of meaning core following the Vigotski explanation method. The results have shown: The identification of mental health disorders is facilitated by the closeness of the team with the community through observation, therapeutic listening and connection with the community. The family structure is a major factor in mental illness for the team, weakness or dissolution of family ties and other social aspects associated with social issues indicate the team conception on mental illness. The team makes nexus between mental illness and work in institutions, by combining the eroded work organization to the pressure, intensification, exploitation, bullying, and indirectly when the physical suffering and unemployment lead to mental illness. Some interventions are directly given over to users through listening and guidance, others seek to intervene directly in the company and in health institutions such as INSS, however, this work is innocuous solitary, without support of a service network or an integrated effort with other services, featuring a network failure and powerless feeling. In its own unity, mental health care job is characterized by individuals, sporadic and work with limited groups, the focus on drug treatment appears as a solution often used by staff and home visits play an important role in the care of users workers with mental disorders. The routing happens, it is neither effective in mental health nor in other health care areas and psychiatric hospital in the region appears as a last resort treatment. The working process organization is precarious due to the work intensification, lack of autonomy, minimum number of workers, disenfranchising worker from its health. The work to the team means survival and also illness to the worker user, however the team work organization is influenced by public health policies and the precariousness of their work, restricting the performance in health of workers to specific actions, disconnected from a network more full of activity.

Key words: Family Health Strategy, mental health, worker health, services net, Public Health and social-historic approach.

APRESENTAÇÃO

Após a faculdade, durante aproximadamente dez anos, minha área de atuação se concentrou na Psicologia do Trabalho como consultora, atuando em empresas privadas e públicas. Observei neste período mudanças de diversas categorias na organização do trabalho e as consequências na vida do trabalhador: novas formas de gestão de pessoas e de produção, terceirizações, grande informatização, ou seja, práticas novas substituindo ou convivendo com as tradicionais, gerando novas situações positivas e muitas vezes conflitos e desgaste para os trabalhadores.

Comecei a me questionar sobre as consequências destas mudanças na sociedade e principalmente para a saúde mental do trabalhador. Busquei então a cursar o mestrado em saúde pública e durante a realização das disciplinas, tive a oportunidade de conhecer outras perspectivas desta área do conhecimento, inclusive um projeto em andamento na área de Psicologia Social e da Saúde, desenvolvida no Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, UNESP-Botucatu.

Assim, a pesquisa foi realizada como parte do projeto temático “Estratégia de Saúde da Família e Saúde Mental: as necessidades de cuidado da população e os recursos utilizados pelas equipes de saúde” que tem como objetivo realizar levantamento das necessidades de cuidado em saúde mental em população atendida por equipes de saúde da família, identificando o histórico de acompanhamento que recebem da rede substitutiva de serviços, sua condição de

trabalho e os recursos utilizados pelos trabalhadores das equipes para a abordagem dessa população.¹

Nos estudos e levantamentos realizados neste projeto, constatou-se um indício da relação Saúde Mental e Trabalho, quando foi possível identificar algumas categorias de trabalhadores entre os usuários que apresentavam com maior frequência alguns problemas nessa área. Desta forma, colocou-se a necessidade de pesquisar significados e práticas dos profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) junto aos usuários trabalhadores com transtornos mentais com a elaboração de um projeto de pesquisa que busca compreender como o trabalhador com transtorno mental é visto e tratado na atenção básica, especificamente na Estratégia da Saúde da Família.

Em 2009 demos início às atividades da pesquisa apresentada, investigando no contexto da ESF, os significados atribuídos pela equipe da ESF quanto aos problemas de saúde mental dos usuários e sua relação com o trabalho.

¹ O projeto é coordenado por Sueli Terezinha F. Martins (Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) e fazem parte da equipe: Marcelo Dalla Vecchia e Denise Stefanoni Combinato (doutorandos em Saúde Coletiva), Sandra Fogaça Rosa Ribeiro e Tiago Rocha Pinto (mestres em Saúde Coletiva); Ana Lúcia Martins, Rosemeire Manoel (mestrandas em Saúde Coletiva); Pedro Henrique Habimorad e Renata Inah Lacerda (Iniciação Científica).

1. INTRODUÇÃO

É direito de todo o cidadão ter a garantia de acesso à saúde com qualidade. O atual sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), garantidor de tal direito, encontra-se amparado diretamente no artigo 196 da Constituição Federal e consolidado na Lei Orgânica da Saúde. (BRASIL, 1990). O SUS instituiu um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltado para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, configurando a Atenção Básica ou Primária em Saúde.

A rede de assistência do SUS, conforme descrito na Constituição de 1988, deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, garantindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade da assistência. No processo de regionalização, a divisão do território estadual é feita tendo como base as características locais, a situação de saúde da população, a oferta e o acesso aos serviços. Isto requer do poder público o desenvolvimento de sua sistemática em responder às diferentes demandas de saúde em seus vários níveis e etapas do processo de assistência.

O termo Atenção Básica no Brasil significa o primeiro nível de atenção à saúde e ampara-se no princípio da integralidade, abrangendo a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Seus princípios e suas diretrizes organizativas são articulados como uma formulação típica do SUS e incorporados pelo Programa da Saúde da Família (PSF), denominado atualmente como Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF a partir

de sua criação busca atuar na organização de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (SOUSA, MERCHÁN HAMANN, 2009)

O PSF foi implementado em 1994 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde, cumprindo com as determinações da Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde, antes de implementar o PSF, lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o objetivo de reorganizar a prática de atenção a saúde, substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família. A atenção deve estar centrada na família e no seu contexto, o que deve possibilitar às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas nos serviços de saúde (BRASIL, 2001a).

Esta compreensão supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Evidencia-se a superação do modelo médico assistencial privatista e a edificação de um modelo integral, favorecendo a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos, resguardando as dimensões éticas, culturais e sociais importantes ao cuidado com a saúde da população (TEIXEIRA, 2002).

A aproximação das equipes de Saúde da Família com a população deve possibilitar o vínculo dos trabalhadores da equipe com os usuários e a comunidade, ampliando suas fronteiras de atuação, visando uma maior resolubilidade da atenção básica. O Ministério da Saúde propõe um conjunto de prioridades políticas,

aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, na busca da expansão e a qualificação da Atenção Básica, organizadas pela ESF, inclusive na Saúde mental.

A partir da Portaria 224/1992 foram incorporadas ações de saúde mental na Atenção Básica nesta rede diversificada de serviços (ESF/PACS), buscando oferecer melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS (BRASIL, 2004a). No entanto, é importante salientar que nesse período as ações de saúde mental eram pontuais e não se tinha uma política nacional na área que explicitasse as práticas que deveriam ser implementadas nos diferentes níveis de atenção, menos ainda na Atenção Básica.

A importância das equipes de saúde da família nas práticas de saúde mental da Saúde Pública relacionadas aos usuários e às questões psicossociais envolvidas pelas possibilidades históricas da produção dessas equipes, justifica a pertinência do estudo dos significados atribuídos pela equipe da ESF quanto aos problemas de saúde mental dos usuários e sua relação com o trabalho.

Para o desenvolvimento das reflexões acerca deste estudo priorizamos os temas: Estratégia da Saúde da Família, Saúde mental, Saúde mental no trabalho e Saúde mental do trabalhador na ESF.

1.1. A Estratégia da Saúde da Família (ESF)

Teixeira (2002) caracteriza a implementação do PACS e do PSF como relacionadas a várias inovações, com atividades que não ficam restritas ao espaço físico da unidade de saúde, mas que extrapolam seus muros, através de ações de atenção básica em grupos específicos, além de atividades preventivas e educativas.

Analisa que embora tenham sido elaborados originalmente como programas focalizados, destinados a grupos da população relativamente sem acesso ao consumo de serviços, a Saúde da Família, em vários municípios, vem se mostrando como estratégia de reorganização da atenção primária da saúde, com o propósito de interferir na reestruturação do modelo de atenção em sua totalidade, tal como prevê o Ministério da Saúde.

A atenção primária à saúde organiza e racionaliza recursos para a identificação de necessidades em saúde, atenção centrada na pessoa e acompanhamento constante, responsabilizando-se por tarefas como a saúde materna e infantil, planejamento familiar, ações de imunizações, a educação, cuidados com as doenças prevalentes e condições clínicas diversas e o encaminhamento para especialistas em determinados casos ou problemas incomuns. A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa a atual política nacional de atenção primária à saúde no Brasil (ANDRADE et al., 2006).

O foco seriam os problemas de saúde e seus determinantes, organizando-se a atenção de maneira a incluir as ações e serviços curativos, mas também as ações e serviços que incidem no modo de viver da comunidade. Deste modo, superando a atenção centrada no atendimento aos doentes por ações de prevenção e promoção da saúde nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços (TEIXEIRA, 2002).

As equipes da ESF são compostas, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Elas atuam em ações de promoção da

saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes da população, e na manutenção da saúde (BRASIL, 2000).

A Política Nacional de Atenção Básica, aprovada em 2006 pela Portaria nº. 648, definiu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A Portaria muda a denominação do PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF) e inclui a possibilidade de inserção do cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, como integrantes desta equipe multiprofissional, prevendo também a alocação de distintos profissionais da área da saúde, bem como o apoio de equipes matriciais de outros campos da saúde coletiva para fornecer suporte a estas equipes (BRASIL, 2006a).

O propósito dessa composição generalista é facilitar uma visão e atenção mais abrangente possível, voltada para o todo e não em especialidades, intervindo em situações que ultrapassam a especificidade do setor saúde, buscando interferir nos determinantes sobre as condições de vida e saúde, ou seja, olhar para as pessoas no seu contexto familiar e social. A ESF deveria conectar-se com toda a rede através do esquema de referência e contra-referência, desenvolvendo o vínculo com o usuário em todas essas intervenções e também ser a porta de entrada aos serviços de outros níveis de atenção (BRASIL, 2005a).

O modelo deve ser substituído ao tradicional de atenção básica, devem atuar no território tendo a família e a comunidade como unidades privilegiadas com a participação ativa da comunidade, promovendo a cidadania através de diagnóstico situacional e planejamento para o enfrentamento dos problemas de saúde e na responsabilização de cada esfera do governo (BRASIL, 2006a).

Nesta direção, visando fortalecer e apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008:

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF. (BRASIL, 2008a)

Os NASF pretendem ampliar o processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, fortalecendo seus atributos e papel de coordenação do cuidado no SUS. A responsabilização compartilhada entre as equipes de Saúde da Família e a equipe do núcleo determina a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência.

Muitos estudos demonstram a eficiência da ESF a partir dos impactos positivos produzidos nos indicadores de saúde da população e da garantia de maior equidade em saúde no país, mas, ao mesmo tempo, constata-se que a estratégia ainda está em construção e necessita de qualificação para concretizar a mudança do modelo assistencial e obter resultados mais significativos. (CAMPOS et al., 2002; SOUZA, 2008; CAMARGO Jr. et al., 2008; GOMES et al., 2009a; SOUSA e MERCHÁN HAMANN, 2009)

A heterogeneidade na implantação da ESF é apontada por Campos et al. (2002), identificando que a expansão do programa nos grandes e pequenos

municípios encontra restrições específicas e, ao mesmo tempo, situações potencialmente vantajosas. Os autores constataam que, em função da grande população existente nas capitais brasileiras, sua cobertura é indispensável para a consolidação do modelo assistencial proposto, mas para isso deverá superar problemas existentes nas relações com os atores destes espaços e utilizar de vantagens apresentadas, como a capacitação e educação permanente através do emprego do meio acadêmico.

Souza (2008) apresenta dados de uma pesquisa sobre a implantação da Estratégia Saúde da Família realizada nos 12 municípios pioneiros. No que se refere ao acesso aos serviços básicos de saúde, constatou que a ESF vem contribuindo na ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, mas é preciso enfrentar os desafios contemporâneos que essa estratégia apresenta no cotidiano das práticas de suas equipes. Além disso, aponta que os gestores do SUS devem tomar para si esta responsabilidade, no sentido de imprimir as reformas do setor saúde, e estas devem ser orientadas pelos valores, princípios e características organizativos da atenção básica, tendo a Saúde da Família como a estratégia em primazia.

Os avanços da Estratégia de Saúde da Família também são constatados por Camargo Jr. et al. (2008) em uma avaliação da Atenção Básica implementada como parte de uma pesquisa com financiamento do Ministério da Saúde durante o ano de 2005 em 31 municípios dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo. Entretanto, detectam que obstáculos consideráveis ainda estão presentes, em particular no que diz respeito à força de trabalho da Estratégia de Saúde da Família e na utilização local das informações produzidas.

Esses autores também constataam dificuldades já relatadas em diversos estudos sobre o SUS, como a demasiada centralização de poder federal nas

tomadas de decisões. Eles afirmam, ainda, que existem problemas com a parcela do orçamento direcionada ao pagamento dos recursos humanos e apesar da cobertura elevada, não consegue manter ou encontrar os profissionais de saúde, como médicos e agentes comunitários, pois o aumento de salários e a remuneração diferenciada dos profissionais implicariam em infração de algumas leis.

Ainda segundo os autores, vários municípios não realizam a educação permanente na gestão de recursos humanos, o que interfere na execução de um trabalho mais abrangente. Além de avaliarem que há uma grande diversidade na organização do processo de trabalho na ESF, apesar da regulamentação que normatiza sua organização e funcionamento. Identificam que há manutenção do modelo vigente antes da implantação do programa e também inovação na organização do processo de trabalho. Concluem que as ações do poder municipal e da própria equipe local são necessárias e importantes para a construção de um padrão modelar para a ESF.

Através da evolução dos indicadores de saúde, Gomes et al (2009a) avaliam o impacto da ESF na comunidade rural de Airões, município de Paula Cândido, Minas Gerais, no período de 1992 e 2003. Contataram aumento de 40,4% no diagnóstico de doenças e o número de internações reduziu de 42,7% para 27,2% após a implantação do PSF. Também aumentou de 30,6% para 90% a cobertura da assistência pré-natal e os partos domiciliares reduziram de 48,9% para 1%. Desta forma, a evolução dos dados sanitários da comunidade reforça a caracterização da ESF como uma estratégia eficiente de implementação do Sistema Único de Saúde.

Sousa e Merchán Hamann (2009), em uma análise longitudinal da experiência brasileira com a ESF, ao longo dos doze anos da sua implantação e implementação, aponta os avanços e desafios da mesma. Evidencia o desafio de

produzir tecnologias gerenciais, aplicadas aos processos de monitoramento e avaliação, colocando no centro da discussão os seguintes aspectos: a qualidade da expansão das equipes da ESF, a utilização do sistema de informação como ferramenta gerencial, que contemple a complexidade da organização da atenção e apresente indicadores adequados e oportunos para o monitoramento e avaliação dos efeitos do PSF nos municípios brasileiros.

Apesar dos progressos da ESF, de muitas mudanças de gestão e do modelo de atenção, estas não atingiram a prática de cuidado dos problemas específicos da população (CUNHA, 2005).

Muitos estudos também foram elaborados a partir da percepção dos profissionais da equipe da ESF: formação da equipe, preparação, treinamento, grau de satisfação, organização e práticas do cotidiano.

A formação acadêmica e a motivação de médicos da ESF para atuarem na área e as vivências adquiridas foram objeto de estudo de Gonçalves et al (2009). Os autores identificaram a falta de articulação entre escola médica e gestão municipal na formação de profissionais para atuação nesta estratégia. Também com relação a essa percepção, Silva et al. (2010) ao estudar a ESF a partir de médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil, constataam uma lacuna entre a realidade e a proposta do governo de fazer do PSF uma via de reorganização da atenção básica. Isso ocorre pois, apesar dos avanços identificados, relacionados ao vínculo, escuta e responsabilidade com a comunidade, para a maioria da equipe há ressentimentos sobre a imagem desta entre os colegas, sua formação não é prática e predomina a racionalidade médica na atuação.

As práticas dos agentes comunitários de saúde (ACS) também são focos de vários estudos. O ACS é identificado como o grande operador e mediador da

tecnologia leve na ESF, mas há dificuldade de discernir sobre seus limites, pelo menos aqueles relacionados à criação de vínculos, doação de tempo e empenho, reciprocidade, entre outros (MARTINES e CHAVES, 2007). Deve ser o principal elo entre as equipes de saúde e a comunidade, pois a proximidade contribui para a identificação dos riscos, realização de diagnósticos e possibilita a interferência nas condições de saúde da comunidade.

Ainda com esse objeto de estudo, Gonçalves (2009) buscou apreender como os agentes comunitários da ESF, da cidade de Botucatu, São Paulo, percebem-se em seu cotidiano de trabalho. Além das dificuldades com condições de trabalho, condições da população e burocracia foram evidentes as dificuldades dos ACS, como a relação com os usuários que extrapola o papel profissional, pouco reconhecimento e baixo suporte pela equipe, gerando ausência de resolutividade em seu trabalho.

Outro estudo demonstrou as deficiências nas condições de trabalho, como a sobrecarga, dificuldade no sistema de referência e contra-referência, ausência de capacitação e o desconhecimento da população sobre a ESF, revelando uma avaliação negativa dos profissionais da ESF. Entretanto, também avaliam positivamente o vínculo estabelecido com a população, pautado em ideais de justiça social e manifestam satisfação em um trabalho educativo, de prevenção e promoção de saúde. (OLIVEIRA e ALBUQUERQUE, 2008).

Bello (2009) buscou verificar as representações sociais sobre saúde mental na perspectiva de médicos generalistas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Diadema, São Paulo. Verificou-se que sobre os princípios da Reforma Psiquiátrica, os médicos não possuem clareza, dificultando a compreensão em linhas gerais de aspectos, como o fim das internações e o tratamento de base

comunitária. Percebem a necessidade de novas estratégias terapêuticas em função da complexidade do processo saúde-doença, e que a intervenção biomédica não responde a tal complexidade, referindo-se principalmente aos transtornos mentais. Existe um terreno bastante fértil para mudança paradigmática do modelo biomédico para um modelo de base comunitária e a necessidade de amadurecer os conceitos como os de clínica ampliada, projeto terapêutico singular e co-responsabilidade. Muitos médicos valorizam a cidadania, a integração à comunidade, a qualidade de vida como formas de manter a saúde mental e trabalham com a autonomia do usuário/ sujeito. Concluem que a mudança pode ocorrer através de estratégias como o apoio matricial e educação permanente em saúde.

Quanto aos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família, alguns resultados apontam que os estrangulamentos têm a sua origem na reprodução de procedimentos e de práticas hospitalares na atenção básica, levando a desconsiderar as dimensões subjetivas e sociais do processo saúde/doença (JUNGES et al., 2009).

Além disso, é um processo de trabalho que ocorre de forma parcelar, onde as atividades são desconectadas e não se integram (KELL e SHIMIZU, 2010, p.1533). As equipes não encontram espaços para a elaboração de projeto assistencial local que atenda as necessidades mais amplas da população em função da ausência de articulação das ações, como constata as autoras.

Como já dito anteriormente, a Saúde da Família tem como objetivo uma mudança no modelo de atenção básica. A mudança da concepção do processo saúde/doença pode converter o paradigma de assistência à saúde e consequentemente as práticas de atenção (JUNGES et al., 2009). Apesar dos

avanços da Saúde da Família, continua-se vislumbrando a necessidade de discussão, revisão e a elaboração da prática de cuidado de todos os profissionais.

Os princípios enunciados acima apontam mudanças na busca da ampliação das ações num novo modelo para além do modelo biomédico, em especial aquelas relacionadas ao contexto social e a atenção centrada na lógica da vigilância à saúde e qualidade de vida da família e comunidade. (TANAKA e RIBEIRO, 2009).

A inserção de ações de saúde mental na atenção básica a essa rede diversificada de serviços (PSF/PACS) busca reforçar este novo modelo, “oferecendo melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS” (BRASIL, 2001b). Em seguida buscamos explicitar como tem ocorrido a relação entre Saúde Mental e a ESF.

1.2. Saúde Mental e a ESF

A atenção básica é considerada como preferencial porta de entrada ao SUS, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários. Através da participação e protagonismo do usuário, buscar seu comprometimento com o tratamento e quebrar com lógica de que a doença é sua identidade e de que a medicação é a única alternativa para melhoras, criando laços sociais e reforçar a força do território como meio para a reabilitação social (BRASIL, 2008a).

No sentido de garantir que a inserção de ações de saúde mental na Atenção Primária ocorra, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde e a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Assistência

a Saúde, do Ministério da Saúde, determinam a elaboração e implantação de um Plano Nacional. (BRASIL, 2001b).

O governo brasileiro tem como objetivo diminuir os leitos psiquiátricos progressivamente e também expandir e fortalecer a rede de serviços em saúde mental, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG). As ações da saúde mental na atenção básica incluem a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; a formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica e a promoção dos direitos de usuários e familiares e participação no cuidado. Além disso, prevê o tratamento de qualidade à pessoa com transtorno mental infratora e avaliação contínua dos hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/ Psiquiatria) (BRASIL, 2004b; PINTO, 2007).

Através da portaria 189, o Ministério da Saúde incluiu em 1991 vários procedimentos e dispositivos de atenção em saúde mental custeados por verba pública, entre eles os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial. (TENÓRIO, 2002) A portaria 224, de 1992, estabelece as normas para o atendimento em Unidades Básicas, Centros de Saúde e Ambulatórios, definindo as ações equipes multiprofissionais de saúde mental entre outras, os atendimentos individuais e em grupos, as atividades sócio-educativas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, grupos de orientação, entre outras. Regulamentou as unidades fundamentais da rede como um todo, definindo unidades de saúde locais/ regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar (BRASIL, 2001b, 2004b; PINTO, 2007).

Portanto, como anteriormente citado, na especificidade da atenção em nível básico no SUS, no atendimento à demanda em saúde mental, é instituída há quase 20 anos, a Portaria 224/1992 (BRASIL, 2004a). Ela resgata os princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações e as diretrizes de diversidade de métodos e técnicas terapêuticas, a garantia de continuidade da atenção, definição de normas para a atenção em saúde mental tanto em nível ambulatorial (unidade básica de saúde, centro de saúde, ambulatório, núcleo e centro de atenção psicossocial) quanto em nível hospitalar. A portaria é um marco legal em termos da atenção primária à saúde mental no SUS.

Ao propor a implantação de ações na atenção básica, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) pretende, dessa forma, contribuir para uma maior compreensão sobre a realidade em que a família vive, criando condições para os trabalhadores atuarem de forma resoluta nas situações de risco geradoras de sofrimento psíquico. (BELLO, 2009) A Estratégia da Saúde da Família é de essencial importância para a substituição do tratamento asilar em saúde mental por redes de apoio social. O desenvolvimento da ESF e dos serviços substitutivos em saúde mental nos últimos anos marcam, também, um progresso indiscutível da política do SUS. A vinculação com equipes e o aumento de resolutividade propiciados pelos serviços substitutivos em crescente expansão não garantem, apesar do avanço, a resolução dos problemas de saúde, o alcance de uma situação ideal, na perspectiva da melhoria da atenção da população (BRASIL, 2008a).

Na última década, portanto, o campo de atenção à saúde mental passa por importantes transformações em seus conceitos e formas de atuação. Os programas vêm trazendo grandes avanços e buscando a transformação do modelo

assistencial vigente. O modelo historicamente centrado na referência hospitalar é reorientado para um novo modelo de atenção comunitária e descentralizada.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), a maioria das cidades brasileiras dedica com empenho à desospitalização de pacientes cronicamente asilados, ao cuidado dos casos graves e outros sofrimentos nos serviços de saúde mental. Os ambulatórios e a atenção básica (AB) têm como foco de trabalho, em grande parte, o sofrimento psíquico menos grave em qualquer uma de suas formas.

A Política Nacional de Saúde Mental propõe que as práticas de saúde mental na atenção básica/saúde da família devam ser substitutivas ao modelo tradicional e não medicalizantes ou produtoras da psiquiatrização e psicologização do sujeito e de suas necessidades. Por isso, é necessária a articulação da rede de cuidados, tendo como objetivo a integralidade do sujeito, constituindo um processo de trabalho voltado para necessidades trazidas por sujeitos singulares, não são mais compreendidas como problemas individuais/familiares, mas decorrentes da desigualdade social própria da organização capitalista. (MIOTO, 2010)

A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2003) deve estar fundamentada nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. O modelo de redes territoriais de cuidado, com articulação transversal com outras políticas específicas, deve ser seguido, construindo vínculos e acolhimento. As políticas oficiais e seus princípios fundamentais na articulação entre saúde mental e atenção básica são sintetizados:

- noção de território;
 - organização da atenção à saúde mental em rede;
 - intersetorialidade;
 - reabilitação psicossocial;
 - multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
 - desinstitucionalização;
 - promoção da cidadania dos usuários;
 - construção da autonomia possível de usuários e familiares.
- (BRASIL, 2003)
-

O atendimento em saúde mental também deve ocorrer nas Unidades Básicas de Saúde, como responsabilidade de uma equipe multiprofissional que procura oferecer uma atenção territorializada, segundo um levantamento das necessidades específicas da população adscrita. A perspectiva de compreensão da família deve ser ampla baseada na concepção de ser humano desenvolvido a partir das diferentes relações sociais existentes de forma a desenvolver vínculos que garantam as intervenções entre o trabalhador de saúde e a população usuária (PEDROSA e TELES, 2001; ROSA e LABATE, 2003).

O Ministério da Saúde admite que aproximadamente 9% da população apresentam transtornos mentais leves e de 6% a 8% transtornos causados pelo uso de álcool (BRASIL, 2003). Na realidade das equipes de atenção básica constata-se a incidência cotidiana de problemas de “saúde mental”, como agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. As equipes da atenção básica passam a ser um recurso estratégico para o enfrentamento destes problemas em função de sua proximidade com famílias e comunidades (BRASIL, 2008a).

Estudo transversal conduzido em 1993, em Olinda, Pernambuco, envolvendo 621 adultos de 15 ou mais anos em uma amostra domiciliar aleatória, identificou uma prevalência total dos transtornos mentais comuns (TMC) em 35% (LUDERMIR e MELO FILHO, 2002). Em outro estudo realizado em Porto Alegre por Fleck et al. (2002), avaliou-se a sintomatologia depressiva em 2.201 usuários de serviços de saúde primários e constatou-se um valor elevado da intensidade média de sintomatologia depressiva. Neste estudo, a intensidade mais elevada de sintomatologia depressiva foi observada em mulheres. Verificou-se, também a

relação inversa entre sintomas depressivos e indicadores do funcionamento psicológico e da qualidade de vida.

Numa pesquisa realizada por Maragno et al. (2006), avaliou-se a ocorrência de transtornos mentais comuns e os dados mostraram prevalência de 24,95% de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns, em dois distritos do município de São Paulo, avaliando populações que se situavam dentro e fora da área de cobertura do PSF.

Bandeira et al. (2007), em estudo realizado em Minas Gerais, avaliaram as características dos transtornos mentais comuns em usuários da Saúde da Família (ESF), visando identificar a necessidade de atendimento em saúde mental. Os resultados indicam problemas importantes no estado de saúde mental, diferenciados por sexo. Constatou também, a incidência elevada de 37,8% de indivíduos com sintomas de transtornos mentais comuns e os sintomas com maior incidência, entre esses, são os Distúrbios do Sono e Desejo de Morte. As porcentagens de perfil sintomático quanto ao desejo de morte foi 44,1% para mulheres contra 29,9% dos homens.

Fortes et al. (2008) buscaram conhecer a prevalência de transtornos mentais comuns na clientela atendida na Saúde da Família (ESF) em Petrópolis, Rio de Janeiro, e seu perfil nosológico. A depressão e ansiedade, junto com transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de dor somatoforme e transtornos dissociativos, foram encontradas como categorias nosológicas mais comuns nos pacientes com transtornos mentais comuns. A alta frequência de comorbidade foi identificada entre transtornos ansiosos, depressivos, somatoformes e dissociativos. Concluíram equivalência entre outros estudos em Atenção Primária no Brasil e os dados encontrados, constataram-se transtornos ainda não pesquisados neste

campo (transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de dor somatoforme e transtornos dissociativos). Os autores reforçam a necessidade de inclusão sistemática desse nível de cuidado no planejamento da assistência em saúde mental em função da alta prevalência de transtornos mentais.

Em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, em uma pesquisa para estimar a prevalência de transtornos mentais de humor, ansiedade e somatização (THAS), Gonçalves e Kapczinski (2008a) encontraram alta prevalência de THAS na comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família (PSF). A prevalência encontrada de THAS foi de 38%, demonstrando a importância destes transtornos em termos de saúde pública. Ao mesmo tempo o estudo traz contribuições para se compreender a alta incidência de mortalidade por suicídio verificada no município na última década (4,66 vezes maior que a incidência nacional).

A prevalência dos transtornos psíquicos também foi pesquisada em três hospitais psiquiátricos na região metropolitana de Recife e os autores concluíram que o transtorno psíquico predominante nesta região é a esquizofrenia, com uma incidência de 51% dos sujeitos analisados; os mais altos índices de prevalência, com 65,83% dos casos de transtornos psíquicos, são encontrados no gênero feminino; a faixa etária em que predominam as alterações psíquicas encontra-se entre 41-60 anos, e o convívio familiar e a integração social através de terapias em grupo é a forma mais rápida de retornar o portador de transtorno à sociedade (PAIXÃO et al., 2009).

Mitsuhiro et al. (2009) avaliaram a prevalência de desordens psiquiátricas em jovens gestantes em um hospital público de Brasília, constatando que 325 das 1000 pessoas pesquisadas tinham ao menos uma desordem; 33,2% delas com um segundo diagnóstico psiquiátrico, sendo 12,9% depressão, 10% desordem por

estresse pós-traumático e 10.3% de dependência ao tabaco. As maiores prevalências foram de desordens afetivas, neuroses, estresse e somatizações. Conclui que a prevalência nesta população é alta, indicando uma demanda para a saúde pública.

Como apontado anteriormente, a reforma psiquiátrica, nas últimas décadas, busca a transformação do paradigma psiquiátrico hegemônico através da implantação de novos dispositivos de atenção psicossocial no cuidado em saúde mental. (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2003; ALVES e GULJOR, 2004). Seu foco é a desinstitucionalização, com a principal tarefa de reduzir o número de leitos em hospitais psiquiátricos e garantir a implementação dos serviços substitutivos (BRASIL, 2007).

Para Tanaka e Ribeiro (2009), o direcionamento da reforma psiquiátrica para o cuidado dos pacientes com transtornos severos e persistentes e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) secundarizou a assistência aos transtornos mentais menos graves e mais prevalentes. Para superar essa defasagem, segundo os autores, a Coordenadoria Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde elaborou vários documentos sobre a articulação entre a saúde mental e a atenção básica. As principais diretrizes para esta articulação são: Apoio matricial de saúde mental às equipes da atenção básica; Priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção básica; Ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica; sistema de Informações da atenção básica (BRASIL, 2003).

A partir da criação do NASF, como já visto, o Apoio Matricial surge como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Uma das

áreas contempladas pelo NASF é a Saúde Mental, incluindo a recomendação expressa de que deve ter pelo menos um profissional de saúde mental compondo o Núcleo encarregado de fazer apoio matricial.

O apoio matricial é uma metodologia que busca oferecer retaguarda assistencial e apoio pedagógico, auxiliando as equipes de referência da ESF, agregando através do especialista, o conhecimento técnico e recursos, buscando a maior eficiência na intervenção (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Figueiredo e Campos (2009) nos chamam a pensar sobre a inserção da assistência em Saúde Mental nas Unidades Básicas. Consideram que a Reforma Psiquiátrica conseguiu uma conquista quanto contribuiu para a descentralização da Saúde Mental para os territórios, apesar de ser necessário aprimorar seu modelo, através de uma assistência de análise e utilização do território e da rede social. A finalidade seria uma clínica envolvida com a formação de sujeitos afetivamente e socialmente mais saudáveis.

ROMAGNOLI (2009) apresenta reflexões sobre a experiência de extensão universitária da PUC de Minas Gerais, desenvolvida junto à ESF da rede municipal de Betim, região metropolitana de Belo Horizonte. Os resultados obtidos mostram que a concepção do modelo assistencial ainda está introjetada, apresentando a idéia de que “saúde está associada à figura do médico, a falta de conhecimento do território, existe grande uso de medicamentos e não há articulação da atenção em saúde mental e atenção primária” (p.525). Além disso, indica a existência de relações hierarquizadas de saberes e poderes e a dificuldade de se trabalhar com grupos interferindo na adesão ao modelo da ESF no cotidiano.

Do ponto de vista conceitual, princípios e diretrizes da atenção primária à saúde, estão refletidos na ESF e encontram ressonâncias nas propostas de

desinstitucionalização: atenção à saúde em equipe multiprofissional, integralidade, responsabilidade da equipe vinculada a um território de base comunitária, intersectorialidade e integração em rede do nível primário ao especializado com enfoque interinstitucional (VECCHIA, 2006).

Nascimento e Braga (2004) realizaram um estudo analisando a prática o enfermeiro e do médico da ESF quanto à atenção em saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e constataram que as ações de saúde mental desenvolvidas pelo grupo pesquisado são orientadas pela prática da psiquiatria tradicional, em que a medicalização e o encaminhamento são os instrumentos mais utilizados.

A relação de referência e contra-referência entre equipes da ESF, da equipe de referência em saúde mental e dos serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental no município de Botucatu-SP, foi estudada por Pinto (2007). O autor constatou que a relação das equipes da ESF com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental é frágil e insuficiente, dificultando o processo de referência e contra-referência entre os mesmos. Concluiu que, embora o município tenha um bom quadro de equipamentos e possibilidades de ações em saúde mental, “não tem conseguido circunscrever da melhor maneira possível o fenômeno do adoecimento psíquico numa rede integrada de atenção psicossocial” (p.10).

As condições concretas da assistência à saúde mental foram estudadas em unidades da ESF de Cuiabá, Mato Grosso, ao se analisar a dinâmica assistencial, as situações e os instrumentos utilizados pelos diferentes trabalhadores na comunidade para enfrentar os problemas de sofrimento mental. Concluiu-se que não havia registro nos prontuários do atendimento às pessoas com sofrimento mental e os atendimentos não faziam parte de um projeto de intervenção individual

ou familiar. A concepção leiga de "doença mental" é a base de algumas ações e o tratamento, e o encaminhamento para a rede especializada era uma alternativa frequentemente utilizada, refletindo a importância do processo contínuo de capacitação em saúde mental (LUCCHESEL et al., 2009).

Em estudo que compara o perfil de assistência em saúde mental realizado por unidade básica de saúde (UBS) com equipe da ESF e UBS sem a equipe de Saúde da Família, Ribeiro et al. (2009) concluíram que a UBS com equipe de ESF apresentou melhor padrão de registros de dados, maior participação exclusiva de médicos em suas referências ao nível especializado, menor capacidade de retenção dos usuários, maiores taxas de abandono e menor percentual de contra-referência pela equipe especializada. Neste estudo, os resultados confirmam a hipótese de que a estrutura de serviços mais qualificada não se associa diretamente com a qualidade do processo ou dos resultados e demonstram a necessidade da interface nível primário/secundário ser apoiada por supervisão e educação permanente dos profissionais.

O estudo de Dalla Vecchia e Martins (2009) investigou as práticas e significações de uma equipe da saúde da família na produção de cuidados em saúde mental da população em município de médio porte no interior do estado de São Paulo. Constataram a efetiva constituição de uma rede de serviços e dispositivos de cuidado em saúde mental em que foram incorporados princípios da reforma sanitária e psiquiátrica, mas que ainda requer aprimoramentos.

As dificuldades apresentadas pelas equipes de saúde refletem a limitação das políticas públicas em saúde mental em vários aspectos do atendimento no modelo tradicional, apoio matricial precário, capacitação e redes de apoio precárias, além de outros problemas identificados acima. O relacionamento entre trabalhadores

da saúde e usuários precisa melhorar no sentido da responsabilização, acolhimento, vínculo terapêutico e práticas integrais de atenção.

Assim, apesar dos vários estudos demonstrarem a eficiência da ESF a partir dos resultados positivos na saúde, também constata-se que a Estratégia de Saúde da Família precisa de cuidados na construção e qualificação para conseguir a mudança do modelo assistencial e resultados significativos.

Portanto, como é possível constatar, as práticas da equipe são relevantes para esse contexto e no seu cotidiano de trabalho consolidam a ESF como fundamental para reorganização dos cuidados em saúde mental na comunidade e para construção de uma rede de atenção de base comunitária e ampla. A conjuntura e condições de trabalho no campo da saúde pública, especificamente, na equipe da ESF, são estudadas por diversos pesquisadores e a saúde mental da equipe e o trabalho também são alvos de vários estudos.

1.3. Trabalho e Saúde

Os homens, segundo Engels e Marx (citados por CHAUÍ, 2001), “se distinguem dos animais não porque tenham consciência (como dizem os ideólogos burgueses), mas por que *produzem* as condições de sua própria existência material e espiritual. São *o que produzem* e *são como produzem*” (p.24, Grifos da autora). Pelo seu caráter social e histórico, a produção e a reprodução das condições de existência através do trabalho, da divisão do trabalho, da procriação, “constituem em cada época o conjunto das forças produtivas que determinam e são determinadas pela divisão social do trabalho” (CHAUÍ, 2001, p.24).

Na teoria marxista, o trabalho consiste em uma condição da existência humana, a história da realização do ser social objetiva-se através da produção e da reprodução da sua existência, ato social que se efetiva pelo trabalho e este acontece através de diferentes processos de produção material. O trabalho foi o meio pelo qual o homem se diferenciou da sua condição de animal e constituiu-se como ser humano e é a partir daí que o homem torna-se um ser social que, ao transformar a natureza, ele se transforma (ANTUNES, 2005).

na produção social da própria vida, os homens contraem relações determinadas, necessárias e independentes de sua vontade, relações de produção estas que correspondem a uma etapa determinada de desenvolvimento das suas forças produtivas materiais. A totalidade destas relações de produção forma a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se levanta uma superestrutura jurídica e política, e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo em geral de vida social, político e espiritual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, ao contrário, é o seu ser social que determina a sua consciência. (MARX, 1859/1978, p.129-30)

Nesta concepção de desenvolvimento da humanidade, que tem como base o trabalho, a consciência e a linguagem têm papel fundamental, pois o homem, na busca da satisfação de suas necessidades humanas, organiza e cria as atividades de produção como meio de sobrevivência. Segundo Marx e Engels (1845/1998), neste processo, novas formas de necessidades surgem, além das necessidades fisiológicas, ligadas à produção material da vida humana.

Leontiev (1959/2005) coloca que a forma de transmissão das conquistas do desenvolvimento histórico humano acontece de maneira particular e em função da forma específica da atividade produtiva humana: a atividade principal dos homens é o trabalho. Trabalho acumulado ao longo do tempo em que seu produto conserva as riquezas de uma geração para outra e completa:

A atividade humana (tanto mental como material), tal como se manifesta no processo de produção, está cristalizada no produto; o

que num extremo se manifesta como ação, movimento, no outro extremo, o produto, torna-se propriedade estavelmente definida. A mesma transformação é um processo no qual se produz a objetivação das capacidades humanas: as conquistas histórico-sociais da espécie. Qualquer objeto criado pelo homem – desde o mais simples utensílio à moderníssima máquina calculadora eletrônica – realiza tanto a experiência histórica do gênero humano como as capacidades intelectuais formadas nesta experiência. (LEONTIEV, 1959/2005, p. 92)

Segundo Leontiev (1978), a complexidade crescente do trabalho é acompanhada em paralelo pelo desenvolvimento da linguagem. A fala é desenvolvida neste processo, ou seja, na atividade coletiva de trabalho surge a linguagem e conseqüentemente a formação da consciência que se estrutura como reflexo psíquico da realidade. A linguagem é construída na interação social dos indivíduos, portanto, é uma criação coletiva desenvolvida a partir do processo de “objetivação”, quando o conceito abstrato específico de um determinado objeto, materializa-se na palavra, tornando-o concreto. A palavra adquire um significado socialmente construído e passa a ter uma função social, tem um significado socialmente estabelecido.

Neste mesmo processo, inverso e complementar, acontece a integração cognitiva da representação desse objeto, sejam como idéias, relações, objetos, enfim, a cultura humana que é apropriada pelos indivíduos através de um processo ativo. No sistema social pré-existente, o indivíduo ao realizar uma atividade integra o objeto em seus traços essenciais e ao mesmo tempo o concretiza para a realidade, reproduzindo o produto da história humana (LEONTIEV, 1978).

Ainda segundo esse autor, o processo histórico de formação do gênero humano e o de formação de cada indivíduo como um ser humano se dá pela apropriação da cultura humana incorporada e preservada nos objetos e pela objetivação do ser humano nos produtos culturais de sua atividade social.

A consciência é considerada produto histórico-social construída a partir do trabalho e o processo de alienação será consequência da divisão do trabalho. A divisão social do trabalho engendra e é engendrada pela desigualdade social ou pela forma da propriedade. De um lado, os proprietários do capital, que são também os proprietários do trabalho, e do outro, os assalariados que dispõem exclusivamente de sua força de trabalho que vendem como mercadoria ao proprietário do capital (CHAUÍ, 2001). Ao fazer isso, sua sobrevivência passa a depender não de sua ação ou trabalho, mas de critérios sociais estabelecidos para a troca (lei da oferta e da procura). O trabalho adquire valor abstrato, perdendo sua especificidade (CODO, 1984).

O resultado do trabalho passa a ser alheio ao trabalhador, a alienação ou estranhamento não só do resultado, mas da própria atividade produtiva. No modo de produção capitalista a finalidade do trabalho é produzir o lucro, transformando o trabalho não mais em uma relação de intercâmbio com a natureza para satisfazer as necessidades vitais, mas em trabalho alienado que responde às necessidades do capital. No capitalismo, as próprias relações de dominação acabam concebidas como independentes das ações humanas, o trabalho não se caracteriza como objetivação humana se descaracteriza, gerando alienação e desumanização (MARX, 1859/1993).

Chauí (2001, p.25) afirma que “à medida que uma forma determinada da divisão social do trabalho se estabiliza, se fixa e se repete, cada indivíduo passa a ter uma atividade determinada e exclusiva que lhe é atribuída pelo conjunto das relações sociais”. A atividade é socialmente imposta para cada indivíduo, não podendo escapar do conjunto das relações sociais que não aparece como

consequência das ações humanas, mas como idéias existentes por si mesmas (CHAUI, 2001).

O conceito de alienação mencionado por Marx em o Capital (1867-94) é essencial para a compreensão do homem no processo de produção capitalista. O trabalhador não se reconhece no trabalho, é indiferente ao tipo de valor por ele produzido e o vínculo social entre as pessoas se transforma em uma relação entre coisas (ANTUNES, 2005). O homem está a serviço da economia e não o inverso. Dessa forma, sua finalidade é responder às necessidades de um determinado grupo, o que lhe confere uma dimensão social, transformando sua identidade em diferentes fases do desenvolvimento do conhecimento e da vida em sociedade.

Como já abordado anteriormente, o trabalho é uma necessidade eterna do ser humano, por ele o homem transforma a natureza para satisfazer suas necessidades, e, ao mesmo tempo, modifica a sua própria natureza e desenvolve as suas faculdades. Entretanto, gera sofrimento quando se torna um trabalho alienado, perde seu sentido enquanto atividade vital, segundo Marx (1867/1975). Categoria central para pensar a sociedade, em particular para a sociedade capitalista, em função das especificidades das transformações ocorridas no mundo do trabalho ao longo da história, principalmente a partir das designadas revoluções industriais e a relação entre os próprios homens através do trabalho dividido (KANTORSKI, 1997).

Para Marx (1845/1998, p.142) o trabalho incide em esforço e desgaste dos trabalhadores envolvidos na medida em que transformam a natureza, entretanto, ao se realizar como gozo no momento em que se objetiva no produto desse trabalho, garante o processo de humanização assim como o desenvolvimento do psiquismo, da consciência e superando o desgaste. O trabalho alienado carrega também esse desgaste e não possibilita a objetivação, criando, assim, as condições

para alienação e, ao mesmo tempo, provocando sofrimento psíquico e transtornos mentais, além dos distúrbios psicossomáticos (GRADELLA JR., 2010).

O trabalho, além do caráter social, interage com a subjetividade já que “o reconhecimento da criatividade individual pelo coletivo do trabalho enriquece a identidade é um aspecto importante a favor da vitalidade e saúde” (SELIGMANN-SILVA, 1994, p.54).

A evolução do processo de trabalho produziu uma dicotomia em função da divisão de trabalho. Além da separação entre conceber e planejar o trabalho, outras formas de atividades laborais mais segmentadas, em que o planejamento e a organização do trabalho criam novas formas de controle e dominação: “O trabalho torna-se estranho aos interesses da maioria que o executam” (SELIGMANN-SILVA, 1994, p.93).

Ainda segundo essa autora, o desgaste da identidade está associado às frustrações sucessivas que minam a autoimagem. A gestão e a organização do trabalho também causam formas de desgaste como a falta de reconhecimento pelo desempenho, falta de perspectivas e de ascensão futuras. Algumas técnicas adotadas no processo de divisão e organização das atividades do trabalho buscam a disciplina e a submissão dos trabalhadores. O controle e a autoridade também sofrem transformação e buscam novas formas de dominação, diminuindo os conflitos e buscando harmonia para aumentar os esforços e a produção coletiva. As novas formas participativas de administração denotam uma forma de controle e de dominação introjetada, interferindo na vida psíquica ao gerar cansaço e tensão.

No Brasil, o processo saúde – doença dos trabalhadores tem sido motivo de grande preocupação por parte dos teóricos, trazendo a questão para o campo da saúde pública. Laurell e Noriega (1989) buscam construir uma teoria na qual o nex

biopsicossocial da coletividade trabalhadora seja visto em relação com o processo produtivo. Isso leva a uma reconceitualização do que seja saúde – doença, resgatando a historicidade dos processos biológicos, psíquicos e sociais humanos.

Estudos e pesquisas indicam a existência de alterações psicológicas correlacionadas à vida laboral. Os estudos das inter-relações entre saúde mental e trabalho envolvem um campo interdisciplinar complexo, com diferentes referenciais teóricos, revelando conceitos muitos distintos, entre eles, a organização e os processos de produção (SELIGMANN-SILVA, 1987).

Laurell e Noriega (1989) colocam que o desgaste compreende a perda da capacidade efetiva e/ou potencial corporal e psíquica gerada através de processos de adaptação às cargas de trabalho, em uma relação dinâmica entre si e com o corpo do trabalhador. Esses processos são característicos da coletividade e definem o perfil patológico de grupos específicos de trabalhadores.

Seligmann-Silva (1994), ao analisar as relações entre saúde mental e trabalho, apresenta o conceito de desgaste como opção conceitual integradora. O desgaste psíquico foi associado à imagem de "mente consumida" através de três perspectivas, compreendendo primeiramente os quadros clínicos relacionados ao desgaste orgânico da mente; depois, a compreensão das variações do "mal-estar", quando a fadiga é analisada; e a terceira, na análise dos desgastes que acometem a identidade do trabalhador em seus valores e crenças.

Para essa autora, as pesquisas de campo em Saúde Mental e Trabalho numa perspectiva preventiva devem ter como principal foco a análise das situações de trabalho, incluindo os diversos aspectos da organização do trabalho como as formas de gestão, relações pessoais e hierárquicas, entre outros aspectos, que interferem nas relações entre saúde mental e trabalho. A análise deve contemplar as

múltiplas interações entre os componentes internos das situações de trabalho, como os aspectos organizacionais e mesmo os tradicionais (ambiente físico, químico e biológico) e suas conexões com o contexto sócio-político e econômico.

As diversas variáveis influentes nas condições de vida e trabalho indicam o trabalho como fonte de fortalecimento ou de desgaste da saúde, e o aspecto cultural merece atenção na compreensão do sentido que o trabalho assume para aqueles que o realizam pois este sentido implica na qualidade da vida mental e na adesão criativa ao trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1997).

Segundo Jacques (2007), a associação entre o trabalho e o adoecimento psíquico vem se destacando e ganhando visibilidade. Segundo a autora, os problemas de saúde mental através do trabalho acontecem a partir de vários aspectos, desde fatores específicos como a exposição aos agrotóxicos até fatores mais complexos como os relacionados à organização do trabalho.

A capacidade física e psíquica dos indivíduos vem sendo mais exigida já há muito tempo pelo acelerado avanço tecnológico e processos produtivos mais exigentes, decorrentes do intenso processo de industrialização no século XX. (BORSOI, 2007). Desde 1970 que as novas tecnologias, utilizadas como alternativas para a superação da crise capitalista em nível internacional - fruto dos limites do padrão de acumulação baseado na organização industrial fordista -, vêm atingindo todo sistema produtivo, afetando processos de produção e trabalho (CHAHAD, 2003). Esta crise afetou fortemente o mundo do trabalho e fez com que o capital desenvolvesse um importante processo de reestruturação visando recuperar seu ciclo produtivo (ANTUNES, 2005).

Novos processos produtivos emergem em função da introdução dessas novas tecnologias, como a automação, a robótica e a microeletrônica. As antigas

formas de organização produtiva e do trabalho passam a conviver ou são substituídas por novas formas de organização, como a flexibilização da produção e os novos padrões de produtividade e a adequação à lógica do mercado. Um exemplo disso é o modelo taylorista/fordista, predominante na grande indústria ao longo do século XX, caracterizado pela produção em massa ou em série, linha de montagem, produtos homogêneos, unidades fabris (ANTUNES, 2005).

Nesta lógica, em que a produção é variada, diversificada e pronta para atender a demanda do mercado, surgem novos padrões de gestão de força de trabalho, para garantir que a produção se sustente num processo produtivo flexível. As grandes fábricas ampliam as áreas de atuação produtiva e estendem a produção dos elementos básicos às empresas subcontratadas, buscando a flexibilização do aparato produtivo (ANTUNES, 2005).

As transformações estão ocorrendo com intensidade e impondo novas e diferentes formas de contratação, como o emprego temporário, o trabalho em tempo parcial, o trabalho em horários flexíveis, o trabalho remoto, terceirização, levando “a uma alternância entre emprego e não-emprego” (GOMEZ e THEDIM-COSTA; 1999. p. 412).

O processo de trabalho modificado, diferentemente da rigidez e da desqualificação do fordismo, exige a flexibilidade e a qualificação do trabalhador. Esse processo de trabalho estrutura-se a partir de um número mínimo de trabalhadores fixos, utilizando outros recursos como as horas extras, trabalhadores temporários e subcontratações para garantir a força de trabalho em função direta das necessidades do mercado (ANTUNES, 2005).

Muitos produtos e serviços de apoio à produção são realizados além do local de trabalho, em função do uso de novas tecnologias de informações e

conhecimento. As formas tradicionais de trabalho, com locais fixos e contratação estável, assumem outras características, como a produção das atividades dos trabalhadores nos domicílios. Não há mais uma nítida separação entre a realização do trabalho e a inatividade, torna-se cada vez mais difícil definir o que é espaço de tempo de não-trabalho e de atividade das pessoas (POCHMANN, 2002a).

Além da reestruturação produtiva, da automatização e da informatização, houve o aumento da competitividade, da produção e até algumas melhorias nas condições de trabalho, porém o “enxugamento” das organizações provocou a diminuição da oferta de postos de trabalho e o aumento do contingente de trabalhadores demitidos e marginalizados do processo produtivo (POCHMANN, 2002a).

A desregulamentação das leis trabalhistas intensifica-se, pois a força econômica fica com o poder de definir as relações do trabalho, eliminam-se as responsabilidades das instituições, pois os vínculos trabalhistas dessa nova ordem não têm garantias. Isso transmite uma aparente facilidade de encontrar trabalho que logo é descompensada pela falta de direitos (POCHMANN, 2002b).

No Brasil, o mercado de trabalho registra importantes transformações, como a elevação da participação feminina, dos empregos terciários e de pessoas com maior qualificação no conjunto de ocupações. Além disso, ocorre a expansão das ocupações nas pequenas e médias empresas, a ampliação do desemprego e do subemprego, refletindo na dificuldade do emprego para jovens e pessoas mais idosas e o aumento de novas formas de ocupação tempo parcial, atípicas e por prazo determinado. Assiste-se à perda de emprego na grande empresa, o que influencia na diminuição de participação dos empregos assalariados com carteira e a

elevação das ocupações autônomas e assalariadas sem contrato de trabalho (POCHMANN, 2002a).

O aperfeiçoamento do trabalhador é entendido como responsabilidade do mesmo e passa a ser visto como solução; a qualificação/requalificação vista como garantia de inclusão social. Entretanto, pode ser importante e necessário, mas, por si só, não é condição suficiente para eliminar o desemprego e a exclusão social, acabando por justificar ideologicamente o lugar que cada um ocupa na sociedade e os problemas sociais (BARBARA, 1999).

Todas essas transformações vêm produzindo uma crescente deterioração laboral, particularmente intensa na última década, com diminuição expressiva dos postos de trabalho no setor secundário da economia, desregulamentação e precarização das relações trabalhistas, e produção de um grande contingente de desempregados. A deteriorização dessa reserva de força de trabalho em função da exclusão do mercado de trabalho agrava suas condições de sobrevivência e diminui a capacidade de nova colocação.

Os trabalhadores empregados trabalham mais tempo para manter o padrão de vida e, com isso, reduzem a possibilidade de mais emprego (SELIGMANN-SILVA, 1994). A pobreza e a desigualdade socioeconômica alcançaram indicadores jamais vistos anteriormente. O grau de desigualdade social dos anos de 1990 permanece entre os mais altos da história recente do país (POCHMANN, 2002a).

Franco e Druck (2008) apontam, entre vários aspectos, que o aumento do “ritmo e intensidade do trabalho, autonomia controlada, metas inalcançáveis, pressão de tempo, extensão da jornada de trabalho”, além de outros aspectos

ergonômicos e organizacionais que se configura na “*precarização da organização e das condições de trabalho*” (p.2 - Grifo do autor).

A precariedade do trabalho refere-se a não proteção social do trabalho pela ausência de certos direitos e benefícios assegurados pela legislação e seguridade social. As contratações por tempo determinado, além de minimizar direitos, causa sentimento de instabilidade em função da sua delimitação ou curta duração. A instabilidade da condição de trabalho em determinados setores econômicos que são frágeis e geram empregos eliminados facilmente (NOGUEIRA et al., 2005).

Ainda segundo esses autores, a desproteção dos direitos sociais e legais, determinante da precariedade do trabalho, está associada ao processo econômico da globalização do capital interferindo nas condições de vida e trabalho de forma individual e coletiva. O trabalhador tende a aceitar qualquer tipo de relação contratual como condição melhor que o desemprego (NOGUEIRA et al., 2005).

As situações laborais atípicas são formas de inserção no mercado de trabalho caracterizadas pela ausência de direitos legais e de condições de trabalho inferiores às garantidas aos assalariados, intensificadas a partir da recessão e a crise econômica no período dos anos 1990. Há a eliminação ou redução dos direitos constitucionais alcançados pelos trabalhadores e também a qualidade no exercício de suas atividades. As consequências são perdas da proteção social e da qualidade do regime de trabalho, além de outros direitos ausentes nos contratos parciais, não regulamentados, subcontratações e as formas não assalariadas, como o trabalho autônomo, caracterizando a precarização do trabalho (CATTANI, 2002).

Entre as consequências da precarização do trabalho está “o aumento das situações de riscos e de insegurança, gerando o aumento dos acidentes de trabalho,

que, no âmbito da indústria, vêm ocorrendo principalmente com os trabalhadores subcontratados” (DRUCK e FRANCO, 2003, p.879). Estes, em geral, são mais desqualificados, submetidos a jornadas extensas, sem direitos ou benefícios e tratados como trabalhadores de uma classe inferior, o que culmina em uma precarização de suas vidas e de sua saúde.

A precarização do trabalho e do mercado de trabalho se dá, portanto, através de contratos precários para os trabalhadores temporários e os do núcleo mais estável, desabrigoando a todos os assalariados do núcleo; os estáveis, os terceirizados e os desempregados, pois ocorrem simultaneamente no mercado de trabalho (FRANCO e DRUCK, 2008). As cooperativas de trabalho corroboram com este processo de precarização, diminuindo os custos de mão de obra já que seus participantes, na qualidade de sócios, têm seus encargos sociais eliminados, perdendo seus direitos como trabalhadores (CATTANI, 2002).

Essas condições do mundo do trabalho na sociedade capitalista afetam a consciência de classe do trabalhador e suas entidades de representação, como os sindicatos. A diminuição dos postos de trabalho estáveis influencia o poder dos sindicatos, incapazes de agregar os segmentos não estáveis, como os trabalhadores em serviços precários e parciais. A terceirização também contribuiu para a geração de desemprego, desestabilizando a condição dos operários e fragmentando a classe. Assim, os sindicatos estão em crise, com baixas taxas de adesão e diminuindo seu poder de lutar pela classe trabalhadora (ANTUNES, 2005).

Os sindicatos passam a buscar a sobrevivência no mundo do capital, e garantia de seus direitos, ao invés de reivindicar um programa econômico alternativo e valores efetivamente emancipadores para a classe trabalhadora, contrários ao padrão capitalista de desenvolvimento. Perde-se o posicionamento político de classe

para garantir a sobrevivência na política neoliberal. As ações são imediatistas e defensivas, ao invés de ações estratégicas que busquem caminhos alternativos a padrão capitalista de exploração dos trabalhadores (ANTUNES, 2005).

A incerteza sobre a situação de trabalho, os baixos salários dos trabalhadores informais que tinham salários ainda mais baixos que os formais, a ausência de benefícios sociais e direitos trabalhistas são provavelmente os responsáveis pelo desenvolvimento de ansiedade e depressão entre os trabalhadores informais (WARR, 1987). Dados de pesquisa realizada por Ludermir e Mello-Filho (2002) mostram que a prevalência de TMC entre os trabalhadores informais (35,4%) foi similar à encontrada entre os desempregados.

Diante das questões apresentadas acima, a redução dos direitos trabalhistas, proposta por alguns economistas como uma estratégia para a diminuição do desemprego, deveria estimular uma reflexão crítica sobre as consequências da precarização das relações de trabalho para a saúde mental dos trabalhadores (COSTA e LUDERMIR, 2005).

As relações humanas também vão se deteriorando nestas condições de trabalho, orientadas pela lógica produtivista do capitalismo, em que a exploração máxima do trabalhador contribui para a diminuição da qualidade das relações interpessoais, criando condições propícias para o surgimento do sofrimento psíquico.

Heloani e Capitão (2003) questionam se o trabalho pode ser apontado como fonte específica de nocividade para a vida mental e discutem que nesta questão fica evidente que “a luta pela sobrevivência leva a uma jornada excessiva de trabalho, e as condições em que o trabalho se realiza repercutem diretamente na fisiologia do corpo”. Além disso, ressaltam os efeitos na subjetividade através do

assédio moral, identificado como “a exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho; e passam a ser mais desestabilizadoras” (p.106).

O assédio moral, para Hirigoyen (2002), configura-se conduta abusiva pela insistência impertinente e perseguição em relação a alguém e também pela repetição ou sistematização da mesma, configurando a prática da perversidade no local de trabalho. Segundo Barreto (2002), significa “uma ‘operação’ ou um conjunto de sinais que estabelecem um cerco com a finalidade de exercer o domínio”.

Assim, as relações ficam mais desumanas e não éticas, predominando transgressões, medo e desmandos, a elevada competitividade e os programas de qualidade total associados à produtividade e dissociados da Qualidade de Vida no Trabalho:

O trabalho como regulador social é fundamental para a subjetividade humana, e essa condição mantém a vida do sujeito; quando a produtividade exclui o sujeito podem ocorrer as seguintes situações: reatualização e disseminação das práticas agressivas nas relações entre os pares, gerando indiferença ao sofrimento do outro e naturalização dos desmandos administrativos; pouca disposição psíquica para enfrentar as humilhações; fragmentação dos laços afetivos; aumento do individualismo e instauração do pacto do silêncio coletivo; sensação de inutilidade, acompanhada de progressiva deterioração identitária; falta de prazer; demissão forçada; e sensação de esvaziamento. (HELOANI e CAPITÃO, 2003, p.106)

Esses autores constatarem, ainda, a degradação da qualidade de vida do trabalhador, especialmente dos que vivem no terceiro mundo, com surgimento de doenças até então restritas a certos nichos empresariais, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares (Dort) que se tornaram comuns e se disseminaram entre certas categorias, tornando milhares de trabalhadores impossibilitados para exercer sua atividade. Essas doenças podem causar incapacidade permanente e são geralmente, de difícil diagnóstico.

A associação entre LER/DORT e distúrbios psíquicos mostram uma importante associação entre LER/DORT e Depressão e esta entendida como manifestação secundária aos sintomas de dores da LER/DORT. Não há pesquisas que busquem identificar os sintomas depressivos anteriores ao aparecimento destes distúrbios. Estudos transversais sobre o tema, ao analisar os fatores psicossociais e psicológicos, não identificam se o início da dor antecede ou sucede esses distúrbios (MARTINS, 2004).

Muitas são as teorias e controvérsias relacionadas ao estabelecimento do nexo causal das doenças relacionadas ao trabalho em função de sua complexidade. Entretanto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001d), a precarização do trabalho também tem sido responsável pela deteriorização das condições de saúde e por diferentes formas de adoecimento dos trabalhadores, modificando o perfil epidemiológico, com o aumento das doenças relacionadas ao trabalho ou atípicas e, dentre elas, os transtornos mentais.

Os transtornos mentais comuns geram impactos econômicos importantes em função das demandas geradas aos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho, constituindo um problema de saúde pública (COUTINHO et al., 1999).

Como pudemos verificar, a prevalência de TMC é alta na população em geral e entre os trabalhadores. No cotidiano do trabalho das equipes de saúde das UBS tem sido cada vez mais comum o contato com essa população, principalmente nos últimos anos com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto política pública na área da saúde, atingindo importante parcela da população.

Neste processo de trabalho nos deparamos com a quase inexistência de estudos que investigam a saúde do trabalhador na ESF, em particular o usuário dos serviços das unidades de saúde. Ao mesmo tempo, tendo como base que é

indiscutível a importância que o trabalho exerce sobre a saúde das pessoas, investigamos os significados atribuídos por uma equipe de saúde da família quanto aos problemas de saúde mental dos usuários e sua relação com o trabalho. Em função disso, é fundamental que abordemos a Saúde do Trabalhador na ESF.

1.4. Saúde do Trabalhador na ESF

A Saúde do Trabalhador constitui uma área específica da saúde pública e busca compreender e intervir nas relações entre o trabalho e a saúde, integrando ao sistema de saúde como um todo. As relações entre o trabalho e o processo saúde/doença são consideradas como processos dinâmicos, articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Trabalhador é considerado como todo indivíduo que exerce uma atividade de trabalho, seja qual for sua forma de inserção no mercado de trabalho; formal ou informal, familiar e/ou doméstico (BRASIL, 2001d).

A regulamentação e execução das ações de saúde são estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) e o controle social é uma das prerrogativas da Saúde do Trabalhador que se estabelece através das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que têm papel consultivo e devem ser realizadas de quatro em quatro anos. No SUS, os Conselhos de Saúde têm papel deliberativo, sendo o Conselho Nacional de Saúde a instância máxima de controle social (BRASIL, 2005b).

Com a Lei Orgânica da Saúde de 1990 foi possível vislumbrar parâmetros metodológicos à área de saúde do trabalhador, pois a partir daí “constituiu-se um movimento institucional mais sistemático, embora um tanto desordenado, por dentro

da estrutura orgânica do sistema de saúde, nos diversos níveis federal, estaduais e municipais” (OLIVEIRA e VASCONCELLOS, 2000, p.5).

No entanto, em 1986, antes da LOS de 1990, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST). Ela subsidiou discussões em torno da saúde do trabalhador no SUS e para a criação e implantação pressupostos básicos dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, inicialmente denominados CRST e atualmente CEREST.

A 2ª CNST em 1994, busca discutir a saúde dos trabalhadores através de conceitos mais amplos, numa concepção de multideterminação da doença e indicando importância da integralidade das ações públicas nas ações de promoção da saúde. A implantação das novas tecnologias organizacionais e seu impacto na saúde dos trabalhadores, inclusive saúde mental, foram discutidas, entretanto, ainda sem materializar-se em propostas concretas para o campo da Saúde Mental e Trabalho.

O trabalho tem sido reconhecido como importante fator de adoecimento, de desencadeamento e de crescente aumento de distúrbios psíquicos. Os principais sinais e sintomas de distúrbios psíquicos elencados são: modificação do humor, fadiga, irritabilidade, cansaço por esgotamento, isolamento, distúrbio do sono (falta ou excesso), ansiedade, pesadelos com o trabalho, intolerância, descontrole emocional, agressividade, tristeza, alcoolismo, absenteísmo (BRASIL, 2001d). Eventualmente podem ser acompanhados por sintomas físicos como dores, perda do apetite, mal-estar geral, tonturas, náuseas, sudorese, taquicardia, somatizações e sintomas neurovegetativos diversos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001d) elabora a Lista de Doenças relacionadas com o Trabalho², visando subsidiar as ações de diagnóstico, tratamento e vigilância em saúde e o estabelecimento da relação da doença com o trabalho e as condutas decorrentes. Dentre as relacionadas verificam-se as de Transtornos Mentais e do Comportamento vinculados com o Trabalho (Grupo V da CID-10), descritas no quadro a seguir:

Quadro 1 – Lista de Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2)	• Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5) • Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
Reações ao “Stress” Grave e Transtornos de Adaptação (F43) Estado de “Stress” Pós-Traumático (F43.1)	• Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho: reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6) • Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui “Neurose Profissional”) (F48.8)	• Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-): • Desemprego (Z56.0); • Mudança de emprego (Z56.1); • Ameaça de perda de emprego (Z56.2); • Ritmo de trabalho penoso (Z56.3); • Desacordo com patrão e colegas de trabalho (Condições difíceis de trabalho) (Z56.5); • Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas
Transtorno do Ciclo Vigília-Sono Devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2)	• Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em Turnos ou Trabalho Noturno) (Z56.6) • Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de <i>Burn-Out</i> ”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0)	• Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) • Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)

Fonte: Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. Doenças Relacionadas ao trabalho. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, 2001.

² Elaborada em cumprimento da Lei 8.080/90 - inciso VII, parágrafo 3º do artigo 6º - disposta segundo a taxonomia, nomenclatura e codificação da CID-10.

O desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador foi reorganizado a partir a implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) que foi instituída em 2002, buscando a integralização da rede de serviços de assistência e vigilância do SUS. A Portaria GM/MS n.º 1.679/2002 incentiva financeiramente a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) nos Municípios e Estados para desempenhar nos SUS as funções de suporte técnico, coordenação de projetos e educação em saúde, capacitando os profissionais do SUS para acolher o trabalhador.

Entretanto, na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador de 2005, foi avaliado que as ações na saúde do trabalhador eram isoladas e fragmentadas das demais ações em saúde e desenvolvidas apenas em alguns estados e municípios. O Estado deveria desenvolver políticas universais, intersetoriais e integradas nos setores da Saúde, Trabalho, Emprego e Previdência Social para garantir inclusão social do trabalhador nas três esferas do governo, através de um atendimento humanizado, ações preventivas, promoção da saúde e vigilância epidemiológica, além de práticas curativas e de reabilitação (BRASIL, 2006b).

A partir da implantação da Constituição de 1988, o SUS tem como responsabilidade a organização da Saúde do Trabalhador como um direito à saúde e suas ações exigem uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e a ativa participação do trabalhador. Envolve todos os níveis de atenção e esferas de governo SUS em seu aspecto intrasetorial e intersetorial, relacionados com as políticas de desenvolvimento como Previdência Social, Trabalho, Justiça, além de outros setores. "A abordagem integrada das inter-relações entre as questões de segurança e saúde do trabalhador, meio ambiente e o modelo de desenvolvimento

adotado no país representa, na atualidade, um grande desafio para o Estado Brasileiro" (BRASIL, 2005c, p.5).

A partir da década de 1990, o processo de reestruturação produtiva impõe consequências sobre a saúde do trabalhador, a partir de diversas situações de trabalho; gerência e organização, novas tecnologias e a precarização das relações de trabalho que interferem nos padrões de vida e de adoecimento (Brasil, 2001d).

Os distúrbios psíquicos podem estar associados às condições de trabalho (físicas, químicas e biológicas, vinculadas à execução do trabalho) e à organização do trabalho (hierarquia, divisão de tarefa, jornada, turnos, ritmo, excesso de responsabilidade, entre outros. O atendimento especializado em Saúde do Trabalhador e assistência médico-psicológica deverá ser garantido após a associação ou suspeita de distúrbio psíquico do trabalhador relacionado ao trabalho (BRASIL, 2001d).

A partir das normas existentes para a atuação do SUS no campo da Saúde do Trabalhador, a Coordenação de Saúde do Trabalhador apresentou diretrizes para contribuir com o avanço da organização das ações na rede básica de saúde, nos programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2001c).

Nesse sentido, além de outras ações, o Ministério da Saúde propõe um modelo assistencial que tenha como parâmetro a atuação no campo da Vigilância da Saúde. "Assim, as ações de saúde devem pautar-se na identificação de riscos, danos, necessidades, condições de vida e de trabalho, que, em última instância, determinam as formas de adoecer e morrer dos grupos populacionais" (BRASIL, 2001c, p.8).

A equipe da ESF deverá utilizar estratégias para garantir o acesso e o enfrentamento de agravos vinculados às diversas formas de sofrimentos psíquicos, inclusive aos agravos relacionados à saúde do trabalhador. A concepção da equipe de saúde sobre o processo saúde-doença é essencial para detecção dos riscos à saúde mental e distúrbios mentais dos trabalhadores na comunidade, implicando em uma atuação, serviços e práticas de cuidado com o usuário.

As ações de saúde do trabalhador na atenção primária de saúde ainda são muito incipientes, só ocorrendo pontualmente. No entanto, assim como outras grandes áreas da saúde, deve garantir um trabalho em rede articulada com as ações das vigilâncias epidemiológica e sanitária, e os programas de atenção a grupos específicos com a retaguarda técnica dos CRST ou CEREST e de instâncias mais complexas do sistema de saúde (BRASIL, 2001c).

Para tanto, ações deverão ser desenvolvidas pela rede básica municipal de saúde, quer ela se organize em equipes de Saúde da Família, com Agentes Comunitários de Saúde e/ou em unidades básicas sem saúde da família. Algumas dessas ações seriam: identificar e registrar as atividades produtivas da região de abrangência, possíveis perigos e riscos para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, os integrantes das famílias que são trabalhadores, trabalho precoce, acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho, que acometam trabalhadores inseridos tanto no mercado formal como informal de trabalho (BRASIL, 2001c).

O Ministério da Saúde também sugere procedimentos a serem adotados frente a diagnósticos de doenças relacionadas ao trabalho pelo nível local de saúde, relacionando-se ao afastamento do trabalhador imediato ou progressivo, tratamento e encaminhamento. Além de investigar e propor ações de intervenção, considerando

os problemas detectados nos locais de trabalho (BRASIL, 2001c).

Santos (2006) investiga a assistência integral ao trabalhador informal em condições precárias ou perigosas, num estudo descritivo prospectivo de base populacional e propõe a inserção da saúde do trabalhador como domínio da saúde coletiva, considerando-se ambos como campos de conhecimento complexos, que buscam a promoção da saúde para a coletividade.

Giatti e Barreto (2006), em seu estudo, relatam que as desigualdades produzidas na estrutura social se refletem no processo de adoecimento, confirmando que a saúde é influenciada pela posição socioeconômica e esta relação se opera por diversos caminhos, seja por meio de comportamentos, efeitos biológicos, fatores psicossociais, seja por recursos diferenciais para tratamento, prevenção e promoção de saúde.

Os distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho frequentemente deixam de ser reconhecidos no momento da avaliação clínica, apesar da alta prevalência entre a população trabalhadora. As próprias características dos distúrbios psíquicos e sua complexidade, regularmente mascarados por sintomas físicos, além de outros motivos, contribuem para a dificuldade da associação entre tais distúrbios e o trabalho desenvolvido pelo usuário (GLINA et. al, 2001).

Vários trabalhos seguem no sentido de diagnosticar os problemas dos próprios trabalhadores da equipe de saúde. Ribeiro (2006) identificou a relação entre o sofrimento psíquico do trabalhador e a organização do trabalho em uma equipe do PSF de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo. Essa análise mostrou implicações entre dificuldades estruturais e funcionais na organização do trabalho e o sofrimento psíquico do trabalhador.

Braga et al. (2010), em pesquisa sobre a prevalência dos transtornos

mentais comuns (TMC) em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu – SP, constataram que 42,6% dos trabalhadores apresentavam TMC, indicando que, no município estudado, “as condições de trabalho na atenção básica constituem fator contributivo não negligenciável ao adoecimento dos trabalhadores” (BRAGA et al., 2010, p.1585). O estudo indica também a necessidade de desenvolver ações de cuidado aos trabalhadores, além de propiciar melhoria das condições de trabalho e do suporte social no trabalho.

Silva e Menezes (2008) estimaram a prevalência da síndrome do esgotamento profissional e de transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde atuantes há pelo menos seis meses em unidades básicas de saúde do município de São Paulo (SP) e observaram associações positivas entre as dimensões de esgotamento profissional. Concluíram que os níveis de esgotamento profissional são intensos e que os índices de transtornos mentais comuns encontrados entre os ACS são elevados e exigem “estratégias de intervenção no cotidiano desses indivíduos e de novas investigações sobre a dimensão e determinantes do esgotamento profissional” (p.921).

Os aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade e a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde de Pirituba/SP foram investigados e concluiu-se que essa condição expõe excessivamente os trabalhadores, elevando a contaminação do tempo do não trabalho, além de gerar constrangimentos e sofrimento pela precariedade dos demais níveis do sistema de saúde (JARDIM e LANCMAN, 2009).

Ao investigar o estresse laboral vivenciado pelos trabalhadores das equipes da ESF de Santa Maria, Trindade e Lautert (2010) identificaram seis (6,97%) participantes acometidos pela Síndrome de *Burnout*, sendo a idade jovem

(até 40 anos) a única variável com associação estatística significativa com a Síndrome ($p=0,034$). A Síndrome de *Burnout* foi observada em diferentes trabalhadores, independente de sua formação, sexo ou função, não sendo exclusiva de uma categoria.

Apesar de várias pesquisas já indicarem alguns resultados importantes na relação com o adoecimento de trabalhadores da ESF, atualmente são poucas as produções sobre a saúde do trabalhador usuário da ESF presentes em diferentes bases de dados (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS; Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, no endereço eletrônico www.bireme.br). Realizamos uma busca na literatura, utilizando os seguintes termos, presentes nos títulos ou no descritor de assunto: saúde da família trabalho, saúde família trabalhador; saúde usuário trabalhador PSF; saúde mental usuário trabalhador PSF; saúde mental usuário trabalhador ESF; saúde usuário trabalhador ESF; saúde mental usuário. Encontramos apenas dois trabalhos (LEVIGARD E ROZEMBERG, 2004; PAZ DE LIMA, 2008).

Levigard e Rozemberg (2004) investigam a interpretação dos profissionais do Programa Saúde da Família, atuantes no 5º e no 7º distritos do Município de Nova Friburgo, Rio de Janeiro, acerca das queixas de "nervos" no meio rural e o problema da exposição ocupacional aos agrotóxicos, encontrando relação entre eles. Esses autores constataram que a economia brasileira conduz a exploração e a desvalorização do trabalhador, e o descaso na identificação da relação do adoecimento por meio dos processos do trabalho nas instituições de saúde, espelha essa conduta. A vida profissional, não é compreendida como parte da história de vida dos sujeitos atendidos e as informações relativas ao trabalho são burocraticamente registradas.

Paz de Lima (2008) descreve o perfil de morbidade dos trabalhadores usuários do Programa de Saúde da Família de Rio Abaixo, Atibaia/SP, e identificou a relação entre as queixas de saúde e condições referidas e exposição dos trabalhadores aos agrotóxicos, além de outros fatores.

A atuação da equipe da ESF na saúde mental do trabalhador requer que o profissional tenha concepção clara da relação saúde/doença e trabalho, desenvolvendo seus conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias de forma a estarem preparados para o enfrentamento das situações e problemas do cotidiano da comunidade relacionados ao trabalho. Segundo Guimarães (2002), estudar a saúde dos trabalhadores implica estudar a evolução das condições de trabalho e vida. É necessário destacar um rol de importantes transições econômicas, sociais, demográficas e tecnológicas para estudar a saúde do trabalhador.

2. OBJETIVO

Investigar os significados atribuídos por uma equipe de saúde da família quanto aos problemas de saúde mental dos usuários e sua relação com o trabalho.

3. MÉTODO

3.1. Abordagem Sócio-Histórica

O estudo do processo saúde-doença tem como referência o conceito marxista de processo de trabalho, levando em conta a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde (GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997). O trabalho é concebido como processo técnico, social e econômico, ao mesmo tempo e os instrumentos de trabalho são o resultado de determinadas relações de classe e do desenvolvimento científico-tecnológico alcançado. O processo histórico determina um modo de trabalhar em uma dada situação concreta, resultando em um padrão determinado de desgaste e de morbi-mortalidade (LAURELL e NORIEGA, 1989; COHN e MARSIGLIA, 1994).

A história é entendida não como uma sucessão de fatos no tempo ou como progresso das idéias, mas “o modo como homens determinados em condições determinadas criam os meios e as formas de sua existência social, reproduzem ou transformam essa existência social que é econômica, política e cultural” (CHAUÍ, 2001, p.8). Nessas condições os homens desenvolvem e buscam fixar uma forma de sociabilidade através das diferentes instituições com as quais se relaciona e ao fazer isso eles concebem representações para entender e explicar sua biografia e sua relação com a vida social, natural e até sobrenatural.

Na perspectiva marxista, o método histórico-dialético deve partir do que mais imediato, ou seja, simples, e deve “percorrer o processo contraditório de sua constituição real e atingir o concreto como um sistema de mediações e de relações

cada vez mais complexas que nunca estão dadas à observação” (CHAUÍ, 2001, p.19).

Neste trabalho, as experiências foram consideradas como um processo de construção de conhecimentos e práticas. Isso significa considerar os profissionais como atores sociais que estão cotidianamente envolvidos com as políticas de assistência à saúde e que constroem, no processo de trabalho e nas relações com a população, significados sobre o processo saúde-doença e sua relação com o trabalho.

Para o entendimento desses significados buscou-se, como já explicitado acima, o materialismo histórico e dialético a partir da perspectiva marxista com as contribuições de vários autores. Deste modo parte-se da compreensão das relações sociais como relações de produção, sendo, portanto, a matéria de que se fala a matéria social, resultado do modo de produção e reprodução das condições materiais de existência dos homens e de como significam essas relações (CHAUÍ, 2001).

O homem, neste sentido, se desenvolve numa relação dialética “com o social e com a História, sendo, ao mesmo tempo, único, singular e histórico”. É constituído, portanto, na e pela atividade, revelando “em todas as suas expressões -, a historicidade social, a ideologia, as relações sociais, o modo de produção” (AGUIAR e OZELLA, 2006, p.224).

Vigotski (1931/1998), principal representante da Psicologia Sócio-histórica soviética, propõe que o desenvolvimento psicológico dos homens é parte do desenvolvimento histórico geral de nossa espécie e assim deve ser entendido (p.80). Por isso a compreensão da história humana não está baseada somente nas consequências da natureza sobre o ser humano, mas na forma como o ser humano,

também afeta a natureza, modificando-a e criando novas possibilidades de existência.

O processo de humanização acontece por meio das condições sociais historicamente construídas, assim a natureza humana ou histórico-social parte de sua dimensão intrínseca de hominização, para o desenvolvimento de humanização historicamente construída. Esse processo depende das apropriações e das mediações para o desenvolvimento desta condição social humana. O homem desenvolve sua singularidade através das mediações que estabelece na sociedade, define-se, assim, como um ser social, singular e síntese de múltiplas determinações (AGUIAR e OZELLA, 2006).

Através da atividade e do desenvolvimento da linguagem vamos complexificando nossas ações e constituindo nossa consciência. A linguagem seria o instrumento fundamental nesse processo de constituição o homem (LEONTIEV, 1978) e os signos são os recursos que atuam de forma mediada na formação e desenvolvimento de funções psicológicas superiores e complexas que consiste em uma forma especificamente humana de utilização de instrumentos (VIGOTSKI, 1931/1995).

Vigotski (1931/1998) pressupõe três princípios de investigação das funções psicológicas superiores: analisar processos e não objetos, explicação versus descrição e o problema do “comportamento fossilizado”.

No primeiro princípio enfatiza que é necessária uma reconstrução de cada estágio do desenvolvimento do processo, remetendo-se a sua origem, buscando uma análise dinâmica de transformação ocorrida até o presente.

No segundo, propõe a distinção entre explicação e descrição e refere-se às análises genotípica e fenotípica, sendo que a primeira é caracterizada pela

observação da essência e a segunda pelas similaridades externas dos fenômenos. Vigotski (1931/1998), a partir dos pressupostos marxistas, entende que as relações subjacentes ao fenômeno são importantes, mas nem sempre estão explícitas na sua aparência. Assim a tarefa de análise da pesquisa é revelar essas relações: "a análise psicológica rejeita descrições nominais, procurando, ao invés disso, determinar as relações dinâmico-causais" (p.84).

O terceiro princípio trata dos processos que ficaram encobertos ao longo do tempo por tantas repetições deles mesmos, que ficaram mecanizados, perdendo sua natureza de origem. Para estudar esse princípio propõe a análise do processo em desenvolvimento, retomando as origens e não unicamente no produto final que se apresenta no momento da investigação.

Para a análise do fenômeno psicológico do objeto em estudo, na abordagem sócio-histórica, é necessária a compreensão do processo histórico que constituiu e constitui o fenômeno, sua gênese e suas relações dinâmico-causais em estudo e a captação do seu movimento, transformações e contradições.

As funções psíquicas superiores surgem como consequências específicas do desenvolvimento social, caracterizando-se pela incorporação de estímulos artificiais chamados signos. A linguagem atua sobre a organização do pensamento e sobre a maneira de pensar do homem, organizando o pensamento e o estruturando convenientemente. Para Vigotski (1931/1998), o pensamento é o reflexo generalizado da realidade e a generalização se efetua por meio da linguagem; sistema de signos que serve de meio de comunicação de idéias ou sentimentos.

O pensar é sempre a percepção do conhecimento particular; quando generaliza o homem descobre o que existe de geral nos objetos e fenômenos reais isolados (LEONTIEV, 1978). Para que se possa compreender o pensamento, temos

que analisar seu processo, como se expressa na palavra com significado e, ao apreender o significado da palavra, entendendo o movimento do pensamento. Os significados são produções históricas e sociais que permitem a comunicação, a socialização de nossas experiências e sofrem, ao mesmo tempo, transformações, alterando conseqüentemente a relação que mantêm com o pensamento (AGUIAR e OZELLA, 2006):

Consideramos que a palavra com significado seja a primeira unidade que se destaca no momento ainda empírico da pesquisa. Partimos dela sem a intenção de fazer mera análise das construções narrativas, mas com a intenção de fazer uma análise do sujeito. Assim, temos que partir das palavras inseridas no contexto que lhes atribui significado, entendendo aqui como contexto desde a narrativa do sujeito até as condições histórico-sociais que o constituem. (p.229-30)

Aguiar e Ozella (2006) realizam alguns apontamentos sobre os procedimentos e instrumentos indicando uma investigação dentro da abordagem sócio-histórica. Considerando a palavra com significado como unidade de análise, elaboram-se os “núcleos de significação do discurso”, cuja nomeação é extraída do discurso de modo que reflita a articulação realizada na elaboração dos núcleos e que explicita o processo e o movimento do sujeito dentro dos objetivos do estudo. A partir dos temas e questões centrais relatadas pelos 14 sujeitos desta pesquisa foi possível a construção de cada núcleo de significação depois de uma série de sistematizações dos dados.

Dessa forma, organizam-se os chamados pré-indicadores que irão compor um quadro amplo de possibilidades para a construção dos núcleos a partir da leitura flutuante e organização do material, depois uma segunda leitura para permitir um processo de aglutinação dos pré-indicadores, seja pela similaridade, complementaridade ou pela contraposição e que trazem implicações para o sujeito. A construção e análise dos núcleos de significação expressam os pontos centrais na

busca da essência dos conteúdos expressos pelo sujeito para além do aparente e considerando tanto as condições subjetivas quanto as contextuais e históricas.

Identificar núcleos de significação implica em não se ater tão somente à dimensão da análise sintática da palavra expressa no discurso, mas há uma análise articulada “com o contexto social, político, econômico, em síntese, histórico, que permite acesso à compreensão do sujeito na sua totalidade” (AGUIAR e OZELLA, 2006, p.231).

Nesta pesquisa, o objeto de estudo é o significado atribuído pela equipe da ESF quanto aos problemas de saúde mental dos usuários e sua relação com o trabalho. A primeira aproximação acontece no plano das significações sociais destas práticas e seus significados, considerando a inserção social e histórica da atividade da equipe. Quais são as concepções do processo saúde-doença mental, a relação com o trabalho e as consequentes práticas sociais na comunidade?

Em seguida, são identificados os núcleos de significação atribuídos pela equipe da ESF quanto aos problemas de saúde mental dos usuários e sua relação com o trabalho considerando a atividade concreta e cotidiana desta equipe de saúde.

3.2. População Estudada

A pesquisa foi realizada numa cidade de porte médio do estado de São Paulo, com a população estimada em 127.370 habitantes (IBGE, 2010). A Secretaria Municipal de Saúde da cidade vem discutindo desde 2002 a proposta de implantação do PSF, incluindo a participação de profissionais de saúde e de lideranças comunitárias, com o objetivo inicial de estabelecer áreas prioritárias para

a implantação do Programa. A partir do início do ano de 2002 lideranças comunitárias foram convidadas para discussões sobre o PSF/PACS e esclarecer à comunidade sobre o PSF e debater as possíveis alterações a partir da implantação do novo modelo assistencial através de reuniões. Acordou-se também a respeito dos editais e datas para o início do processo seletivo para contratação das equipes e dos Agentes Comunitários.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) neste município aconteceu em 2003 e a partir do ano de 2006 até o ano de 2009, o município possuía dez equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo que três delas atuam na zona rural e as demais na zona urbana. As equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, de três a seis auxiliares de enfermagem, de seis a sete Agentes Comunitários de Saúde e um auxiliar de cirurgião dentista (SPAGNUOLO, 2009). Atualmente são nove USF e 13 equipes de saúde da família no município.

A equipe de saúde mental do município é formada por quatro psicólogos, quatro assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional e um coordenador. As equipes da ESF de cada unidade são assessoradas por dupla de profissionais que atuam em quatro ou cinco unidades básicas de saúde.

O projeto de pesquisa foi apresentado para a enfermeira coordenadora da equipe e a partir de sua autorização, foram realizadas as entrevistas com todos os trabalhadores desta equipe, num total de 14 pessoas, segundo a disponibilidade de horário de cada um, de modo que não houvesse concorrência com atividades anteriormente programadas.

No início de cada entrevista foram levantados dados para a caracterização da equipe, como: tempo de atuação na equipe da ESF; sexo; faixa etária; escolaridade; formação; função na Unidade de Saúde.

A escolha da unidade seguiu os seguintes critérios: 1) Ser campo de pesquisa de outros estudos na área de um grupo de pesquisa do Programa de Pós Graduação¹. 2) Disponibilidade da equipe em participar da pesquisa.

3.3. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas individuais com um roteiro semi-estruturado (anexo 1), na perspectiva de realizar uma "conversa com finalidade" (MINAYO, 1992, p. 189) que permita compreender o ponto de vista dos profissionais de saúde a respeito de uma série de questões sobre a relação saúde mental e trabalho. A técnica da entrevista semi-estruturada se adapta aos objetivos de discutir com os profissionais suas experiências de trabalho com saúde mental do trabalhador, buscando a formulação de questões abertas à reflexão do profissional. O roteiro de entrevista permitiu a flexibilidade nas conversas e buscou absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de estrutura relevante (MINAYO, 1992, p. 191) e buscou identificar suas experiências mais significativas em relação ao trabalho. A coleta de dados ocorreu no período de entre os meses de setembro e início de dezembro de 2009.

¹ Projeto temático "Estratégia de Saúde da Família e Saúde Mental: necessidades de cuidado da população e os recursos utilizados pelas equipes de saúde", coordenado pela Prof^a. Dr^a. Sueli Terezinha Ferreira Martins. Este projeto consta de várias etapas envolvendo identificação dos usuários com necessidades em saúde mental através de leitura de prontuários, reuniões com a equipe de trabalhadores da ESF, entrevistas e investigação com os usuários. Está direcionado a identificar os recursos utilizados pelos trabalhadores das equipes para a abordagem da população que necessita de cuidado em saúde mental.

Questões Éticas

Observando a importância do respeito à ética, foi solicitada a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp/Botucatu, adotando procedimentos devidamente apropriados em pesquisas envolvendo seres humanos previstos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Nesta pesquisa foram assegurados os seguintes princípios éticos: 1) a garantia do esclarecimento sobre a metodologia no início e durante o processo de coleta de dados, 2) a liberdade do sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento feito por intermédio da formalização do Termo de Consentimento (anexo 2), 3) a garantia de sigilo e confiabilidade dos dados obtidos nas entrevistas.

As gravações contendo as informações ficarão sob os cuidados da orientadora do projeto durante a realização da pesquisa para eventuais esclarecimentos, sendo destruídas logo após o seu término. É importante enfatizar que este trabalho esteve vinculado ao projeto de pesquisa já aprovado pelo Comitê de Ética, processo 435/08-CEP.

3.4. Procedimentos de Análise dos Resultados

Os relatos dos trabalhadores nas entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo. Essa análise seguiu as fases propostas por Minayo (1994), que compreendem: 1) Pré-análise: Essa fase inicial do material se fez com uma leitura caracterizada por uma atenção flutuante, em que a subjetividade do pesquisador e a do pesquisado se integram, a fim de identificar os trechos significativos ou

representativos das categorias, que sintetizam a essência do fenômeno; 2) Exploração do material, através de várias leituras do material categorizado, descobrindo orientações para a análise propriamente dita, a ser realizada logo a seguir; 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: foram identificados núcleos de significação comuns no discurso dos trabalhadores pesquisados com base na organização dos dados analisados. As possíveis diferenças, semelhanças e contradições observadas no cruzamento dos dados entre as diferentes funções e categorias profissionais serão explicitadas e discutidas quando se mostrarem pertinentes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Caracterização da Equipe de Saúde

Na unidade pesquisada foram realizadas 14 entrevistas semi-estruturadas com todos os trabalhadores de diferentes categorias de uma equipe da ESF. A seguir, apresentam-se os dados gerais dos entrevistados, caracterizando a amostra:

Quadro 2 – Composição da equipe de trabalhadores participantes da pesquisa, segundo atividade, escolaridade, sexo, idade e tempo de experiência na ESF.

Atividade	Escolaridade	Sexo	Faixa etária média	Tempo médio de atuação
Agente comunitário (5)	2º grau	100% Feminino	34 anos	5 anos
Médico (2)	3º grau	50% Masculino 50% Feminino	37 anos	6 anos
Auxiliar de serviços gerais (2)	1º Grau 2º grau	100% Feminino	35 anos	4 anos
Auxiliar administrativo (2)	2º grau	100% Feminino	23 anos	3 anos
Auxiliar de enfermagem (2)	2º grau	100% Feminino	30 anos	5 anos
Enfermeira (1)	3º grau	100% Feminino	27 anos	3 anos

4.2. Temáticas e Núcleos de Significação

Foram identificados cinco temáticas e 21 núcleos de significação que estão apresentados no quadro abaixo:

Quadro 3 – Temáticas e significados

	Temáticas	Significados
4.2.1	A Identificação: progressos e limites na identificação da doença mental	a) A observação dos sintomas como canal de identificação das necessidades em saúde mental b) A qualificação da equipe como facilitadora na identificação de problemas em saúde mental c) A questão de gênero indicando o perfil do usuário e a prevalência de doença mental d) O perfil ocupacional do território
4.2.2	Concepções sobre o transtorno mental	a) O desarranjo familiar como principal determinante da doença mental b) O processo saúde-doença como consequência dos aspectos biopsicossociais
4.2.3	O nexo com o trabalho	a) A organização do trabalho: precarização e adoecimento b) Adoecimento e assédio moral c) O desemprego como fator secundário no adoecimento: Bola de neve
4.2.4	Condutas e ações da equipe da ESF e o adoecimento mental pelo trabalho.	a) Intervenções com o trabalhador usuário: ouvir, falar e orientar b) De mãos amarradas: intervenções nas empresas e a ineficiência do estado c) A crucificação: a intervenção com a família d) Saúde mental na unidade: a cada quinze dias é muito pouco e) Ações: modelo biomédico tradicional f) Acompanhamento em saúde mental: visitas domiciliares e a manutenção da medicação g) Encaminhamento
4.2.5	A vulnerabilidade da equipe	a) O vínculo no trabalho: saber sem querer saber b) Ações limitadas: a precarização c) Desmotivação: nosso serviço na visão das pessoas não serve para muita coisa d) Falta de apoio: no início, tudo são flores e) Terceirização: incerteza

4.2.1. A Identificação: progressos e limites na identificação da doença mental

a) A observação dos sintomas como canal de identificação das necessidades em saúde mental

A partir das entrevistas realizadas, observa-se que um dos temas emergentes consiste nos progressos e limites na identificação das necessidades de cuidado em saúde mental ou doença mental. Os trabalhadores da ESF referiram que o processo de identificação é construído através da observação de sintomas dos usuários (agitação, choro fácil, falta de apetite, insônia, ansiedade, nervoso, pensamentos suicidas, irritação, depressão leve, muito quieto, agressividade, rosto abatido, emagrecimento). Essa equipe atua na identificação e reconhecimento em saúde mental:

“Olha é complicado a gente tentar identificar se ela tem um problema mental, como abordar, tudo isso aí. Mas muitas vezes eu acabo entendendo porque tem pessoas que vem falar... são pessoas que estão muito agitada, pessoas que começam a falar com você e começa chora, não consegue explicar o que ela está sentindo então a gente começa a ver que a pessoa realmente está precisando de uma ajuda na saúde mental, ou precisando de um psicólogo, uma coisa desse tipo”. (E1)

“De transtornos depressivos a inabilidade emocional, inapetência, ideação suicida, fadiga sonolência, irritação é alguns até com quadro de alucinação auditiva e visual, é acho que os mais predominantes são esses”. (E5)

“Na maioria assim a gente vê ansiedade, ansiedade é o mais frequente, sintomas de irritação, de desânimo, de falta de vontade das coisas, de vez em quando choro fácil. Depressão leve é o que eu mais atendo aqui, aquelas pessoas que têm problemas familiares, a maioria vem com queixa de problemas familiares e no trabalho também, mas acho que na maioria o contexto familiar acaba causando aquele estrago na pessoa”. (E6)

A identificação dos transtornos de saúde mental é facilitada pela proximidade da equipe com a comunidade, principalmente na situação abaixo, em

que o trabalhador relata conhecer o histórico e a gravidade do caso. A atenção dispensada nestes casos significa o comprometimento com a proposta de trabalho, adquirindo o sentido de estratégia de atuação da equipe.

“É, então assim, durante as visitas a gente presta bastante atenção, pelo menos eu, eu me atendo muito... nas queixas assim, tem muita gente se queixa é insônia, falta de apetite, ta muito chorosa, muito são nervosa, ansiedade, algumas já têm o sofrimento mais vivido, aí chega a falar de pensamento suicidas, então me empenho nisso, nessas características e no contexto familiar também, né? A gente visita muita família que tem problema com droga, desemprego, então tudo isso gera um sofrimento específico na família assim”. (E2)

“Aqui, aqui na vila é fácil, porque a gente conhece todo mundo, a gente mora aqui, então assim, a gente já sabe de todo mundo. Ah chega meio transtornado aqui, se você demora um pouquinho pra chamar ele já fica agitado, já fica bravo, já quer xingar (risos). Alguns né, alguns não, alguns choram, já chegam chorando, alguns chegam bravo, mas oh , tem alguns que chegam chorando, quer um apoio mesmo sabe, quer conversar, mais assim, são poucos que a gente, a gente sabe porque a gente já conhece né”. (E9)

A demanda que não chega espontaneamente é alcançada pelas visitas domiciliares ou mesmo pela proximidade da equipe, principalmente dos agentes comunitários de saúde (ACS) com a comunidade que conseguem identificar as necessidades de cuidado em saúde mental.

Os trabalhadores envolvidos expressam, de algum modo, uma posição frente ao lema 'Saúde como direito de todos e de cidadania', através dos princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade e acesso (MATUMOTO, 1998), no sentido de investigar e obter mais informações do usuário para melhorar o seu diagnóstico.

“É, eu procuro assim, investigar da onde que tá vindo né, se teve algum acontecimento na vida dela, se já faz tempo, da infância pra cá se aconteceu alguma coisa, a gente dá umas cutucadinhas assim pra ter idéia da onde que ta surgindo.” (E14)

O acolhimento como recurso terapêutico é relevante por ter sido mencionado por praticamente todos os entrevistados, adquirindo importante papel na compreensão das concepções a respeito das práticas em saúde mental da

equipe. Esta visão vai ao encontro da concepção de que o acolhimento deve ser um recurso que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar os pacientes e resolver os problemas mais simples ou referenciá-los se necessário, conforme afirmação de Carvalho e Campos (2000).

O ACS identifica as situações de sofrimento mental através de solicitações dos usuários, por meio de informações das pessoas da comunidade e através da observação dos comportamentos das pessoas, corroborando com os resultados de Sousa (2007). No entanto, a equipe toda desempenha um papel importante nesta aproximação da comunidade e da família, assumindo uma postura de escuta da família, o que fica evidente nos relatos, no sentido de constituição de vínculos e continuidade nos cuidados em saúde.

“Depois que eu estou aqui eu dou atenção e escuto o que a pessoa está falando pra mim, eu dou atenção por que ela pode não estar vindo aqui, mas uma hora ou noutra ela acaba precisando de mim. Porque eu já vou saber o que eu vou falar para ela, o que eu vou mandar ela fazer e o que não. É o vínculo que a gente faz ali onde a gente mora, eu moro na minha área de abrangência mesmo e na minha microárea. Eu acabo conhecendo todo mundo ali, as coisas que acontece, em tudo no geral. Desde saúde mental quanto física né”. (E1)

“É... pra falar bem a verdade, a gente não precisa falar muito, como a gente tem a convivência com a família eles acabam contando tudo assim, não é? E daí assim, o que eu sempre... a orientação que eu acabo dando procurar mesmo a unidade. Tem agora o povo de saúde mental que pode estar auxiliando, se for o caso de entrar com medicação passar pelo médico, médico mesmo, agora se for conversa mesmo resolver tem as meninas pra ajudar Mas também é complicado porque é só uma equipe, não é? São muito pacientes também, demora esse atendimento, a abordagem é mesmo... não esse sentido assim, de estar ciente, de conversar, de dar uma atenção maior, eles são bem... então... não sei se respondi a pergunta”. (E2)

“Então assim, durante as consultas a gente tenta assim ter um olhar pros sintomas que estão implícitos. Às vezes ela fala, ah porque... começa chorar, às vezes numa consulta você ta perguntando se ta tudo bem, ela começa chorar. Então quer dizer a gente já percebe que tem algo por trás daquilo que traz um sofrimento pra ela psicológico né, e que as vezes pode estar sendo....ou não né. Eu percebo isso muito em consulta ginecológica, quando a mulher vem com uma queixa de corrimento, por exemplo, né, aí ela pergunta,

mas porque que eu estou com esse corrimento? O que é isso né? Ai eu falo, não esse corrimento é um corrimento que a mulher, uma bactéria que a mulher tem dentro dela, as vezes cai a resistência e acaba aparecendo. Ai eu já pergunto: A senhora é muito nervosa? Ai é a deixa que ela já aproveita: 'ah eu sou, porque na minha família é assim, porque que meu marido ta assim, meus filhos', então assim ai nisso eu já consigo perceber que tem muitas mulheres com problemas em casa, problemas familiares, a maioria familiares". (E13)

Através da observação, da proximidade, da escuta terapêutica e do vínculo com a comunidade, essa equipe identifica as necessidades em saúde mental, o que significa um progresso no sentido de ampliação de sua atuação e estabelece os próximos passos para o atendimento. O reconhecimento das necessidades em saúde mental pela equipe de saúde da família também foi analisado por Lucchesel et al. (2009) ao investigarem as condições concretas da assistência à saúde mental em unidades de ESF de Cuiabá, Mato Grosso.

b) A qualificação da equipe como facilitadora na identificação de problemas em saúde mental.

A habilidade de identificação desta equipe pode estar associada à aproximação desta unidade com trabalhos e projetos científicos acadêmicos realizados através da parceria com a universidade pública. O diferencial existente é a capacitação da equipe através de treinamentos e das orientações realizados na unidade em parceria com a universidade e através da equipe de apoio matricial, que instrumentalizaram para a identificação e encaminhamento dos casos, como se constata no relato da maioria dos trabalhadores desta equipe:

"Já, a gente teve vários treinamentos com a S. mesmo. Teve outras pessoas que vieram aqui para explicar sobre saúde mental, foi feito debate, foi feito pesquisas. Bastante coisa. Os treinamentos que a gente teve foi assim focado no paciente de como eu vou abranger... abranger não.....tentar saber se aquela pessoa está realmente precisando de tratamento em saúde mental, se não, saber se ela é depressiva, então...tentar.. como eu falo?... abordar.. tentar abordar a pessoas e saber se realmente é ... A gente tem suporte para isso,

para tentar saber se realmente se o que a pessoa tá falando ali é um caso de vir para saúde mental, se é um caso de só estar falando com médico e enfermeira, uma coisa que não precisa de encaminhamento. Então é pra gente saber reconhecer esses pacientes". (E1)

"Faz uns dois anos já que foi feito, quando começou a saúde mental, eu fui lá eles fizeram, a gente se reunia mais vezes daí sempre tinha uma partinha do curso que eles vinham falar um pouquinho. Ah o objetivo, era pra gente verificar a pessoa, o que tem, algum problema, qual era a forma que eles iam se apresentar, quando uma pessoa tá em depressão, bem básico do que é esquizofrenia, aquela pessoa que fica falando sozinha fica repetindo, o bem básico. O que a gente ia encontrar mesmo, só pra identificar, só pra poder trazer, a gente vê lá e traz pra eles ver aqui". (E7)

"O primeiro deles foi até que a gente sugeriu né, foi uma enfermeira que passou por aqui, uma residente e daí ela comentou, trouxe né, as fases de saúde mental, as pessoas esquizofrenia tra lá lá, um monte de coisa e a gente foi discutindo em cima disso pra entender. E depois teve um agora com a equipe de saúde mental também, da secretária de saúde que elas fizeram um tipo de protocolo pra gente". (E14)

A formação da equipe passa a ser um diferencial na identificação e no cumprimento de seu papel, entretanto há contradição neste processo de identificação do quadro de adoecimento mental do usuário com o trabalho, pois acontece de forma aleatória e não sistematizada. Atribui-se ao vínculo dos agentes comunitários com o usuário a identificação através do envolvimento estabelecido com a comunidade, constituindo-se num instrumento de identificação não formalizado, deixado ao acaso de cada relação estabelecida com o usuário, dependendo das afinidades e circunstâncias:

"Se eles percebem esse problema? Ah eles percebem, porque nossos agentes assim são muito envolvidos com os pacientes, então muitas vezes são eles que nos alertam, olha essa pessoa ela tá... a gente vai lá e ela queixa do trabalho, então eles percebem, eles conseguem entende isso assim. Não em todos os pacientes, eles têm mais afinidades com alguns. Então a gente percebe que eles cuidam mais de alguns (rs), como todos nós, né? Então assim eles trazem essas demandas, não todo mundo, não da pra dizer que eles percebem em todos, mas eles percebem sim, se a gente der uma.. "vamos perceber agora vamos começar a avaliar a relação do trabalho", eles ficam atentos sim, eles conseguem perceber isso." (E6)

“É, às vezes a enfermeira ou a médica na consulta pergunta com o que a pessoa trabalha, aí eles anotam lá. Mas no sistema na verdade até tem, mas só que quando abrem o cadastro não são todos que colocam o que que a pessoa faz, né.” (E8)

“A gente procura abordar, a gente tenta sempre perguntar se trabalha, onde que trabalha. Às vezes a gente não consegue aprofundar como deveria, eu acho.” (E13)

Fica evidente, portanto, que a equipe tem capacidade de realizar esta identificação desde que haja orientação adequada para essa ação ou uma sistematização dos processos de identificação em saúde mental e trabalho. Essa formação é que vai contribuir para a apropriação de concepções de saúde mental e a uma identificação do problema e definição de estratégias para atuação. Sousa (2007) evidencia que as concepções dos ACS sobre sofrimento mental orientam na identificação de pessoas nesta situação, principalmente as que não chegam espontaneamente aos serviços de saúde. Oliveira et al. (2010), também preocupados com identificação de problemas em saúde mental, detectaram subnotificação desses problemas em fichas de cadastramento preenchidas pelos ACS. Concluem que a visibilidade das manifestações de sofrimento psíquico depende da atitude dos profissionais da ESF em reconhecer essas manifestações como objetos de seu trabalho na atenção primária e a importância da educação em saúde neste processo.

c) A questão de gênero indicando o perfil do usuário e a prevalência de doença mental

Nos relatos da equipe, as mulheres são as mais identificadas com transtorno mental, na faixa etária acima dos vinte anos; na idade fértil, principalmente as mulheres são maioria. Assim como em outras equipes (Sousa,

2007), verifica-se que a ocorrência do sofrimento mental na unidade de saúde da família é percebida mais em mulheres e adultos.

“É mais mulher... é mais mulher na parte de saúde mental, é mais mulher. Na parte de dependência química é mais homem e mulher é mais quadro depressivo”. (E5)

“Mais mulheres de meia idade, é o que eu mais atendo. Olha, criança, eu atendo muito pouco, muito pouco, eu acho que, criança é muito aquela coisa da mãe trazer e precisa de psicóloga, mas às vezes a gente percebe que é um comportamento inadequado, por falta de limite assim, nenhum problema real. Alguma patologia eu não lembro de ter visto ainda... Homens têm, mas também, não é frequente”. (E6)

A intensidade mais elevada de sintomatologia depressiva foi observada em mulheres em outros estudos (LUDERMIR e MELO FILHO, 2002; FLECK et al., 2002). Apesar da proximidade com os usuários facilitar a identificação nesta equipe, ainda assim existem algumas dificuldades de acesso aos usuários do sexo masculino. Fica evidente a dificuldade de acesso à população masculina pela ausência da maioria dos homens no período das visitas dos ACS e também pela dificuldade de comunicação atribuída aos homens.

“É que nem eu to falando, não dá para saber ou não pelo fato deles não estarem conversando, que tem na minha área, que passa pela saúde mental é dois ou três. E que nunca conversaram comigo, eu vejo porque vem no grupo, então eu sei que ele tem depressão, que ele já tentou o suicídio e as mulheres não. Tem várias mulheres na minha área que tentaram suicídio, usam medicação. Os homens eu sei porque eu trabalho aqui dentro, mas eu nunca vou poder perguntar “se ta melhor”, ele vai falar “do que eu to melhor”, “se ta fazendo tratamento”, não dá para chegar neste paciente porque ele nunca deu abertura para isso”. (E1)

“Então, assim geralmente nas visitas a gente conversa com a mãe mesmo, a mulher, porque o homem pouco fala, ou não fala nada, não, nunca sabe de nada, ou não ta em casa, então e com o filho fica difícil, então a abordagem é com a mulher mesmo (rs), porque o homem não sabe de nada, você pergunta como esta, ta bem, e os filhos esta bem também, então a abordagem é mais com a mulher, com a mãe assim né que a gente, aborda nas visitas”. (E2)

“É mais hoje nós temos encontrado alguns homens com quadro depressivo talvez isso é possível que assim em acometimento das

peças em prevalência até seja um número aproximado mas em termo de resistência os homens são mais difíceis a sentar e chorar na frente da gente né”. E(5)

Divulgado em 2008, o Ministério da Saúde fez um levantamento e ouviu cerca de 250 especialistas e mostrou que a população masculina não procura o médico por conta de barreiras culturais, entre outras. O pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer ou o velho machismo são fatores culturais apontados, afinal a enfermidade é entendida como um sinal de fraqueza. Alguns especialistas afirmam que muitos homens entendem que o serviço de saúde é destinado apenas às mulheres, crianças e idosos (BRASIL, 2008b). Bandeira et al. (2007) apontam que problemáticas distintas entre homens e mulheres requerem atendimentos e encaminhamentos diferenciados, assim como a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre diferenças entre grupos da população-alvo.

O perfil do usuário em função do gênero apresenta significados diferentes para a equipe visto que culturalmente fica evidente a resistência masculina de conversar ou expressar seus sentimentos, dificultando o acesso, acolhimento e a triagem inicial desta população.

d) O perfil ocupacional do território

A equipe identifica as principais atividades profissionais desenvolvidas pela população na área de abrangência da USF, sendo a sua maioria formada por operários, trabalhadores domésticos, rurais e do comércio. A unidade de saúde da família precisa dar conta da demanda programada, visto que é responsável por toda a população de sua área de abrangência.

São metalúrgicos, são soldadores, pintores, são pessoas que trabalham na [indústria], na [indústria], e PM e bastante policiais também é variado, tem também quem trabalha serviço de pedreiro, serviço de pedreiro, mas são poucos agora fala assim... As mulheres

trabalham muito numa fábrica de costura aqui, mas a maioria delas é doméstica ou trabalha no comércio e o comércio acaba estressando bastantes as mulheres, mas a maioria é no comércio.(E1)

Ah eu acho, aqui o trabalho mesmo é a tem a fábrica ali... e agora que tem uma,uma fazenda que mexe com laranja, e eu acho que esse trabalho mais assim... que ocupa mais a vila, assim né, que as pessoas das vilas vão trabalhar ali e acho que a minoria as mulheres, sobra pra trabalhar em [cidade] e na casa de famílias (domésticas).(E4)

Umas vivem das outras, outras vivem do governo, eles adoram fazer programas, leis, mas assim a maior parte são operários de média produção, seja da indústria automobilística, é aqui em [cidade] é difícil a gente ver cortadores de cana, mas tem também, boa parte é montadora e outra trabalha na confecção.(E5)

Operários, empregadas domésticas. A maioria é isso. A maioria. (E6)

Tem uma parte, uns dois anos, que veio uma firma de laranja, de produção de laranja e plantação de laranja. Tem alguns homens produtoristas e algumas mulheres também que trabalham... Algum tempo atrás era uma fábrica de produtos de animais, a ração aqueles ossinhos de cachorro, aquelas comidinhas pra cachorro, empregou bastante gente, deu um monte de problemas. Agora tem algumas que trabalham lá ainda, outras na roça mesmo, a perua vem pega, são bóia fria mesmo, eucalipto que é mais longe ou no cafezal na época de colheita eles vão pra fazenda pra colher o café. (E7)

Ah, é mais assim, empregada doméstica, funcionários da prefeitura, não sei te dizer bem ao certo, mas assim, pelo que eu percebo, nas mulheres são mais empregadas domésticas. (E11)

A maioria é industriário. Eles trabalham na [nome]... a maioria é industriário e policial, que tem no bairro. Tem algumas pessoas que trabalham na roça né, na colheita de limão, outros fazem, agora deu um pouquinho de desemprego porque no começo do ano a empresa, a, acho que a ERIZAR se eu não me engano mandou vários funcionários embora. Então teve algumas pessoas que não foram chamados de volta, então estão fazendo algum bico né pra conseguir, de pedreiro. (E14)

A identificação da população significa maior reconhecimento do perfil ocupacional do território e sua vulnerabilidade, podendo subsidiar ações educativas e preventivas para aquelas situações de saúde com maior demanda nos serviços, cumprindo o objetivo de acesso e universalidade do cuidado. A equipe, ao conhecer as características demográficas, pode identificar os problemas de saúde com maior prevalência, inclusive os relacionados ao adoecimento pelo trabalho.

4.2.2. Concepções sobre o transtorno mental

a) O desarranjo familiar como principal determinante da doença mental

Observa-se que uma das temáticas emergentes consiste nas concepções etiológicas da doença mental. Na maioria dos depoimentos dos entrevistados, a estrutura familiar exerce influências sobre a saúde de seus membros, compreendendo-a como condição à saúde mental.

Assim, as dificuldades e desarmonias familiares e o consumo de substâncias psicoativas foram citadas como os principais fatores determinantes para a desestruturação familiar e consequente adoecimento mental de algum de seus membros. A mulher aparece como principal vítima da doença mental em função de problemas nos relacionamentos afetivos e sociais, enquanto esposa ou mãe. Algumas falas evidenciam esta questão:

“Por exemplo, o marido que é alcoolista daí acaba adoecendo, as mulheres e os filhos também, acabando ficando todos doentes. Os filhos também usuários de drogas que também acabam adoecendo os pais, daí a gente percebe que eles ficam bem, abalado mesmo a estrutura não é? As outras coisas é um pouco mais fácil de resolver, o emprego afeta, mas fazendo um bico alguma coisa, agora álcool e droga é mais difícil, não é?”. (E2)

“Os motivos realmente... tem uma família que todos têm transtorno, uma família grande, oito filhos... o pai tem transtorno, a mãe, o filho, tem uma menina que não tem, todos são lerdinhos e tem uma menina bem agressiva, na verdade o porquê eu não sei, acho que seria genético porque todos são iguais nesta família”. (E3)

“Ah eu acho que já vem de uma família que não é estruturada né, separação de pais, perda de alguém, sei lá, alguém da família ou de um pai e uma mãe, assim... que não tem uma estrutura familiar, que não tem uma casa, um endereço, uma família... acho que é assim”. (E12)

A identificação pelos trabalhadores da equipe, de que a estrutura familiar é um dos principais fatores de adoecimento mental, confirma resultados obtidos em estudo com quatro equipes de uma USF, situada em um bairro do subúrbio

ferroviário, em Salvador. Neste estudo a fragilidade ou dissolução dos vínculos familiares e outros aspectos associados à questão social também apareceram como sendo elementos desencadeadores e associados ao sofrimento psíquico (JUCÁ et al., 2009).

Significados diversos e até mesmo contraditórios entre si aparecem se analisarmos mais atentamente. Para a maioria das assertivas, a desestruturação familiar é um fato social e muitos fenômenos são apontados como causas da desagregação familiar, entre eles o desemprego e as drogas. Assim expressam uma compreensão do sofrimento psíquico enquanto também sendo influenciado por tais condições estruturais dessas famílias. As condições de vida permitem identificar causas suficientes para o adoecimento em vários discursos; entretanto E3 considera que a origem dos problemas mentais é determinada pela hereditariedade, atribuindo o significado de sujeitos limitados e danificados geneticamente, todos de uma mesma família são “lerdinhos”.

b) O processo saúde-doença como consequência dos aspectos biopsicossociais

Eventualmente, entre os entrevistados, compreende-se o processo saúde/doença ou de necessidade de cuidados em saúde mental como resultante de determinada organização social, sendo influenciado por aspectos que caracterizam a inserção social dos indivíduos e grupos sociais. O processo saúde-doença está, portanto, relacionado a fatores sociais, econômicos e culturais (desestruturação familiar; álcool; drogas; pouco diálogo; desemprego, dificuldades financeiras, doenças na família), em um significado biopsicossocial do adoecimento mental.

“Deixa eu ver. Perda de um ente querido, né que, que tem algum que é. É, aí não to ...a situação financeira também, né, mexe bastante, a família, a droga”. (E9)

“Dificuldade financeira, perda do trabalho, alguma doença na família, preocupações com filhos, mortes, algumas pessoas não sabem o que aconteceu, foi de repente, que ela começou a ficar assim e nem mesmo a pessoa sabe dizer do que que é, o que aconteceu, o motivo”. (E14)

A família passa a ser representante das condições sociais nas quais está inserida, sendo influenciada pelo desemprego e a situação financeira, e estas condições influenciando diretamente no adoecimento. Assim, existe uma constatação na direção da ampliação da concepção do usuário com transtorno mental, não apenas biológico e tomando, inclusive como referência conceitual, a determinação social do processo saúde/doença mental como constata Guimarães e Medeiros (2001). Entretanto, o que fica mais significativo é a família como uma entidade isolada e unicamente responsável pelas suas dificuldades e inadequações.

“Acho que o que leva é a situação familiar, muito desemprego e a situação financeira delas, filhos na fase da adolescência, acho que isso leva muito.. vem muito pelo o que ela está passando na relação familiar dela, separação, traição, tudo essas coisas acontece muito. Então eu acho que esse transtorno vem por isso... no ambiente familiar ali mesmo, delas”. (E1)

Para a maioria da equipe, as necessidades apresentadas pelas famílias são interpretadas e trabalhadas como problemas individuais ou familiares, desvinculadas da desigualdade social da organização capitalista. Uma mudança de perspectiva seria:

desvincular-se da idéia que as necessidades expressas nas famílias e pelas famílias são “casos de família” e, por conseguinte, as questões que afligem as famílias não se circunscrevem no campo da competência ou incompetência desses sujeitos (MIOTO, 2010, p.165).

4.2.3. O nexa com o trabalho

Como apresentado anteriormente, as condições de trabalho/não trabalho são citadas por alguns trabalhadores como um em vários aspectos que podem contribuir no processo saúde-doença mental. De forma espontânea não aparece um relato direto da conexão trabalho e saúde mental entre esses trabalhadores. Essa relação só será citada quando o pesquisador introduz a questão “Quais são os motivos pelas quais as pessoas adoecem: Há relação com a história/trajetória do trabalho do usuário?”.

a) A organização do trabalho: precarização e o adoecimento

As atividades de trabalho desenvolvidas pelos trabalhadores usuários atendidos, principalmente no comércio e indústria, aparecem como desencadeadores do adoecimento mental em vários depoimentos. A organização e o processo do trabalho dentro das empresas e a relação do trabalhador com o mercado de trabalho são associadas ao adoecimento mental de maneira direta nas entrevistas:

“Ah, existe. Eu acho que é o estresse do trabalho, a pressão, a cobrança, e isso acaba afetando as pessoas, tem pessoas que sabem lidar bem com cobrança, com pressão, e tem pessoas que já não sabem muito não é, de não conseguirem trabalhar, terem que ser afastaram por depressão, síndrome do pânico. Sobrecarga mesmo do trabalho, tem umas que trabalham dentro de casa tem os filhos, então trabalha fora, dentro de casa, e, muitas relatam dores, muitas dores, que tem insônia, apetite”. (E2)

“Ela trabalhava no comércio né? Além da outra que trabalha na [local] da limpeza né, a principio foi pro um problema físico devido a um acidente de trabalho e essa daí não, já foi por problemas que... Até porque no comércio, exige muito, você tem metas ali pra atingir, porque tem a cota por dia, se não você não recebe tanto lá e se você não atingir você é mandado embora. Então tem toda essa cobrança e daí o pessoal fica bastante estressado, rs, fica bem estressado. Mas a maioria graças a Deus lida bem, consegue lidar bem”. (E4)

As características da organização do trabalho como cobrança excessiva de metas, sobrecarga de trabalho e a ameaça de desemprego levam ao sofrimento psíquico. Entretanto, o adoecimento, segundo esses entrevistados, está mais relacionado com a capacidade individual de suportar a pressão no trabalho do que com a identificação do processo de trabalho adoecedor: a responsabilidade é do trabalhador.

Nessa associação do adoecimento pelo processo de trabalho, realiza-se a individualização e culpabilização do trabalhador quando alguns trabalhadores sabem lidar com esse contexto de trabalho e outros, não. Esses dados confirmam a perspectiva de Sato e Bernardo (2005) de que, no campo da saúde do trabalhador ainda predomina a concepção de que a origem destes problemas resida no campo intra-individual.

As cooperativas de trabalho aparecem nas entrevistas como um local em que o processo de trabalho é adoecedor, e a precarização do trabalho é evidente pela sobrecarga e pela pressão imposta aos trabalhadores. Esse tipo de organização de trabalho é uma forma de serviço terceirizado que aponta para o distanciamento do âmbito da regulação social da legislação trabalhista, conforme apontam Franco e Druck (2008), sendo verdadeiro empreendimento para destruir direitos e aumentar ainda mais as condições de precarização dos trabalhadores.

A precarização do trabalho fica explícita na identificação da sobrecarga e intensificação de trabalho, ausência de folgas e no excesso de horas extras extrapolando a jornada normal de trabalho.

“Eu acho que tem, acho que tem casos diferentes, as pessoas adoecem por motivos diferentes, a maioria que eu vejo hoje é a questão familiar, e tem também aqueles que adoecem pelo trabalho né, tem assim, tem as cooperativas de costuras que... e muitas das trabalhadoras apresentam depressão por causa do problema do trabalho, do processo de trabalho lá, que é de produção que tem que

produzir o tempo inteiro, produzir o tempo inteiro e acaba desenvolvendo dores e não podem parar e não podem tirar o dia de folga, não tem folga, o trabalho vai muito além da jornada normal de trabalho e elas adoecem, e isso é frequente aqui entre essas trabalhadoras, e tem também, e principalmente mulheres, homem é mais difícil de vir com queixa de depressão com esses sintomas, por causa do trabalho, as mulheres vem mais.” (E6)

Assim, a equipe identifica e associa o adoecimento psíquico, como a depressão, ao tipo de organização de trabalho estabelecido nas empresas de comércio, cooperativas e também no trabalho doméstico, além da dupla jornada feminina, indicando a precarização do trabalho dos usuários da unidade. A organização do trabalho precarizada significa sofrimento e adoecimento para o trabalhador usuário desta equipe da ESF.

b) Adoecimento e assédio moral: trabalho corroído

O trabalho nesta forma de organização aparece como fonte específica de sofrimento mental, em que a necessidade de sobrevivência leva a uma jornada excessiva de trabalho, além das situações constrangedoras ao trabalhador. O trabalho é visto como meio de subsistência e não como um fator estruturador e de desenvolvimento dos sujeitos, interferindo na compreensão do sofrimento mental relacionado ao trabalho.

Identifica-se, também, um fenômeno que diz respeito ao fato de muitos trabalhadores adoecidos não buscarem os benefícios pelo medo de perder o emprego ao terminar o período de afastamento. Assim, sofrem com a doença, com a falta de perspectivas e com o desrespeito no ambiente de trabalho.

“É, tem alguns casos que a gente percebe que é o trabalho, mas não tem jeito, tem uma outra senhora da minha área também por conta do trabalho ficou afastada e teve que voltar, ela tem que voltar, porque que ela falava não tem como sair de lá, o marido trabalha mas o que ele ganha não dá, muito também, o marido dela é hipertenso, diabético, tem os remédios pra comprar, os remédios

deles a maioria não é do posto, aí é outra coisa, outro tipo de conversa..rs mas ela ficou afastada também por causa da cobrança, um outra também ficou afastada um bom tempo , aí voltou de novo, e também não pode sair do serviço e o dela é pior que agora que ela voltou, a pessoa acham que é dela e acaba colocando ela não o serviço mais pesado, sabendo que ela tem problemas com artrite, essas coisas assim. Ela sente muita dor, e acaba colocando ela no serviço mais pesado por causa disso que ficou muito tempo afastada, e tem tudo isso, no fundo no fundo a gente sabe que pra empresa não é um bom negócio de ter um funcionário afastado apesar de não ser ela que vai pagar, porque é o INSS, depois a gente sabe quando volta tem um pouco mesmo disso, vários relatos disso de escuta, de pacientes que ficam afastados depois quando voltam pra empresa, são, vamos dizer assim, não perseguidos mas a gente percebe que é uma cobrança maior em cima assim, eles percebem isso”. (E2)

A manipulação do medo de perder o emprego fica evidente e, nestas circunstâncias sociais, não se vislumbra alternativas para o trabalhador, levando à submissão a qualquer tipo de tarefa, apesar do adoecimento constatado.

O medo da demissão é associado à pressão de tempo, ao controle e conduzem à intensificação do trabalho que pode acarretar ressonâncias negativas para a vida social e saúde mental (FRANCO et al., 2010).

As situações identificadas nas entrevistas são geradoras de abusos premeditados e contínuos, semelhantes ao assédio moral, se não for o caso, parece estar muito próximo de sua definição. Segundo Heloani (2004, p.05):

o assédio moral caracteriza-se pela intencionalidade; consiste na constante e deliberada desqualificação da vítima, seguida de sua consequente fragilização, com o intuito de neutralizá-la em termos de poder. Esse enfraquecimento psíquico pode levar o indivíduo vitimizado a uma paulatina despersonalização. Sem dúvida, trata-se de um processo disciplinador em que se procura anular a vontade daquele que, para o agressor, se apresenta como ameaça.

Os trabalhadores são submetidos à lógica capitalista, em que o lucro submete o ser humano à degradação física e psicológica. A doença não é um bom negócio para a empresa, que busca fragilizar o trabalhador de maneira mais sistemática, ao expor o trabalhador a serviços penosos.

O interesse do capital é garantir, ao mesmo tempo, a maior eficácia dos processos produtivos com o menor custo relativo do trabalho, submetendo o trabalhador ao máximo possível (SELIGMANN-SILVA, 1994). As relações ficam mais desumanas e existe a intencionalidade de expor o trabalhador adoecido a mais sofrimento. A lógica acontece em pressão máxima para a produção, seguida do adoecimento e posterior perseguição.

“É geralmente, tem uma ou outra por saúde mental, tem mais... Boa parte das pessoas tenta previdência ou largam o serviço. Então parece que eles fazem de propósito, aproveita que a pessoa tá doente e vai remanejar... coloca ela no pior setor pra ela pedir a conta, o cara tá trabalhando lá, pegando peso, abaixando, apresentou uma hérnia de disco e foi operado, quando ele volta, colocam parece no setor mais pesado que tem, aquele cara já tá estragado então vamos estragar de vez, por mais que o cara peça, ‘me mandem embora porque não aguento mais’ é justamente esse que acaba pedindo o afastamento e as vezes eles fazem de propósito pra pessoa pedir a conta mesmo, a pessoa já entra trabalhar chorando”. (E5)

A equipe constata que o remanejamento é premeditado para potencializar as dificuldades e expor o trabalhador ao máximo de sua capacidade, até que ele desista e peça a demissão da empresa. A demissão voluntária implica em menor custo financeiro para a empresa, evitando também, que o trabalhador consiga seus direitos através de recursos judiciais.

Destaca-se que, na visão da equipe, o assédio moral acontece na relação entre superior e subordinado e também entre os subordinados. O assédio pode ser reconhecido como na agressão de um subordinado por um superior (ascendente), na agressão de um superior por um subordinado (descendente) e na agressão de um colega por outro colega (horizontal) (HIRIGOYEN, 2002; FREITAS, 2001).

As definições de assédio moral são variadas e interpretadas de diferentes formas por vários autores. Nos relatos da equipe fica evidente que a relação de poder do empregador ou mesmo de um representante deste no trabalho, é a que

determina e desencadeia ações de desmoralização e perseguição do trabalhador. O sentido de agressão identificado pela equipe é sempre do superior para o subordinado, quem tem poder submetendo o que não o tem, no caso o trabalhador.

As estratégias de vulnerabilização que caracteriza o assédio moral são constatadas pela equipe, por meio da identificação da exposição do trabalhador a sobrecarga de trabalho ao executar tarefas acima da sua capacidade e à desmoralização do mesmo no ambiente de trabalho.

“Relatam que tem mais cobrança, que geralmente o serviço mais pesado fica com a pessoa (doente), até não ter uma compressão por parte dos outros colegas. Tem muita gente que não compreende que acha que é frescura, tem muito disso ainda”. (E2)

As formas de organização adotadas nas empresas são baseadas em processos e práticas participativas forçadas, na imposição de autoaceleração, dentre outros métodos voltados ao controle maximizado do trabalhador que, associadas, levam ao medo, insegurança, incerteza, sujeição, competição, proliferação da desconfiança e do individualismo, sequestro do tempo e da subjetividade. “São afetadas as demais dimensões da vida social, laços familiares e intergeracionais” (FRANCO et al., 2010, p.231).

As condições de trabalho, como a pressão por metas, cobranças, restrições, inclusive fisiológicas, acrescida do medo do desemprego, levam ao adoecimento, além do assédio moral explícito, identificado pela equipe.

“Nessas duas unidades a gente tem bastante paciente que adoece por, em relação ao trabalho, por causa do trabalho... Mentalmente também, por causa da pressão, elas são cobradas né, essas pessoas tem que ter uma produção, elas nunca conseguem atingir. É o que eles contam pra gente assim, não pode levantar pra ir no banheiro, não pode levantar pra beber água, o ambiente de trabalho corroído as vezes com equipamentos de proteção individual inadequado né, e assim, acho que o principal é a questão da pressão para que eles atinjam uma determinada produção né, e aí as vezes não consegue e acabam até sendo assediado moralmente pelos supervisores das áreas. É o que eu mais vejo assim, nessas duas empresas”. (E13)

As situações constrangedoras no trabalho dos usuários, evidenciadas em várias entrevistas, sinalizam uma ação mais perversa das instituições e seus representantes, indicadas por um descompromisso com o ser humano. O trabalho perde o sentido de realização e humanização para significar sofrimento e adoecimento. O que seria ponto de partida no processo de humanização, na sociedade capitalista, transformou em trabalho assalariado apenas como meio de subsistência. A força de trabalho é considerada uma mercadoria com objetivo de criar novas mercadorias e valorizar o capital.

Frente ao não reconhecimento do produto do seu trabalho e também do próprio ato de produção da vida material, o ser social torna-se um ser estranho frente a ele mesmo. O homem estranha-se em relação ao próprio homem, tornando-se estranho em relação ao gênero humano (MARX, 1867/1975).

A indiferença ou cumplicidade com o sofrimento do outro também fica óbvio no relacionamento entre os pares no local de trabalho.

“Tem uma senhora na minha área que tem síndrome do pânico porque ela foi contratada para um cargo, pela profissão dela lá e ela ta fazendo várias outras coisas alem daquilo e tava tendo muita pressão, e ela acabou se ausentando alguns dias do serviço né, deram atestado e quando ela voltou sentiu a pressão por parte dos colegas né, ninguém chegou a falar nada pra ela mas ela se sentia observada, se sentia mal, como se ela tivesse fingindo, exagerando. Ela conta isso, que ela se sentia apontada pelos colegas, que estavam olhando ela torto, ou cochichando pelos cantos né ela começou a ter muita pressão depois por parte dos gerentes né, depois que ela se afastou e foi onde foi piorando o quadro dela até que ela precisou ser afastada, tanto que ela já teve duas tentativas de suicídio”. (E14)

O trabalhador não reconhece a si mesmo na determinação de classe; o estranhamento entre os que trabalham confirma a alienação e o sofrimento que se intensifica em doenças, como a síndrome do pânico. A tentativa de suicídio reflete o extremo de uma situação de sofrimento e isolamento numa sociedade onde o produto/mercadoria vale mais que o trabalhador que o produz.

As idéias de autorreferência, insônia e distúrbios psicofisiológicos, surgem a partir de um estado de tensão e de alerta permanentes criados pelos medos que se multiplicam. O trabalhador está sujeito ao isolamento, à desconfiança, a ameaças e sem poder confiar em ninguém (FRANCO et al., 2010).

Também a degradação do trabalho fica claro na concepção da equipe quando identifica que o adoecimento físico pode ter como consequência o adoecimento mental. Neste sentido, o adoecimento mental é secundário e acontece de maneira indireta nos usuários trabalhadores, após adquirirem alguma patologia como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares (DORT), entre outras.

“A maioria é do comércio mesmo e nesta fábrica de costura, a mulherada já estão todas estressadas mesmo por que é muito puxado, cansativo, eles estão sempre com dor e dor acaba deixando a gente estressada. De qualquer forma a gente quer curar a dor e isso acaba mexendo com a cabeça. Elas têm muita tendinite, essas doenças aí de movimentos repetitivos que elas acabam tendo, a maioria delas toma remédio para depressão, pra muita coisa”. (E1)

“Não a saúde mental por conta do trabalho, a pessoa adquirir uma doença relacionada ao trabalho e essa doença é deixar a pessoa é incapacitada de alguma forma seja parcial ou total e isso pode determinar que uma pessoa apresente um quadro de saúde mental entendeu? Existem é pessoas que o trabalho acaba determinando a saúde mental, lógico que existe, vamos supor, eu já tive pacientes que tinham um trabalho, vamos supor de segurança e passa alguns marginais dando tiro e ele não tem arma pra se defender, aquilo mexe muito com ele então essa pessoa esta adoecendo em saúde mental em função do trabalho, outras adoecem é de uma forma mais secundaria vamos dizer assim”. (E5)

“A gente tem a fabrica... bastante gente que trabalho ali ficou doente, assim, nem todas com saúde mental, mas assim que tenha tendinite, e aí fica doente e não acha o que é, e é aí onde a pessoa vai ficando doente mentalmente né, que fica preocupada, fica nervosa, ansiosa e é onde começa a ter que né, tratar com outras medicações também”. (E9)

A desqualificação e o descrédito quanto à capacidade do trabalhador podem levar, progressivamente, os demais a duvidar da competência profissional da vítima, ou mesmo quando a própria vítima começa a ter dúvidas quanto a sua

atuação e perde a confiança em si (FREITAS, 2001). Assim, a equipe identifica, além do sofrimento físico e mental relacionado às patologias, a sensação de improdutividade do trabalhador por não conseguir manter os resultados esperados.

“A grande parte das pessoas que são trabalhadoras e apresentam um quadro de saúde mental é por é assim é sensação de improdutividade, a pessoa ta com alguma dor, alguma coisa e fazem com que elas não consigam trabalhar da forma que o patrão quer, às vezes é isso mexe muito com eles se pensando em saúde mental e trabalho é difícil a gente vê alguma pessoa que sente e te conte algum assedio moral, acho que fica alguma patologia que o impede de trabalhar e a pessoa é a fonte de renda da casa e não consegue trabalhar e cuidar da família e isso mexe bastante”. (E5)

A dificuldade de diagnóstico ou mesmo da associação do adoecimento pelo trabalho ainda é um problema e, como Sato e Schimidt (2004) sugeriram, em termos numéricos é insignificante a atribuição, como primeiro diagnóstico, de distúrbio mental. Tal realidade se modifica quando se toma a LER como diagnóstico, funcionando como fachada para que os problemas de saúde mental sejam levados à assistência. Assim, a dificuldade de notificação de LER/Dort pode coexistir com problemas de notificação em saúde mental no trabalho.

O trabalhador usuário, segundo a equipe, encontra exploração máxima de suas capacidades, pouco ou nenhum reconhecimento de suas condições físicas e/ou psíquicas, relações de trabalho desgastadas; enfim, um trabalho corroído que significa adoecimento.

c) O desemprego como fator secundário no adoecimento: bola de neve

Ainda nessa relação do trabalhador usuário com o mercado de trabalho, também o desemprego aparece como fator de instabilidade financeira e sobressai como desencadeador indireto do sofrimento e consequente transtorno mental. A

ameaça de desemprego, muitas vezes, concretiza-se e aumentam as dificuldades financeiras e sociais decorrentes desta condição.

“Eu vejo pelas esposas, se o marido está desempregado, ela que tem que tentar resolver as coisas, ajuda a procurar emprego... acho que isso mexe muito com a cabeça da mulher, por causa dos filhos, das despesas, acaba não conseguindo segurar isso sozinha aí eu acho que o transtorno vem através disso.” (E1)

“Porque a gente sabe que o dinheiro, não traz felicidade, mas ajuda bastante, não da pra falar que não, porque hoje em tudo é movido a dinheiro e daí é falta, acaba com a estrutura da família, porque no começo segura, aí chega uma hora as contas, daí a pessoa já começa a reclamar, que tem conta pra pagar, não tem dinheiro, cobrança, passa necessidades, tem o filho, então por isso que eu falo assim, pra uma mãe ver o filho passando necessidades é mais difícil pelo menos, na minha área a gente tem alguns relatos assim de, de ver os filhos passando necessidades, não tem o que fazer, então o dinheiro também atrapalha, atrapalha não, ajuda (risos). Atrapalha quando não tem”. (E2)

“Ah, eu acho que muitas pessoas elas ficam desempregadas, pelo menos aqui, e muitas delas que a gente conhece assim usa droga, então vai virando aquela bola de neve, e é onde, não a própria pessoa que mexe com isso, mas a família vai vendo e é onde vai ficando ruim, vai ficando depressiva, vai ficando mal”. (E9)

O trabalho apreendido como atividade genérica determina as relações entre coisas e pessoas e formas de existir num mundo compartilhado. O desemprego e a insatisfação no trabalho estão, muitas vezes, na origem de experiências de solidão, desamparo e desespero.

O viés utilitarista, ao mesmo tempo em que reforça esta abstração, restringe a própria noção de trabalho, ensejando representações que explicam as vivências de sofrimento relacionadas ao desemprego. Ou seja, só é considerado trabalho, o trabalho remunerado cuja visão preponderante, é um dever. Trabalhar é condição *sine qua non* para viver. Não o é, apenas, para viver materialmente, mas para que alguém seja socialmente confiável. Ser confiável é ter o testemunho de outro que lhe atribui existência social. (SATO; SCHMIDT, 2004, p.366).

A falta de perspectiva de inclusão no mercado de trabalho para os trabalhadores adoecidos é uma realidade constatada pela equipe, além de estudo que afirma que o desemprego foi considerado como um dos problemas da área de Saúde Mental e Trabalho em função, principalmente, dos efeitos nocivos que produz

àqueles que não conseguem se inserir no mercado de trabalho. Altas taxas de desemprego pressionam aqueles que se candidatam a emprego e aqueles que estão trabalhando (SATO e BERNARDO, 2005).

Agora é a doença física e mental, acrescida de desemprego que contribui para aumentar a bola de neve do trabalhador.

“Tem alguns desempregados, outros doentes, igual você falou doentes que estão desempregados, algumas mulheres que trabalhavam ali na firma que ficam com problema de tendinite que foram mandadas embora, e acaba tomando remédios pelo nervosismo, aí não resolveu o problema com a firma e não consegue trabalhar com outra coisa”. (E7)

Enfim, a equipe associa, de maneira direta e indireta, o adoecimento mental do usuário trabalhador ao trabalho/não trabalho. A equipe faz nexos entre o adoecimento mental e o trabalho, diretamente ao associar a organização de trabalho corroído pela pressão, intensificação, exploração, assédio moral, e indiretamente quando o sofrimento físico e o desemprego levam ao adoecimento mental. Essa associação, apesar de não ocorrer espontaneamente, como citado anteriormente, é um progresso para as políticas de saúde do trabalhador.

Também são identificadas algumas características das mudanças históricas relacionadas ao trabalho neste contexto, como a feminização, a terceirização como as cooperativas, o desemprego e a precarização com sua intensificação, ritmos acelerados, acidentes e adoecimentos, além do assédio moral, impactando no trabalhador e na sua subjetividade (ANTUNES, 2005; HELOANI, 2004; FRANCO e DRUCK, 2008; FRANCO et al., 2010).

O trabalho não pode ser dissociado dos contextos sociais que levam ao adoecimento físico e mental.

É necessário considerar, ainda, que os tempos sociais do trabalho (ritmos, intensidade, regimes de turnos, hora extra, banco de horas...) encontram-se em contradição com os biorritmos dos indivíduos, gerando acidentes e adoecimentos, destacando-se,

internacionalmente, o crescimento de dois grupos de patologias – o das LER/DORT e o dos transtornos mentais. (FRANCO et al., 2010, p. 232).

Pela forma com que identificam e significam as necessidades de cuidados em saúde mental ou o transtorno mental, a equipe da ESF direciona as condutas e ações no seu cotidiano como será mostrado a seguir.

4.2.4. Condutas e ações da equipe da ESF em relação ao adoecimento mental pelo trabalho.

Percebe-se, no discurso de vários profissionais, diante da associação do adoecimento mental pelo trabalho, que as ações dos profissionais na produção do cuidado diante destas circunstâncias são: consulta com médico, grupos e atendimento clínico psicológico, o encaminhamento e uma tentativa do contato com as empresas.

a) Intervenções com o trabalhador usuário: ouvir, falar e orientar

As estratégias e ações são dirigidas diretamente aos usuários, como, por exemplo, quando algumas ACS indicam para os usuários mudarem de emprego ou pedirem a conta do trabalho adoecedor. Ouvir, falar e orientar são as primeiras formas de atuação de equipe.

“Eu tento estar falando para elas mudando de trabalho, eu sei que não é fácil estar mudando de trabalho tudo, procurar um outro emprego porque se o emprego está deixando a gente doente, a gente tem que buscar uma coisa que a gente consiga viver melhor. Mas tentar mudar de emprego, mas as vezes não consegue porque com essa crise agora ficou tudo mais difícil. Tem uma... a maioria das mulheres que trabalham na [nome da empresa], a maioria delas falam que o serviço estressante que tem dia que elas levantam de manhã e não tem vontade de sair para trabalhar mas tem que trabalhar porque tem que ajudar o marido, tem que ajudar nas despesas, acaba sendo obrigada a aguentar, passar aquele dia de trabalho, aquela semana, aquele mês. E como ela diz “a gente vai levando com a barriga”. (E1)

“Então é... é o trabalho. É, porque daí a gente começa, eu perguntava muito pra ela, será que vale a pena você continuar lá, de repente se você, já que você... de poder sair, procurar outra coisa não é, falava pra ela não vai adiantar muita coisa você ficar se tratando se o problema é o trabalho, você não tá conseguindo lhe dar com isso, você vai passar sua vida inteira tomando remédio? Pra ficar calma, pra controlar a ansiedade, o nervosismo, o desmaio e muito mais, a gente conversava muito assim não é, a respeito disso, de repente achar outros caminhos e tal, porque sempre assim a situação dela é mais confortável, porque tem o marido não é, o marido de repente, se fosse outra pessoa..tem coisa que não tem como, então a situação dela era mais tranquila”. (E2)

As ações superam a identificação; uma ação social associada diretamente à dificuldade gerada pelo trabalho, significando o cumprimento da atenção territorializada, segundo um levantamento das necessidades específicas desta população. Neste sentido, vale registrar que a ESF se favorece da inclusão do profissional ACS para ampliar sua escuta e acolhimento, bem como os vínculos produzidos com a população atendida, o que não isenta os demais profissionais da equipe de construir coletivamente estratégias para esta ampliação (DALLA VECCHIA e MARTINS; 2009).

Ações sociais mais amplas, como a indicação para um emprego, também são importantes e se destacam no cotidiano de trabalho das ACS como uma prestação de serviço. Neste caso, mais uma vez, a proximidade da equipe com a comunidade facilita a sua atuação.

“De falar, de falar oh, que nem esses dias ligaram ai, ah ta precisando de um vigia pra fabrica, então a gente acaba tendo essa noticias e acaba passando, entendeu? Acaba de uma forma querendo ajudar também. Que nem outro dia tinha uma mulher aqui, que ela tava desempregada e alguém soube que aqui em [cidade]. Tinha uma senhora que estava precisando de uma empregada doméstica né. Na hora, a gente lembrou dela, pegou o telefone e ligou, falou vai na rua tal tal tal que tem uma mulher, e ela conseguiu o emprego. Então a gente acaba que ajudando. Sabe assim, acho que pelo fato de conhecer, um lugar pequeno também, acaba ajudando”. (E8)

As ACS identificam o trabalho como fator de sofrimento psíquico e físico, no entanto, a solução possível para se conseguir uma ação mais efetiva, é a indicação de mudança de emprego. Assim, elas conseguem com essas ações, diminuir a própria sensação de impotência e angústia, diante da impossibilidade de agir de outras formas perante o trabalho que leva ao adoecimento dos usuários. Outras ações mais efetivas nos níveis intersetoriais e intrasetoriais e organizativos das categorias envolvidas, direcionadas à intervenção na área da saúde do trabalhador, não têm a mesma facilidade de serem realizadas.

b) De mãos amarradas: intervenções nas empresas e a ineficiência do estado

Algumas intervenções relacionadas às empresas vinculadas ao usuário trabalhador são acionadas quando a origem do transtorno está relacionada ao trabalho. O objetivo é cumprir com os procedimentos estipulados pela política pública na área da saúde do trabalhador, que consiste em diagnosticar a doença relacionada ao trabalho pelo nível local de saúde, quando o trabalhador da saúde propõe ações de remanejamento, ou seja, além de investigar, propõe ações de intervenção, considerando os problemas detectados nos locais de trabalho dos usuários (BRASIL, 2001c). As cartas direcionadas às empresas buscam o remanejamento do trabalhador, numa tentativa de ação direta na origem do adoecimento.

“Olha muitas vezes eu ainda faço apesar de saber que é inútil e ainda faço cartinhas para as empresas explicando a real situação da pessoa, solicitando remanejamento, mas as empresas não sei, as empresas de [cidade] ou em geral as empresas brasileiras são burras porque elas não tem até hoje, com exceção das multinacionais elas tem uma visão diferente, mas as empresas hoje não tem o trabalhador como patrimônio da empresa eles não pensam em zelar a saúde do trabalhador né, pra visando assim seu eu tiver um trabalhador saudável eu tenho uma produção melhor é as empresas pelo menos as de [cidade], pensam dessa forma elas não

tão nem aí se a pessoa está doente ou não, uma cartinha que você faz visando o remanejamento pra eles só vai servir pra encher a lixeira”. (E5)

Apesar de intervir diretamente na empresa, o trabalhador da ESF não percebe o resultado de sua ação, por conhecer a estratégia de exploração das empresas da comunidade. O preconceito com o trabalhador usuário pela empresa é explícito quando os relatos demonstram sua dificuldade em obter algum resultado com esse tipo de intervenção. Evidencia-se a revolta do trabalhador da ESF pela falta de resolutividade, pela dificuldade de acesso aos serviços do INSS, de reconhecer e conseguir a proteção do cidadão e da exploração dos mesmos pelas empresas. Fica evidente a precária assistência do Estado no caso descrito a seguir:

“Hum, deixa eu pensar. A gente procura saber se ele tem o apoio da família, porque o que acontece, eu já vi várias vezes acontecer, a família então ele entra, vamos supor, ele não tá passando bem, aí ele entra direto de atestado né, aí como a doença mental é uma doença que a gente não consegue palpar, não consegue perceber assim a olho nu né, o que acontece, a família acha que o paciente é vagabundo, acha que o paciente não quer trabalhar, que o paciente tá enrolando, quando na realidade não é assim, é uma coisa que a gente não tá tendo, que a pessoa olhando pra você eu não sei te dizer olhando pra você, se você tá em sofrimento psíquico ou não. Então a gente tenta olhar isso, como tá sendo a família, a compreensão, a questão do, muitas vezes o INSS dá de alta e o paciente entra com recurso, então ele fica sem receber né, se ele tem algum, alguma outra fonte de renda dentro da família, como que tá sendo isso né. Quando é homem principalmente, porque o homem é o mantenedor da casa né, era né, porque agora já tá mudando”. (E13)

A busca de assistência nas instituições públicas, como o INSS, também significa sofrimento ao trabalhador. A burocracia, a falta de informação ou mesmo o descaso impõem um processo longo e sofrido que, muitas vezes, não garante seus direitos, como é o caso da solicitação de afastamento e da aposentadoria, quando necessário. Essas dificuldades são percebidas pelos trabalhadores da USF:

“Preconceito nítido. Por exemplo, você chega na Previdência ou mesmo no médico da empresa, com exame que mostra que você está, com o perdão da palavra “fudido”, ele olha e fala que isso aí não significa nada, não significa pra ele que não é ele que está doente. Essa é a grande dificuldade, se tivesse profissionais

intencionados em todas as áreas as coisas seriam melhores e se não envolve dinheiro pois muitos acabam sendo vendidos". (E5)

Ambos, empresa e Estado, violam os direitos humanos e ofendem a dignidade do trabalhador com finalidades distintas: a empresa quer estimulá-lo a deixar o emprego, já que "não serve" mais para a produção, e o Estado não se responsabiliza pela não fiscalização da exploração que levou ao adoecimento. Aquele que deveria proteger acaba por infringir um sofrimento por não reconhecer e devolver o trabalhador ao mercado, sem as devidas condições de saúde.

"Eu faço a minha parte e na grande maioria das vezes eu fico chateado porque as outras partes não colaboram então acaba fazendo com que o meu paciente que eu to tentando tratar piore ao invés de melhorar né E eu também não conto com respaldo bom da previdência eu não posso mandar a pessoa pra previdência porque ela não pode receber. Então é assim muitas vezes o trabalhador ele quer ficar na empresa porque se for pra previdência, como ele vai ficar sem receber é o sustento da casa ele se sujeita a trabalhar doente num setor que ele sabe que vai piorar a doença dele e isso é muito ruim difícil porque a gente as vezes tem que assistir a pessoa acabar com a saúde e o máximo que eu faço é orientar a forma de tratamento, aqui é muito precisa mais a gente fica com as mãos amarradas". (E5)

A equipe não visualiza que esse tipo de intervenção, poderia ser realizada com o apoio do CEREST, por exemplo. Fica a impressão de impotência, como se eles estivessem isolados da rede de serviços disponíveis no município. A falta de resolutividade nesta questão do trabalho aparece como de difícil solução e associada a sentimentos de frustração, significando indignação e revolta para a equipe. Esse trabalho é solitário e inócuo, sem respaldo de uma rede de serviços ou a ação integrada com outros serviços, como vigilância do CEREST, caracterizando uma falha na rede e o sentimento de impotência. A equipe indica apenas saídas no âmbito da rede de serviços e instituições, não apontando em suas falas a compreensão de que os limites que estas apresentam são intrínsecos à lógica do capital e que outros espaços de organização dos trabalhadores, como os sindicatos, por exemplo, podem ter mais sucesso nesta tarefa.

c) A crucificação: a intervenção com a família

A equipe identifica o preconceito pelo qual o trabalhador é submetido em função de sua incapacidade produtiva que aparece não só no mercado de trabalho, mas também no âmbito familiar. O trabalhador perde seu valor quando não produz, sofre na empresa por sua improdutividade; precisa da previdência social que não desempenha seu papel social e, no âmbito familiar, quando não “sustenta” sua família. Assim, a intervenção com a família sofre interferência e é prejudicada pela concepção social da doença mental ou física do trabalhador.

“Então a família é, os meus pacientes, por exemplo, quando vem um familiar junto eu já tive que fazer carta pra família não foi uma vez só não, foi N vezes, “... olha doutor você não pode escrever uma cartinha pra mim e falar qual é o meu problema porque minha família não entende”, então muitas vezes é preciso, é quando não tem um familiar que acompanha é preciso convocar ou muitas vezes a pessoa não vem ou escrever uma carta pra família, olha ela ta apresentando um quadro assim, assim ela realmente esta doente precisa de tais cuidados precisa de compreensão, nesse momento ela esta mesmo irritada, e as vezes nem com carta resolve. Quando você é um trabalhador a fonte de renda da casa e você por algum motivo não consegue mais trabalhar, no começo todo mundo te crucifica só a família protege, pode ficar em casa você não ta bem, mas se essa doença permanecer por mais sete dias, a própria família também a crucifica, aquela pessoa e até a assim de forma baixas xingar a pessoa de, olha você é um vagabundo fica se escondendo atrás do braço da coluna e não consegue, vamos supor que a LER e a Dort na maioria da vezes não é um problema visível, você não vê, eles já acham que a pessoa ta virando um vagabundo e não quer mais trabalhar e tal e as vezes a família acaba ajudando a piorar o quadro mesmo você, aqui muitas vezes a família na frente ela demonstra uma cara de que esta escutando tudo e tal, mais depois a gente fica sabendo que a pessoa chega em casa e continua tudo a mesma coisa, não seguem as orientações entendeu? Ai fica bem difícil quando as coisas se envolvem no litígio tudo se torna mais difícil talvez se é uma pessoa que não consegue trabalhar até o momento ela não, as pessoas não pensassem no dinheiro dela, talvez a postura dela seria diferente, mais quando outras pessoas começam a passar necessidades por causa dela vira um bicho, da mesma forma que previdência social que tem hoje, eles não estão passando na saúde da pessoa e sim quanto vai sair e entrar nos cofres públicos, acho que é bem por ai depende muito viu dependendo muito viu. Profissionais bem intencionados em todas as áreas, acho que as coisas seriam melhor, se não envolvesse dinheiro. (E5)

“ Geralmente é difícil pra família aceitar assim a doença, a maioria das vezes que a gente escuta dos familiares, principalmente no caso que a esposa ta doente, o marido acha que é frescura né, os filhos geralmente ficam mais preocupados, um pouco, geralmente você vê que eles são mais presentes em acompanhar, eles sabem mais afundo o que ta acontecendo. Então quando você faz uma visita e você não encontra a paciente doente na casa e encontra o filho, os filhos deles sabem contar bem, já o marido só reclama, ele só reclama “ah porque eu já não sei mais o que eu faço, porque eu acho que é frescura, ta forçando demais, não é pra tanto, que não sei o que”.(E14)

A perda do seu valor social fica evidente; o trabalhador passa a ser um “vagabundo”, recebendo um significado pejorativo, reforçando a culpabilização da vítima pelas circunstâncias sociais deste tipo de organização social e do trabalho.

d) Saúde mental na unidade: a cada quinze dias é muito pouco

A área de saúde mental na unidade é orientada por psicóloga e assistente social da equipe de saúde mental do município, que realiza, entre outras atividades, visitas à unidade a cada quinze dias, realizando atendimento individual ou encaminhamento para os grupos ou unidades de referência.

“Não, não, a verdade é assim, a gente traz pra cá, mas pra equipe de saúde mental. A equipe de saúde mental que vai dar a direção, na verdade. Ela ensinou a gente a identificar alguma coisa pra gente saber se encaminha pro grupo ou se marca uma consulta individual, aí dependendo do caso se a psicóloga achar que é necessário ela encaminha pra psiquiatria”. (E2)

“A gente tem aqui, que é uma equipe de saúde mental da prefeitura que tem, eu acho que, oito psicólogo assim, eu sei que eles vêm aqui, uma psicóloga e uma assistente social, elas vêm aqui a cada quinze dias pra fazer o atendimento dos pacientes”. (E6)

Entretanto, o trabalho da equipe de saúde mental tem o significado de ajuda e sua atuação limitada a atendimentos individuais e para poucos usuários. O atendimento generalista ainda é a principal forma de abordagem em saúde mental, mesmo com o apoio matricial.

“Os recursos, agora a gente tem a [psicóloga] né, que ajuda um pouco, não são todos os pacientes que atende... Ela atende quando faz consulta, na verdade, como é que fala, ela faz entrevista com as pessoas, conversa com as pessoas... Psicóloga... Mas, é só quem pede geralmente, mas só quem pede geralmente “ eu quero falar com a psicóloga porque eu não to me sentindo bem, sentindo umas coisas” daí a gente fala com a [psicóloga], a pessoa é assim é assim, faz uso de medicamento e aí ela avalia, vê prontuário e marcava consulta...” (E3).

“Individual por enquanto, tava tentando fazer o grupo mais não deu certo, a gente não conseguiu ainda, agora tava pensando em fazer de novo com as meninas do [unidade], um grupo de mulheres pra desenvolver alguma coisa algum trabalho, fazer um grupo pra conversar, mas não deu, por enquanto é só atendimento individual mesmo com a psicóloga”. (E8)

“Então, tem uma psicóloga que ela vem e alguns pacientes ela, ela ta fazendo um tratamento. É ta tendo um acompanhamento com ela, alguns pacientes, mais muito pouco... A maioria toma remédio. É, é isso. Que ta sendo né, aqui por enquanto, ta sendo feito isso. Passa pelo médico, o médico deu a receita, deu o remédio, a gente encaminha a receita, vem o medicamento, a pessoa continua passando pelo médico, é isso, por enquanto é isso”. (E10)

Outra possibilidade de atendimento em saúde mental são os grupos. Eles são vistos pela maioria da equipe como uma alternativa de tratamento secundária aos problemas de saúde mental. O grupo é mais uma opção para os casos identificados como saúde mental e uma possibilidade alternativa para o atendimento de grande número de usuários.

“A gente não tem, acaba sendo aqui na unidade mesmo... a gente tem assim uns projetos que tem artesanato, agora tem dança de salão e aí a gente acaba tentando levar essas pessoas para esses lugares.. não é uma forma ... só convidá-las, a gente não tem como “ olha você tem que ir lá”. (E1)

“Então o daqui é assim, psicóloga e assistente social que vem se reúne com as pessoas que elas encaminham com o grupo pra conversarem também, é uma espécie de terapia comunitária também, pra desabafarem e fazem a oficina de flores com elas né”. (E2)

“Assim nos também temos o grupo de mulheres, que trata bem essa questão da saúde mental, o grupo chama [nome do grupo], é um grupo em que elas se reúnem e fazem uma terapia em grupo, então a gente encaminha as mulheres também, pra esse grupo, esse grupo é uma iniciativa da equipe do posto, não é externo, a gente tem esse grupo aqui e externamente a gente tem algumas oficinas que eu não

vou saber te dizer quais, mas quando a gente tem alguma paciente assim eu acabo falando com as enfermeiras". (E6)

"Mais consultas médicas, agora que a gente tá começando a encaixar de novo, o grupo é muito importante ajuda bastante, atender um por um já pensou, que venha dez, consegue conversar com os dez, é mais fácil, mas é difícil fazer grupo devido a distância, o local, pessoal mora longe ". (E7)

Apesar do atendimento em grupo ser considerado como uma alternativa de tratamento em saúde mental, o preconceito deste tipo de trabalho ainda se expressa na equipe e na população atendida. Ribeiro (2006) confirma, em seu estudo, que atendimento individual é privilegiado e nos encaminhamentos internos, a equipe não consegue legitimar o grupo a ponto de ser uma opção efetiva de cuidado por si só, sempre aparecendo como coadjuvante para as consultas tradicionalmente individuais e medicamentosas. Assim, fica difícil incentivar a formação e a prática de grupos de usuários quando nem mesmo a equipe acredita na eficácia dessa atividade como recurso em saúde mental, além dos usuários que também apresentam resistência a essas práticas.

"Pois é isso é muito difícil, porque é um questionamento que a gente faz muito, eu sei o básico, as coisas do tipo assim, eu não me sinto assim a vontade, segura de dizer assim ah ela vai pro grupo a outra...eu acho..primeiro que eu acho que não aceito essa historia de grupo, eu acho que tem que ser trabalhada, logo de cara inserir um paciente no grupo sem que ele queira realmente participar e acaba faltando mesmo, a maioria acaba faltando, porque falta muito essa, essa, eles não tem o hábito de estar se reunindo em grupo, eu acho que uma consulta individual iria ajudar mais e com o tempo vai inserindo no grupo não é, porque a gente tem aqui um grupo...grupo com as meninas...oficina de flores essas coisas assim...". (E2)

"Ah, eu não sei te informar. Eu sei que tem alguns projetos assim, até tinha um grupo na unidade que chama oficina das flores, mas antes deu vir pra cá. Eu sei, porque eu fiquei sabendo, mas que a comunidade não adere, eles não gostam desses grupos assim". (E11)

Assim, no geral, a atuação da equipe em saúde mental/ trabalho na unidade e as ações dos profissionais não estão relacionadas à origem do transtorno mental: se o transtorno for diagnosticado, precisa-se de solução,

independentemente das causas ou origem dos problemas e busca-se tratar os sintomas, geralmente com medicamentos ou encaminhamentos.

A atuação em saúde mental é caracterizada pelos atendimentos individuais, esporádicos e o trabalho com grupos limitados, o que ainda não significa a solução mais eficaz para essa equipe. Os avanços conseguidos nos últimos tempos, como o próprio matriciamento e a visão mais ampla do processo saúde-doença, ainda não conseguiram quebrar com as práticas tradicionais, como a hegemonia do tratamento medicamentoso, em grande parte como única forma de intervenção.

e) O modelo biomédico tradicional como parâmetro privilegiado para o cuidado

Prevalece o atendimento individual e tratamento medicamentoso na saúde mental. De modo geral, a escuta do sujeito no cuidado em saúde mental produzido pelos profissionais da Unidade de Saúde segue o modelo biomédico tradicional, em que a medicação é privilegiada.

“Ah, no caso com esses pacientes, quando a gente tá na farmácia, a gente faz as solicitações dos medicamentos, são mais esses procedimentos, acolher o paciente quando o paciente chega e solicitar e fornecer os medicamentos quando eles saem da unidade, mas acho que fica mais restrito a isso”. (E11)

“Normalmente acaba entrando com alguma medicação pra dar uma aliviada no momento né, e aí dependendo do caso a gente encaminha para a saúde mental pra avaliação com a psicóloga”. (E13)

Esta ordem do atendimento, primeiro o médico, a medicação e, posteriormente, a possibilidade de uma avaliação psicológica dá sinais do modo como se opera os cuidados em saúde mental na unidade.

O problema do atual modelo assistencial está no processo de trabalho médico centrado que acaba operando basicamente na produção do cuidado e da

cura (ROSA e LABATE, 2003). As estratégias de intervenção dos profissionais de saúde da unidade da ESF parecem embasar-se nas fórmulas da racionalidade médica, em sua tradição cartesiana: problema-solução e doença-cura. (SILVEIRA e VIEIRA, 2009).

Além de ser o enfoque mais utilizado na USF, o tratamento medicamentoso aparece como solução muito utilizada também nos ambulatórios especializados públicos e privados de algumas empresas.

“Ah, não aceita atestado de trabalho, então é meio complicado, é muito pouco as mulheres que vem e acaba passando no ambulatório a onde trabalha mesmo. Dali elas já saem com remédio, fluoxetina, ami.... acaba saindo dali mesmo”. (E1)

“Toma (remédio). Tem muita que é particular, como o marido que trabalha na indústria, tem [plano de saúde], não é! Então tem umas que fazem acompanhamento particular, fazem tratamento com psiquiatra e tomam, mas tem umas que tomam por aqui”. (E2)

“Alguns vem, alguns não. Porque tem alguns, a maioria, a grande maioria, ta com o ARE né, com psiquiatra lá, então ele se trata lá e vem aqui só para pegar o remédio, então ele traz a receita, a gente envia para a secretária e eles voltam pra pegar a medicação”. (E9)

Entretanto, apesar dessa situação, a equipe também caminha para a ampliação das formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais ao buscar manter o vínculo e a responsabilidade pelo acompanhamento do usuário.

f) Acompanhamento em saúde mental: visitas domiciliares e a manutenção da medicação

O acompanhamento dos casos, de maneira geral, acontece nas visitas domiciliares e/ou nos retornos. Entretanto, em alguns casos, os trabalhadores continuam tomando remédios controlados até que se consiga nova consulta. A

difficuldade de agendamento em unidades especializadas atrapalha o tratamento iniciado e a continuidade fica por conta da equipe da ESF.

“É. Aí eles pedem as receitas pra gente e fala assim que, porque assim passa numa consulta, mas não tem sempre consulta então aí eles vão pedindo receita, ate chegar a consulta, e aí a gente vai “tá tudo bem? Ah... não tá tudo bem, preciso de uma receita”, “tá tomando certinho? A gente acompanha pra ver se ta tomando certinho, “aumentou o remédio? Não aumentou?”. Aí tem algum paciente, até tem uma mulher que ela começou com um e ela não melhorava e passou pra dois, depois não melhorava passou pra três, não melhorava e passou pra quatro dois de manha e dois a noite, aí a gente chega na doutora e fala o fulano lá não ta muito bem ta tomando quatro, que as vezes assim os médicos demoram muito tempo. A gente acaba dando uma idéia, aí a médica fala vamos encaminhar, então. Aí vê que a pessoa não ta muito bem, tomando muito remédio, ta ruim. Aí, é assim”. (E7)

“Ah sim, se ta tomando a medicação certinha, que foi prescrita, é. Eu procuro encorajar sair do quadro, é mas assim um aconselhamento do que assim, perguntas”. (E11)

“A gente está com dificuldade na agenda, então a maioria chega em consulta eventual, por uma dor, ou mesmo por questão de desanimo, então veio pra uma consulta eventual, a gente entra como tratamento, o doutor prescreve o tratamento que ele acha que é mais adequado sempre pede retorno, principalmente no caso de saúde mental né”. (E13)

As visitas domiciliares assumem um papel importante no controle e no cuidado dos usuários trabalhadores com transtorno mental, pois significa maior proximidade da equipe e seus serviços assistenciais e educativos com a população atendida.

A prática médica clássica, no sentido de diagnosticar, medicar e encaminhar ainda é o método de intervenção muito utilizado, por ser objetiva e imediata, frente às necessidades dos usuários em geral e em saúde mental. Diante desta forma de organização de trabalho e da vulnerabilização do trabalho da própria equipe, não há muitas alternativas concretas para utilização de outro modelo, como ações voltadas para a promoção e o cuidado dos usuários trabalhadores.

g) Encaminhamento

Além dos recursos da equipe e da comunidade, o encaminhamento acontece quando os recursos em saúde mental da unidade não são suficientes, e os recursos municipais são utilizados como referência para essa USF. A maioria da equipe conhece os recursos de saúde mental disponíveis e relata como percebe e realiza a utilização dos mesmos. Os casos mais leves são tratados na unidade de maneira generalista pelo médico ou pela equipe de matriciamento.

“Essas moças (psicóloga e assistente social) que vem aqui, são do CS1, se é o caso de encaminhar para o psiquiatra ou alguma coisa ou é mandado para o CS1 ou ARE ou para [universidade]”. (E1)

“Então quando a gente tem que encaminhar a gente encaminha pro psiquiatra. Fica lá no ARE, mas ultimamente a maioria...”. (E2)

“A gente encaminha pra fazer avaliação social, a gente faz a cartinha e encaminha diretamente pra assistente social pra ver o que ela pode fazer pra ajudar. Às vezes precisa fazer visitas pra ver qual é a real”. (E5)

“O atendimento de patologia leve eu faço aqui, e aí quando eu percebo que precisa do psiquiatra, mesmo pra intervir de uma maneira mais certinha, aí eu tenho que encaminhar”. (E6)

“Aí, aqui funciona, o médico encaminha né, pra médica psiquiatria, se não aqui mesmo as meninas que passam pra saúde mental”. (E8)

O encaminhamento aparece como recurso na busca de solução para os problemas mais graves em saúde mental; porém, na prática, existe grande dificuldade de acessar essas alternativas de tratamento. A falta de diálogo do sistema de referência e contra-referência gera uma assistência fragmentada que tende a diminuir o vínculo e ampliar a desresponsabilização com o usuário (ALVES e GULJOR, 2004; PINTO, 2007).

“E muitas vezes é terciário e a gente acaba, precisa passar em outros lugares e acaba não tendo vaga na saúde mental, é, porque drogadição e alcoolismo, envolvem saúde mental. Então acaba não conseguindo trabalhar com isso. Essa é a dificuldade maior que eu encontro, do mais...” (E1)

“Pro postão ou pra [universidade], é, mas é difícil encaminhar” (para área de saúde mental). (E5)

A equipe da ESF tem conhecimento da estrutura em saúde mental do município quando relata a intervenção da equipe de saúde mental, mas a possibilidade de encaminhar para o CEREST, enquanto centro especializado na saúde do trabalhador aparece uma única vez quando há o diagnóstico de transtorno mental relacionado ao trabalho.

Sato e Bernardo (2005) relatam que número pouco significativo desses diagnósticos não representa, necessariamente, sua baixa frequência na população trabalhadora. Esse dado indica a persistência da dificuldade por parte de todos os envolvidos – empresas, profissionais de saúde e peritos do INSS –, em reconhecer o trabalho como causador de problemas de saúde mental, o que, conseqüentemente, reduz a busca de ajuda em serviços de referência, como os CRST.

A identificação dos serviços de apoio na saúde do trabalhador aparece como recurso para encaminhamento nos casos em que existe a necessidade de perícia do INSS e, nos outros casos, a intervenção é na unidade de saúde por meio de recursos medicamentosos e psicoterápicos.

“Bom, aqui a gente faz um tratamento medicamentoso quando é necessário, temos uma equipe aqui de saúde mental aqui, equipe mínima de saúde mental, tem a psicóloga e que a gente acaba encaminhando os casos que a gente percebe maior dificuldade pra ela, ela faz a terapia, o atendimento individual e em grupo faz algumas oficinas, que também da pra gente encaminhar e também a gente tem aqui o centro de referencia da saúde do trabalhador, pra que a gente encaminha também. Mas a gente encaminha principalmente quando vai precisar passar pro INSS, vai precisar de pericia, então a gente acaba encaminhando pro centro de referencia, lá também tem psicólogo, fisioterapeuta, daí tem uma hiper estrutura pra receber paciente, então nos temos esses dois serviços a disposição pra atender. (E6)

As referências, no entanto, não são efetivas tanto na saúde mental, como em outras áreas da saúde, ferindo os princípios da Integralidade e hierarquização. A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica ou primária. Deveria estar

vinculada à rede de serviços, de forma que se garantisse atenção integral aos indivíduos e famílias e que fossem asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços em outros níveis de atenção, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigisse.

Outra opção para o encaminhamento passa a ser o hospital psiquiátrico da região, que aparece como última alternativa de tratamento ou mesmo como uma opção que nunca foi utilizada.

“Então municipal é isso ai tem o ARE, tem um especialista lá, tem o CAPS, deve ter uns grupos lá que eu não sei, que mais... pro C. (hospital psiquiátrico) nunca foi mandado ninguém aqui”. (E7)

“Ah [universidade] né, com psiquiatria, o CAPS de repente né, o (hospital psiquiátrico)... também, às vezes acaba sendo referencia né”. (E14)

As ações na atenção básica tornam-se componente fundamental da desinstitucionalização do cuidado a pessoas com transtornos mentais, considerando que a ESF vem se afirmando como modelo substitutivo, num esforço de não reduzir a reforma psiquiátrica à desospitalização.

A reforma psiquiátrica busca a manutenção da pessoa com transtornos mentais no seu cotidiano, investindo-se em suas redes sociais e familiares, na medida em que se procura limitar tanto quanto possível seu ingresso no circuito do hospital psiquiátrico. Com isso, vem trazendo transformações na relação dos profissionais da saúde mental com a demanda, e, concomitantemente, um questionamento a respeito da sua própria prática (VECCHIA e MARTINS, 2009).

De maneira geral, apesar de constatar que o processo de trabalho/não trabalho é um fator de adoecimento do trabalhador usuário, para a equipe, a prioridade é o “atendimento geral”. A própria estrutura e organização do trabalho em função do elevado números de agendamentos, poucos funcionários e falta de apoio

dificultam a ampliação dos serviços apesar da capacidade e do potencial desta equipe.

“A gente aborda. Eu abordo mais assim, atendendo junto com o [médico] Como o atendimento é mais geral né, meus atendimentos aqui ou é mais puericultura ou é mais saúde da mulher ou então é hipertenso, diabético e normalmente a maioria já é aposentado. Mas quando atendo junto com o [médico] a gente procura abordar, então ele traz uma queixa, vê que está relacionada ao trabalho, então a gente tenta entender como é o processo de trabalho, como que são as relações de trabalho desse paciente pra tentar entender como está sendo o adoecimento dele”. (E13)

A prática da equipe é fortemente influenciada pelas políticas públicas em saúde que determinam as estratégias e as formas de agir no cotidiano, sua qualidade e seus resultados. A submissão da atenção à saúde às regras do capital dá um significado produtivista às ações que poderiam ser mais amplas e que se limitam em função da organização do trabalho, voltadas para atenção à demanda e pouca possibilidade de ações preventivas.

4.2.5. A vulnerabilidade da equipe

A organização de trabalho da equipe da ESF também gera sofrimento psíquico para os próprios trabalhadores desta unidade. A proximidade excessiva com a comunidade, o número alto de atendimentos diários, falta de reuniões de equipe, a incerteza gerada pelo vínculo de trabalho terceirizado de alguns trabalhadores, além de outras questões, prejudicam a integralidade do trabalho e causam sentimento de impotência e incapacidade na equipe.

a) O vínculo no trabalho: saber sem querer saber

A proximidade que ajuda no diagnóstico da necessidade de cuidado em saúde mental também gera sofrimento no trabalhador da equipe da ESF. Estudos identificaram limites da vida pessoal e o vínculo estabelecido na comunidade e as consequências de expectativas de um comportamento ilimitado, a onipotência e impotência ao se deparar com os limites de não conseguir realizar o que os usuários esperavam. Neste processo a absorção da dor e o sofrimento do outro se intensifica através da intimidade que se estabelece no vínculo do profissional.

O vínculo do trabalhador da equipe com o usuário, como estratégia de aproximação da comunidade é foco de vários estudos, uma vez que na ESF o vínculo é um dos pressupostos básicos, vulnerabilizando um pouco mais o trabalhador que reside em sua área de atuação profissional. A empatia detona um sofrimento porque não há limites, o trabalhador mistura-se com o outro (RIBEIRO, 2006; MARTINES, 2005).

Neste trabalho encontramos resultados semelhantes; em que a proximidade tem seu lado positivo na identificação da demanda, no entanto, significa sofrimento e traz consequências negativas na vida do trabalhador da equipe.

“Os casos de depressão a gente passa lá e já estão fazendo acompanhamento já tomando os remedinhos delas, não falam muito sobre a depressão delas, tudo... mas eu tento perguntar se tá tomando remédio, faz quanto tempo, vou fazendo a minha abordagem com elas. Mas elas também não entram muito nestes detalhes. Eu sei muito assim de pessoas que eu to falando que o serviço acaba deixando estressado porque a gente morando dentro da área, a gente sabe a realidade das pessoas, a gente sabe de coisa que acontece mesmo que elas não trazem para a unidade. Mesmo sem a gente querer saber, um vizinho fala uma coisa, outro fala outra e a gente acaba filtrando isso pra gente também”. (E1)

“Porque aqui a gente conhece todo mundo, principalmente gente que mora aqui né. Então por um lado isso é bom, que você consegue mais, você consegue trazer mais as pessoas pra você. E ao mesmo tempo não é, porque eu acho que por a gente conhecer a gente tem que fazer tudo né?! Então, isso é bom e não é”. (E10)

As cobranças desencadeavam sofrimento, as relações profissionais para além do ambiente de trabalho interferem na vida pessoal dos trabalhadores. Alguns estudos identificaram como a prática em Saúde da Família tem sido desestabilizadora para alguns trabalhadores. Lancetti (2000), a partir do “Projeto Qualis/PSF”, desenvolvido no município de São Paulo, constatou a importância do perfil do trabalhador em função da exposição do mesmo à experiência de natureza psicossocial, frequentemente acompanhada de conteúdos desestabilizadores e angustiantes.

b) Ações limitadas: a precarização

Outra dificuldade encontrada nos relatos quanto à identificação dos usuários com necessidades em saúde mental é a de que a questão do trabalho do usuário não faz parte da abordagem da equipe pela própria precarização do cotidiano do trabalho da mesma. Precarização, como já mencionado anteriormente, é um termo amplo, que se unifica pelo sentido de perda de direitos. A integralidade do trabalho da equipe fica prejudicada, e essa dificuldade se reflete em um sentido de incapacidade:

“Ai tem uma equipe reduzida... vamos supor que hoje de manhã só tem eu de médico aí aparece 40 agendados sei lá. Fica muita gente pra pouco profissional e por um lado eles ficam bravos ‘cheguei aqui as sete e meia e vou sair meio dia’. Mas o profissional que tá atendendo não tem como fazer mágica em atender mesmo que levasse um minuto por paciente demoraria mais do que ele acharia que iria demorar”. (E5)

“Na verdade agora também tá complicado porque eu to sozinha né, eram dois administrativo, o outro pediu a conta e agora eu estou sozinha, mas é, mais difícil aqui, agora ficou tudo pra mim né, o serviço, mas não tem nada complicado”. (E8)

Percebemos pelos relatos a dificuldade do cotidiano em agir sobre a queixa explícita da relação saúde mental e trabalho como condição para a abordagem da equipe em função do número elevado de atendimentos e da consequente correria para dar conta dos atendimentos. O tempo estabelecido para lidar com as necessidades imediatas da comunidade interfere no planejamento de ações mais amplas e gera insatisfação:

“Hoje, mudou bem assim, a partir de um tempinho pra cá, as coisas assim mudaram um pouco, porque eu atendia uma área menor, um número menor de pacientes, era responsável por essa área aqui na zona urbana e na zona rural também, [nome do local], então eu conseguia ter um controle muito bom, todos os problemáticos são hipertensos, diabéticos... pré natal, eram atendidos, bem atendidos, não por mim pela equipe toda, mas todos controlados, e aí eu precisei mudar meu esquema de trabalho em vez de ficar oito horas no porto no trabalho eu precisei ficar quatro. ...aí a gente tá dividindo uma área bem maior que chega há quase cinco mil pessoas, e agora a coisa não tá fluindo como eu gostaria, não estou assim muito satisfeita na verdade, porque não tem tempo pra atende os paciente e as consultas não estão ficando como eu acredito que devam ser, agente não tá conseguindo controlar todos, muita gente tem consulta, nesse momento de agosto pra cá eu não estou muito satisfeita com o processo de trabalho aqui do posto”. (E6)

“Hum hum. Quando ele vem e traz essa queixa, porque muitas vezes se o paciente não relata nenhuma queixa em relação a isso, a gente acaba nem abordando como é o trabalho, por causa da correria né, então a gente tenta focar infelizmente mais no problema que ele tá apresentando no momento. Como a gente tem muito paciente pra atender, as vezes por período atende 40 pacientes, a gente gostaria de ter um tempo...”. (E13)

A intensificação das atividades em função de nova forma de distribuição do trabalho causa a perda de controle do próprio trabalho, falta de autonomia e liberdade. A organização do trabalho em saúde se submete à lógica neoliberal e a imposição do modelo produtivista que significa conseguir o máximo de resultados pelo mínimo de investimento, mesmo submetendo o trabalhador ao desgaste e sofrimento.

c) Desmotivação: nosso serviço na visão das pessoas não serve para muita coisa

A frustração da equipe em relação ao trabalho desenvolvido é evidenciada; a motivação inicial é substituída pela desmotivação ou falta de esperança na maioria dos relatos dos trabalhadores. Também relatam a falta de reconhecimento financeiro, da equipe e profissional e pelo trabalho realizado:

“O meu trabalho é assim eu gosto muito do que eu faço, mas muitas vezes a gente não tem... resul..resolutividade no andamento das coisas que a gente faz. Então a gente acaba ficando meio desmotivado. Não dá pra resolver e tem coisa que dá e acaba não sendo resolvido. Então fica complicado de trabalhar”. (E1)

“É uma das, das assim, acho que maior dificuldade é a falta de, no momento é a falta de reconhecimento do nosso trabalho, de valorização do nosso trabalho, do sentido de respeito e financeiramente”. (E2)

“Acho que agora deu uma caída a gente tá meio desmotivado. Já foi bem melhor já. Agora a gente está sem motivo... não tem como resolver, daí a gente acaba vendo que o nosso serviço na visão das pessoas não serve para muita coisa porque a expectativa dela é uma e você não consegue suprir isso, é assim”. (E3)

“(quanto à expectativa no início do trabalho) Ah na verdade, é que a gente não tem muita né, porque não tem como crescer nada, então, eu entrei só pra conseguir terminar meus estudos mesmo e depois poder sair né, procurar um lugar melhor”. (E8)

A diminuição da qualidade na realização das atividades, acrescidas de condições inadequadas, mais cobranças e exigências, causam frustrações incomodando os trabalhadores. A falta de perspectiva profissional pode indicar uma dificuldade de atrair e manter uma equipe de saúde afinada com os objetivos da estratégia da saúde da família.

d) Falta de apoio: no início, tudo são flores

O trabalhador da equipe de saúde também está exposto à organização de trabalho que causa frustração. Percebe-se, nos relatos, a insatisfação com a

qualidade do serviço desenvolvido, a rotina tomando lugar da possibilidade de criação de atividades alternativas e a Secretaria de Saúde e da Assistência Social citadas negativamente, não cumprindo seu papel no apoio à atenção básica.

“... a falta de, é de, assim via-interligação entre as secretarias, não tem uma rede, a rede não é, por ex, a gente vai na casa de uma família e o problema dela não é saúde, é de repente falta de alimento, é social, e a gente não tem essa ligação entre as secretarias, é meio difícil assim esse contato, meio complicado, então tem coisas que vai muito além da saúde que a gente não consegue resolver, não tem como resolver, daí a gente acaba vendo que o nosso serviço na visão das pessoas não serve para muita coisa, porque a expectativa dela é uma e você não consegue suprir isso, é assim.” (E2)

“ As dificuldades seriam... a gente não tem muito apoio né, da secretaria, a gente quer fazer algum evento na saúde em benefício da população e por exemplo “ vamos fazer a feira da saúde “ mas aí tem de ser no sábado e a secretaria fala que se vocês querem fazer vocês fazem mas nós não vamos dar hora, não vamos pagar e nem colocar em banco de horas, se vocês fizerem é de livre e espontânea vontade nós não vamos dar esse apoio. Nós não vamos ganhar nada com isso. Então se a gente não vai ganhar nada, então... e quem vai levar o nome é a secretária, então... a gente não faz nada, só aquele que precisa mesmo na unidade. Mas eventos fora mesmo.. no aniversário da unidade nós não fizemos, não vai pagar nada então.. aí essas coisas a gente vai... pois não tem apoio nenhum sabe..... Você só vai ter apoio quando fizer atividade no período né. Mas fora isso, a gente tem que fazer só o básico mesmo. Sabe a campanha do diabético, se participa e é sempre a mesma coisa, não dá para renovar nada porque se for renovar não vai para frente. Para por aí, fica só na rotina mesmo”. (E3)

“Alguma dificuldade em relação à nossa comunicação com a secretaria da saúde, as vezes agente não tem uma bom retorno, uma boa comunicação. Dificuldade também em relação ao serviço, é complicado também, a gente nem sempre consegue encaminhar o paciente, receber uma resposta uma contra referencia, uma contra referencia a gente não recebe nunca, não é nem sempre nunca recebe e a relação dos serviços é meio precária, encaminha pra um não é responsabilidade, encaminha pra outro também não é responsável por aquilo, e isso a equipe não tem bem organizado esse fluxo, não é um fluxo assim fácil, tranquilo, olha realmente a minha responsabilidade pode encaminhar pra mim, isso é difícil acontecer, como nós é a base de tudo aqui a gente precisa de algumas vezes ter... comunicado aqui, então essa é uma outra dificuldade aqui, o problema de [cidade] é setor secundário que nós não temos, nós temos o básico e o secundário nós não temos então a gente fica nesse jogo de empurra, a gente tenta levar pra lá eles não é terciário, não é mesmo, mas eu não consigo atender, fazer uma internação no posto de saúde, então fica esse jogo complicado,

mas é um problema do Município, não é do nosso posto, é um problema do município que a gente enfrenta”.(E6)

“... mas assim falta... não da equipe eu diria, mas assim, da própria secretaria, sabe, dar mais apoio, dar mais, médico, assim, mas agora, esse ano principalmente, ficou meio ruim difícil de trabalhar sabe, tá difícil, por conta de médico, não tem médico, diminuiu o tempo deles descenderem pra cá. Então assim vendo pra população né, e aí acaba sendo difícil pra gente, também pro trabalho, porque você que é a frente né assim, o povo vem em você, então fica uma coisa chata”. (E9)

“Bom, no início tudo é flores né. Depois que você entra, a gente ainda tenta assim né, a gente quer fazer tudo certinho, quer, mas assim, a gente não tem um, como que eu posso dizer, um suporte que ajuda a gente, então acaba ficando algumas coisas pra trás, que a gente não consegue porque a gente precisa tem um suporte, mas assim, tudo que foi falado no começo, eu achei que ia ser ótimo, ia ser né, maravilhoso, que era tudo assim, ia ter visita, ia ter os grupos, ia ser tudo aquilo que eles falam né, mas infelizmente não é assim que funciona..... Dos maiores, tipo assim, secretaria ajudar a gente, entendeu? Eu acho que falta isso, porque às vezes a gente precisa fazer alguma coisa e a gente tem que comunicar eles, da ajuda deles, e as vezes não dá certo. Então muita coisa é por isso”. (E10)

A falta de incentivo para ações diferentes das tradicionais e a dificuldade de encaminhamento para os serviços secundários denotam uma sensação de isolamento que aparece novamente, como se estivessem desvinculados de uma rede de serviços em saúde.

e) Terceirização: incerteza

Apesar de a Secretaria de Saúde estabelecer as políticas e as ações da unidade, muitos trabalhadores desta USF são contratados por organizações terceirizadas que prestam serviços ao poder público. O vínculo empregatício e a gestão das pessoas ficam por conta da lógica capitalista dessas empresas. A incerteza da continuação do contrato de trabalho da equipe da ESF pela empresa de terceirização de serviços, na época da realização desta pesquisa, somadas à falta de reconhecimento da equipe, causa frustração, estresse e ansiedade na equipe.

“Ah então, na realidade minha expectativa no início assim, era prestar um bom atendimento e continua sendo a mesma, só que eu acho assim um trabalho desestimulador assim, a empresa em si que eu trabalho, não o trabalho que eu faço, eu gosto do que eu faço no entanto não mudei de emprego pelo fato de eu gostar do que eu faço mas e assim, a gente não tem tanto reconhecimento. Por parte assim, eu acho que no geral, da empresa que eu trabalho, dos outros funcionários da equipe, das outras categorias. Eu acho que a gente não tem tanto reconhecimento no que a gente faz não é vista a importância do trabalho do auxiliar de enfermagem... a gente é terceirizado”. (E11)

“Uma outra coisa de dificuldade eu acho que é a, é, e não só pra mim... mas pra toda a equipe foi a questão da mudança da gestão este ano né, teve a mudança da gestão, a equipe ficou super estressada, a questão da nossa contratação, que antes era por uma empresa agora tava pra mudar, agora conseguiu mudar, mas assim, muito se falou que ia ter que fazer contrato de novo, ou ia ter que fazer concurso, então a equipe fica estressada pela incerteza né, a gente também fica mas a gente tem um suporte deles né, e aí a coordenação, essa coordenação agora as vezes não passa todas as coisas claras assim pra gente, então assim, a gente não sabe, a equipe não sabe, a gente também não sabe, então não tem como ajudar a equipe a sair desse sentimento de ansiedade, de angústia, porque a gente também não sabe o que tá se passando né. Eles têm uma visão diferente do PSF que a gente tem percebido, de um processo de trabalho diferente né, por exemplo, o trabalho da saúde eles acham que 2 auxiliares de enfermagem são suficientes pra dar conta da unidade e a gente vê que não né. Nós estamos em 3 agora, a gente está no maior sufoco e acaba estressando todo mundo né, e ela também né, tem algumas, não dessa equipe que a gente tá agora, mas quando eu entrei, as que se sentiam pressionadas tiravam, entravam de atestado e aí a gente ficava com a bomba e as outras coitadas que vinham certinho é as que saíam prejudicadas né. Agora a gente pediu que fosse feito uma reunião com o secretário da saúde pra gente expor toda nossa situação, que eu acredito que não é só na nossa unidade aqui, mas na maioria das unidades, e vamos ver qual que vai ser a posição dele nessa reunião”. (E13)

A expectativa de prestar um serviço com qualidade é substituída pela desmotivação da equipe em função das condições inadequadas de trabalho, somadas ao desgaste das relações na organização de trabalho afetam diretamente as relações humanas e a subjetividade. A pressão no trabalho gera afastamentos com atestados médicos, indicando sinais de adoecimento na equipe.

Além de apontarem a falta de informações e transparência nos processos de contratação, soma-se a frustração pela falta de eficácia da equipe, dificuldade no

trabalho em equipe pela falta de reuniões, falta de treinamento para se alcançar a produção e os resultados esperados.

“É assim, é, bom eu acho assim, o meu trabalho já foi muito importante eu acho que hoje é, eu não enxergo mais com tanta importância como antigamente, eu acho que por conta da situação em que a gente tá, e da falta de apoio mesmo e das coisas que a gente tenta resolver e não consegue, ou que sabe que pode resolver e mas por má vontade de outras pessoas não é resolvido, entendeu, que vai além do que a gente pode, chega uma hora que a gente não pode fazer, tem que passar a bola para outra pessoa, e as vezes essa outra pessoa deixa quem não resolve do jeito que deveria, que poderia”. (E2)

“... é a questão de passar a produção, de fazer um cadastro, faz um cadastro e depois não tem como passar rapidinho pra eles lá, fica aquela coisa parada, e eles não deram um curso pra gente de como cadastrar, eles treinaram auxiliar administrativo, só que daí tiraram deles a função de fazer o cadastro e passou pra nós, só que nós não sabemos, eu não sei, aí ontem mesmo a gente foi pra essa produção, eu fico bem perdida com computador, acho que um curso seria bem bom, sobre informática no sistema, eu tenho dificuldades, eu apanho bem na frente do computador”. (E7)

O imediatismo fica evidente no cotidiano da equipe e não há espaço para planejamento das ações, numa separação nítida do fazer e do pensar. O direito ao planejamento é retirado em função da prioridade de produção.

“Trabalhar em equipe é difícil também, não é fácil, trabalhar em equipe é difícil. Agora a gente tá enfrentando uma dificuldade grande. Não temos mais direito a reuniões semanais, nós fazemos uma reunião por período, algum período da semana a gente... fundamental pra organização da estratégia de trabalho, pra manter a organização da equipe. A gente não tá tendo mais esse direito, a gente só pode se reunir duas horas a cada quinze dias, e isso é uma dificuldade grande que nos estamos enfrentando agora, por causa do trabalho em equipe, o trabalho não consegue... A gente não consegue sentar pra conversar, se organizar. Essa é uma dificuldade atual”. (E6)

Na terceirização dos trabalhadores da saúde, a organização do processo trabalho e das relações de trabalho é estabelecida com muitas restrições em função de um número mínimo de trabalhadores, com consequente sobrecarga e salários inferiores. Pires (2008) constata que uma das mudanças recentes, no âmbito do trabalho em saúde no Brasil, é o crescimento do número de trabalhadores sem as

garantias trabalhistas de que gozam os demais trabalhadores assalariados da instituição. Assim, como nos demais setores produtivos, a terceirização é crescente na saúde e tem sido utilizada pelos empregadores tanto do setor público, quanto do privado, para diminuir os custos com a remuneração da força de trabalho e para fugir das conquistas salariais e dos direitos trabalhistas dos trabalhadores efetivos da empresa-mãe (instituição-original) (DIEESE, 1993; PIRES, 1998; PIRES et al., 2004 citados por PIRES, 2008).

Para os trabalhadores inseridos na Saúde da Família, na maior parte dos municípios brasileiros, a precarização do trabalho ainda se constitui como um problema importante, apesar dos avanços do SUS e de políticas públicas de desprecarização. A atuação dos profissionais sujeitos aos vínculos precários de trabalho e a qualidade de seus serviços ficam comprometidas em função da insegurança, da alta rotatividade e da insatisfação profissional.

Apesar das dificuldades apresentadas, a equipe nesta unidade, demonstra capacidade de cumprir, inicialmente, a função designada à ESF, ou seja, ser a porta de entrada ou o acesso aos cuidados em saúde mental, confirmando o estudo de Dalla Vecchia e Martins (2009). Os autores constatarem a efetiva incorporação dos princípios da reforma sanitária e psiquiátrica na constituição de uma rede de serviços e dispositivos de cuidado em saúde mental em equipes de saúde da família, apesar de necessitar de aprimoramento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo investigar os significados atribuídos pela equipe de saúde da família quanto aos problemas de saúde mental dos usuários e sua relação com o trabalho. Teve como base levantamento anterior que identificou algumas categorias de trabalhadores entre os usuários da USF que apresentavam com maior frequência problemas de Saúde Mental. A identificação do adoecimento do usuário pela organização e condições de trabalho é constatada pela equipe.

Algumas mudanças presentes na organização do trabalho contemporâneo, como a precarização, a falta de condições dignas de trabalho, a terceirização por cooperativas, organizações sociais ou fundações e a exploração máxima dos trabalhadores, representada muitas vezes pelo assédio moral, ficam evidentes na vida dos trabalhadores usuários da ESF, segundo a equipe.

Vale ressaltar que os significados encontrados mostram a percepção da equipe e como esta orienta suas ações no cotidiano. Na relação saúde/doença mental e trabalho, o trabalho significa sobrevivência e também adoecimento para usuário trabalhador. A exploração do usuário trabalhador pelas instituições no mercado de trabalho aparece em várias entrevistas.

A precarização do trabalho é descrita em detalhes, confirmando a concepção da equipe de que o trabalho é um fator desencadeador de sofrimento mental. A partir de histórias que os trabalhadores da saúde têm acesso no seu cotidiano, colheram-se exemplos que indicam, inclusive, a existência de assédio moral por parte das instituições, da chefia e entre os próprios trabalhadores no local de trabalho dos usuários.

Tal como os resultados encontrados por Gradella Júnior (2010), os relatos da equipe de saúde expressam como o sofrimento psíquico do trabalhador vai se construindo em paralelo com o processo de esvaziamento da atividade, interferindo em sua atividade e também na relação do trabalhador com sua própria vida. Identifica-se uma situação de estranhamento entre os trabalhadores envolvidos, e o sofrimento pela exclusão social após o adoecimento do trabalhador confirma que o seu valor é apenas o valor do produto de seu trabalho e, como não produz como deveria, perde sua capacidade de troca e seu valor social. O trabalhador doente passa ser uma mercadoria que não serve para o capital; sua exclusão social é evidente nos relatos da equipe.

As instituições de trabalho descritas pela equipe em sua região de abrangência desenvolvem formas e processos de trabalho privilegiados para a produção do sofrimento psíquico. A finalidade do trabalho é produzir o lucro, transformando-se em trabalho alienado, quando perde a relação de intercâmbio com a natureza para satisfazer as necessidades vitais.

A precarização do trabalho da equipe de saúde também é identificada e acontece pela organização de trabalho, em função de sua intensificação, do número reduzido de trabalhadores, da pressão por resultados e do tipo de vínculo empregatício estabelecido. Além disso, indica que terceirização da mão de obra causa insegurança, pouca perspectiva profissional, produzindo frustração e desmotivação.

A terceirização da saúde pública impõe um regime financeiro e um modelo produtivista, em que as corporações vão definir a maneira de funcionar os serviços e ações em saúde porque recebem financiamento político para isso. A autonomia nas decisões do próprio trabalho é reduzida, focando a busca de

produção e resultados. Assim, apesar de a equipe, em sua maioria, valorizar seu trabalho em saúde, a precarização do trabalho gera ações fragmentadas, interferindo na possibilidade de ampliação de sua atuação, gerando sentimento de incapacidade e de não identificação com o trabalho. O trabalho nestas condições, ao invés de trazer reconhecimento e humanização possibilita o surgimento do desgaste e do sofrimento psíquico.

As dificuldades do cotidiano interferem na identificação do trabalho na gênese do sofrimento mental do usuário, confirmando a perspectiva de que apesar do estreitamento da relação mente/corpo no discurso da equipe da ESF indicar certa mudança na visão de mundo associada ao processo saúde-doença-cuidado, no campo das práticas, a fragmentação ainda parece muito presente (NUNES et al, 2007).

A relação saúde mental e trabalho foi identificada pela equipe, percebida em maior grau por alguns profissionais, com relação não apenas ao sofrimento psíquico, mas, sobretudo, com relação ao sofrimento social. “No entanto, as ações para efetivar o cuidado em saúde mental ainda acontecem de modo isolado” (JUCÁ et al., 2009, p.181).

O planejamento para a identificação da demanda em saúde mental acontece; porém, a organização do trabalho é pouco sistematizada para o desenvolvimento de estratégias de atenção ao usuário trabalhador. As ações, como a medicação e o aconselhamento, servem como soluções imediatas para resolver os problemas apresentados, ajudando a diminuir o sentimento de impotência e angústia dos trabalhadores da equipe, que se sentem isolados visto que não vislumbram uma ação mais ampla em outros níveis da atenção à saúde.

A equipe da ESF não identifica a estrutura social e o trabalho como fator desencadeador de problemas em saúde mental ou física, visto que não estabelece alguns nexos em termos de coletividade, limitando a capacidade de pensar ações mais amplas.

A organização do trabalho desta equipe é influenciada pelas políticas públicas de saúde e a precarização de seu trabalho é consequência do modelo de gestão nesta região, que tem restringido a atuação em saúde do trabalhador às ações pontuais, desconectadas de uma rede mais ampla de atuação.

Assim, principalmente na atuação em saúde do trabalhador, esta equipe confirma a concepção de que a determinação social do processo saúde-doença mental ainda está restrita ao diagnóstico e focaliza a assistência ao indivíduo/ família com o problema/sofrimento já instalado. Não desenvolve, com isso, ações no espaço de referência que tomem como objeto os grupos sociais e tenham como finalidade o aperfeiçoamento dos perfis epidemiológicos desses grupos. (CAMPOS e SOARES, 2003)

Os resultados demonstraram que a capacitação/qualificação do profissional da saúde tem impacto na prática da equipe, como também em relação à identificação da demanda em Saúde Mental, sinalizando um progresso no sentido da integralidade de suas ações. Entretanto, suas ações demonstram estar isoladas das possibilidades de apoio que existem na rede de saúde.

Algumas estratégias precisam ser desenvolvidas para auxiliar as equipes de Saúde da Família a fazerem parte da rede de cuidados, inclusive, em saúde mental do trabalhador, haja vista a incidência de transtornos identificados na unidade da ESF (JUCÁ et al., 2009, p.181).

Neste sentido, a educação permanente passa a ser um desafio para se alcançar o objetivo de maior qualidade dos serviços de atenção à saúde. Os trabalhadores desta equipe podem ser capacitados para ações preventivas e de promoção de saúde, paralelamente ao tratamento e acompanhamento dos usuários, inclusive na singularidade da relação entre transtornos mentais e trabalho.

Assim, a concepção desta relação pela equipe implica ações de investigação e coleta de informações no cotidiano, que possibilitem a associação entre o adoecimento relacionado ao trabalho, sejam em visitas domiciliares, acompanhamentos ou consultas, resgatando a importância e as consequências do trabalho na vida dos trabalhadores usuários.

O processo de capacitação, formação e educação permanente para enfrentamentos das questões da saúde do trabalhador poderia ser uma estratégia para subsidiar os profissionais para estarem preparados e comprometidos para exercerem a prática da saúde integral, familiar e comunitária. A introdução desta temática na formação continuada da equipe de saúde seria necessária, “tanto para a sensibilização como para o desenvolvimento de uma filosofia, métodos, técnicas e habilidade de atendimento” (MINAYO, 1994, p.16).

As informações da equipe sobre transtornos mentais relacionados ao trabalho no território também podem dar subsídio para ações mais amplas, relacionadas diretamente ao ambiente de trabalho e dentro de uma rede de saúde integrada, auxiliar na vigilância e contribuir para intervenções nas instituições de trabalho. O desenvolvimento de um modelo de atenção em saúde necessita de uma relação entre a concepção do processo saúde-doença em coerência com o conjunto de prática do processo e da organização de trabalho da equipe.

Entretanto, somente a capacitação e a educação permanente não serão suficientes para enfrentar as dificuldades da organização da própria equipe. Os sentimentos de impotência e incapacidade, tão presentes nos relatos, estão também associados à sensação de isolamento. A alienação das questões sociais envolvidas na gênese do adoecimento psíquico/físico dos usuários também não é percebida no cotidiano da equipe em relação ao sofrimento de seus trabalhadores, o que aumenta a sensação de isolamento.

As relações de trabalho no capitalismo, ou seja, as próprias relações de dominação são percebidas como autônomas e não como fruto das ações humanas, não se caracteriza mais o trabalho como uma ação de objetivação do ser humano e humanização, gerando condições para a alienação (MARX, 1859/1993).

Os trabalhadores não percebem as relações de trabalho como fator desencadeador de sofrimento e, portanto, não se organizam para resistir e buscar novas posturas diante de toda essa exploração capitalista. Ações de sindicatos ou mesmo qualquer tipo de representatividade da classe, não são mencionados nas entrevistas, contribuindo para a sensação de isolamento.

A compreensão da dinâmica das relações sociais de trabalho na sociedade capitalista se faz necessária, para poder se organizar e enfrentar o sofrimento diante da impotência do trabalho adoecedor, buscando ações políticas que visem à criação de espaço para discussão e enfrentamento, superando a despolitização e buscando novas propostas de ação que superem esse padrão capitalista de desenvolvimento.

A ESF não é um instrumento único que irá resolver todos os problemas relacionados à Saúde Mental. As ações na atenção básica, em particular na ESF, devem ser consideradas como componente de uma rede de atendimento,

interligados entre si. Mas, para isso faz-se necessário adotar medidas com o intuito de direcionar caminhos que levem a almejada reforma nas ações e nos serviços de Saúde Mental / Psiquiatria (SOUZA, 2007).

A partir dessa reflexão, pode-se dizer que as reformas se inserem na esfera política e devem priorizar a busca por uma mudança qualitativa na forma de organização do trabalho da equipe da ESF, garantindo a possibilidade do reconhecimento de seu trabalho e condições de produção de saúde mental.

6. REFERÊNCIAS

AGUIAR, W.M.J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para apreensão da constituição dos sentidos. **Psicol. Ciênc. Profis.**, v. 26, n.2, p.1-15, 2006.

ALVES, D.S.; GULJOR, A.P. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2004. p. 221-240.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: _____. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU ed., 2003, p.45-65.

ANDRADE, L.O.M.; BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Ed. Hucitec; Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez/Unicamp, 2005.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L.C.; CARVALHO FILHO, J.T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 56, n. 1, p. 41- 47, 2007.

BARBARA, M.M. Reestruturação produtiva, qualificação, requalificação e desemprego: percepção e sofrimento do trabalhador. **Psicol. Ciênc. Profis.**, v.19, n. 1, p. 30-49, 1999.

BARRETO, M.S. **Assédio moral**: ato deliberado de humilhação ou uma "política da empresa" para livrar-se de trabalhadores indesejados. 2002. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/revistasermédico/nova_revista > Acesso em: 18 abr. 2009.

BELLO, E.M.S. **Representação social em saúde mental na perspectiva de médicos generalistas da ESF na cidade de Diadema – SP**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2009.

BORSOI, I.C.F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicol. Socied.**, v.19, n.esp., p.103-111, 2007.

BRAGA, L.C.; CARVALHO, L.R.; BINDER, M.C.P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu – SP. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.15, supl. 1, p.1585-1596, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a participação em comunidade de a gestão do sistema único de saúde - SUS – e sobre as transferências inter-governamentais e recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 out. 2009.

BRASIL. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.** Implementa as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de trabalho para a discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na Atenção.** Relatório Final. Brasília, 2001b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina_plano_inclusao_saude_mental_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Saúde do trabalhador.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. 63p. (Cadernos de Atenção Básica).

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças Relacionadas ao trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde.

Brasília: Ministério da Saúde, 2001d. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 114).

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica:** o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 11 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental. 1990-2004.** 5.ed. Ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 340p. (Legislação de Saúde) Disponível em: < <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 Ago-2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ações. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004b. p. 9-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos:** síntese dos principais resultados. Brasília, 2005a. 210p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde:** Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador. Brasília, 2005b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Trabalhar, sim! Adoecer, não.** Caderno de textos para 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2006a. 26p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e Emprego. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador** (Versão final). Brasília, 2006b. 29p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo da atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 11 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro, 2008a. Seção 1, p. 47-50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política de atenção integral à saúde do homem**. Princípios e Diretrizes. Brasília, 2008b.

CAMARGO JR., J.R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v.24, suppl.1, p. s58-s68, 2008.

CAMPOS, C.M.S.; SOARES, C.B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003 .

CAMPOS F.E.; AGUIAR, R.A.T.; OLIVEIRA, V.B. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **Physis**, v.12, n.1, p. 47-58, 2002.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão de trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.2, p.399-407, 2007.

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, v.16, p.507-515, 2000.

CATTANI, A.D. (Org.). **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4.ed. ampl. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2002.

CHAHAD, J.P.Z. Tendências recentes no mercado de trabalho: pesquisa de emprego e desemprego. **São Paulo Perspect.**, v.17, n.3-4, p. 205-217, 2003.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia**. São Paulo: Brasiliense, 2001.

CODO, W. Relações de trabalho e transformação social. In: LANES, S.; CODO, W. (Orgs.). **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984. p.136-151.

COHN, A.; MARSIGLIA, R. G. Processo e Organização do Trabalho. In: BUSCHINELLI, J.T.; ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. **Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1994. p.111-121.

COSTA, A.G.; LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública** v. 21, n.1, 2005, p. 233-239.

COUTINHO, E.S.F.; ALMEIDA-FLHO N.; MARI, J.J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultado de um estudo transversal em três áreas urbanas do Brasil. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.26, p. 246-256, 1999.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S.T.F.. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface (Botucatu)** [online]. 2009, vol.13, n.28, pp. 151-164.

DRUCK, G.; FRANCO, T.A. Alca e as principais implicações para o trabalho e a saúde dos trabalhadores. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p.875-885, 2003.

FIGUEIREDO, M. D., CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 129-138. ISSN 1413-8123

FLECK, M.P.A. , LIMA, A.F.B.S., LOUZADA, S., SCHESTASKY, G., HENRIQUES, A., BORGES, V.R., CAMEY, S., GRUPO LIDO. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p 431-435, 2002.

FORTES,S.; VILLANO,L.A.B.; LOPES, C.S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 30, n. 1, p.32-37, 2008.

FRANCO,T.; DRUCK, G. O trabalho contemporâneo: precarização e saúde mental. In: SEMINARIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO, 1., 2008, Brasília. **Mesa redonda...** Brasília: Fundacentro, 2008. p.1-15. Disponível em:<[HTTP://WWW.fundacentro.gov.br](http://WWW.fundacentro.gov.br)>. Acesso em: 22.Maio. 2011.

FRANCO,T.; DRUCK, G. SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v.35, n.122, p.229-248, 2010.

FREITAS, M.E. de. Assédio moral e assédio sexual: faces do poder perverso nas organizações. **RAE Revista de Administração de empresas**, Abr./jun. 2001 – São Paulo, v. 41 – n 2 – p. 8-19.

GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.1, p.99-106, 2006.

GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E.; BATISTA, M.A.; MENDONCA, M.G.V. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 607-616, 2001.

GOMES, K.O. , COTTA, R.M.M , EUCLYDES, M.P., TARGUETA, C.L., PRIORE, S.E., FRANCESCHINI, S.C.C. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, supl.1, p 1473-1482, 2009a.

GOMEZ, C.M.; THEDIM-COSTA, S.M.F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p.411-421 1999.

GONÇALVES, D.M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2043-2053, 2008a.

GONÇALVES, I.R. **O cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde: relações com os usuários e equipe de saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2009.

GONÇALVES, R.J., SOARES, R.A., TROLL, T., CYRINO, E.G. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 33, n.3 p.382-392, 2009.

GRADELLA JR., O. Sofrimento psíquico e trabalho intelectual. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2010, vol. 13, n. 1, pp. 133-148.

GUIMARAES, N. A. Por uma sociologia do desemprego. **Rev. Bras. Cienc. Soc.**, v.17, n. 50, p.179-212, 2002.

GUIMARÃES, J.; MEDEIROS, S.M. Contribuição ao ensino de saúde mental sob o signo da desinstitucionalização. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, p.97-104, 2001.

HELOANI, J.R.; CAPITÃO, C.G. Saúde e psicologia do trabalho. **São Paulo Perspect.**,v. 17, n.2, p.102-108, 2003.

HELOANI, R. Assédio moral: um ensaio sobre a expropriação da dignidade no trabalho. **RAE Electron.**, v. 3, n.1, p.1-8, 2004.

HIRIGOYEN, M. **Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral**. Tradução Rejane Janowitz. Rio de Janeiro: editora Bertrand do Brasil: São Paulo, 2002. 352p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. 2010. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 15 Jan. 2011.

JACQUES, M.G. O nexo causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. **Psicol. Soc.**, v. 19, n. esp., p.64-70 2007.

JARDIM, T.A., LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.123-35, 2009.

JUCA, V.J.S.; NUNES, M.O.; BARRETO, S.G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p.173-182, 2009.

JUNGES, J.R., SELLI, L., SOARES, N.A., FERNANDES, R.B.P., SCHRECK, M. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 937-944, 2009.

KANTORSKI, L.P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde - algumas reflexões preliminares. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 5-15, abril 1997.

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, p.1533-1541, 2010.

LANCETTI, A. **Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000. 220p.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. Para o estudo da saúde na sua relação com o processo de produção. In: _____. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989. p.1-11.

LEONTIEV, A.N. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Horizonte Universitário, 1978.

LEONTIEV, A.N. Os princípios de desenvolvimento mental e o problema do atraso mental. In: _____. **Psicologia e Pedagogia**. São Paulo: Centauro, 2005. p.87-105.

LEVIGARD, Y.E.; ROZEMBERG, B. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de "nervos" no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p.1515-1524, 2004.

LUCCHESSEL, R. et al . Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p.2033-2042, 2009.

LUDERMIR, A.B.; MELLO-FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Publica**, v.36, n.2, p.213-221, 2002.

MARAGNO, L., GOLDBAUM, M., GIANINI, R.J., NOVAES, H.M.D., CÉSAR, C.L.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.8, p.1639-1648, 2006.

MARTINES, W.R.V. **Compreendendo o processo do sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MARTINES, W.R.V.; CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007.

MARTINS, D.A. **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v.3.

MARX, K. (1867) **O capital**: crítica da economia política. Tradução Reginaldo Sant'Anna. 3.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975. 579p.

MARX, K. (1859) **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, 1993. 351p.

MARX, K. (1859) Prefácio. In: GIANNOTTI, J.A. (Org.). **MARX**. Tradução José Arthur Giannotti e Edgar Malagodi. 2ª ed., São Paulo: Abril Cultural, 1978. p.127-32. (Os Pensadores)

MARX, K.; ENGELS, F. (1845) **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 1992. 269p.

MINAYO, M.C.S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v.10, suppl.1, p.7-18, 1994.

MIOTO, R.C. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serv. Soc. Rev.**, v.12, n. 2, p.163-176, 2010.

MITSUHIRO, S.S. CHALEM, E., MORAES BARROS, M.C., GUINSBURG, R., LARANJEIRA, R. Brief report: prevalence of psychiatric disorders in pregnant teenagers. **J. Adolesc.**, v.32, n.3, p. 747-752, 2009.

NASCIMENTO, A.B.; BRAGA, V.A.B. Programa Saúde da Família Saúde Mental Enfermagem Psiquiátrica Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia – CE. **Cogitare Enferm.**, v.9, p.84-93, 2004.

NOGUEIRA, R.P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V.A. **Limites Críticos das moções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública**. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, estudos e análises**. Brasília: OPAS/MS, 2005. v. 2.

NUNES, M.; JUCA, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-2382, 2007.

OLIVEIRA, A.G.B.; ATAIDE, I.F.C.; SILVA, M.A. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.4, p 807-815, 2010.

OLIVEIRA, S.F.; ALBUQUERQUE, F.J.B. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicol. Soc.**, v.20, n.2, p. 237-246, 2008.

OLIVEIRA, M.H.B.; VASCONCELLOS, L.C.F. As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador, tempos de avaliação. Tempo de avaliações. **Saúde em Debate**, v.24, n.55, p. 92-103, 2000.

PAIXAO, C. et al. Análise da prevalência dos transtornos psíquicos na região metropolitana do Recife. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 261-266, 2009.

PAZ DE LIMA, P.J. **Possíveis doenças físicas e mentais relacionadas ao manuseio de agrotóxicos em atividades rurais, na região de Atibaia, SP/Brasil**. 143f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 3 , p.303-310, 2001.

PINTO, T.R. **Encontros e desencontros: a estratégia de saúde da família em sua relação com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

PIRES, D.E. Precarização do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 242-247.

POCHMANN, M. **e-trabalho**. São Paulo: Publisher Brasil, 2002a.

POCHMANN, M. **O trabalho sob fogo cruzado: exclusão, desemprego e precarização no final do século**. São Paulo: Contexto, 2002b.

RIBEIRO, M.S., ALVES, M.J.M., SILVA, P.M., VIEIRA, E.M.M. Comparação da assistência em saúde mental em unidades básicas de saúde com ou sem equipe do Programa de Saúde da Família. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 31, n. 1, p. 40-50, 2009

RIBEIRO, S.F.R. **O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do Programa Saúde da Família na organização do trabalho**. 2006. 162f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

ROMAGNOLI, R.C. Breve estudo institucionalista acerca do Programa de Saúde da Família. **Saúde Soc.**, v.18, n. 3, p. 525-536, 2009.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. A contribuição da saúde mental para o Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.56, n.3, p. 230-235, 2003.

SANTOS, A. **Trappura – Trabalho Informal, precário ou perigoso:** abordagem de ação coletiva por uma equipe de saúde da família, em Uberaba-MG. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

SATO, L.; BERNARDO, M.H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 10, n.4, p.869-870, 2005.

SATO, L.; SCHMIDT, M.L.S. Psicologia do trabalho e psicologia clínica: um ensaio de articulação focalizando o desemprego. **Estud. Psicol.**, v.9, n.2, p.365-371. 2004.

SELIGMANN-SILVA, E. Saúde mental e trabalho. In: COSTA, N.R.; TUNDIS, S.A. **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis:Vozes, 1987.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado.** Rio de Janeiro: Editora URFJ; Cortez Editora, 1994.

SELIGMANN-SILVA, E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. **Cad. Saúde Pública**, v.13, supl.2, p.95 -109,1997.

SILVA, A.C.M.A., VILLAR, M.A.M., CARDOSO, M.H.C.A., WUILLAUME, S.M. A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde Soc.**, v.19, n.1, p.159-169, 2010.

SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e TMC em agentes comunitários. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.5, p. 921- 929, 2008.

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n. 1, P.139-148, 2009.

SOUSA, G.C. **O agente comunitário de saúde e a saúde mental:** percepções e ações às pessoas em sofrimento mental. 2007. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SOUSA, M.F.; MERCHÁN HAMANN, E. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, suppl.1, p.1325-1335, 2009.

SOUZA, M.F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. Bras. Enferm.**, v 61, n.2, p.153-158, 2008.

SOUZA, A.J.F. , MATIAS, G.N., GOMES, K.F.A., PARENTE, A.C.M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 4, p. 391-394, 2007.

SPAGNUOLO, R.S. **Entre os processos de fortalecimento e fragilização do modelo ESF: gestão municipal – órgãos formadores como componentes intervenientes**. 2010. 163f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p.477-486, 2009.

TEIXEIRA, C.F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**, v.18, suppl., p. S153-S162, 2002.

TENÓRIO, F.: .A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde** . Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

TRINDADE, L.L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p.274-279, 2010.

VECCHIA, M.D. **A saúde mental no Programa de Saúde da Família**: estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. 93f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface Comunic, Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p. 151-164, 2009.

VIGOTSKI, L.S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 191p.

VYGOTSKI, L.S. (1931) Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. In:____. **Problemas del desarrollo de la psique**. Tradução Lydia Kuper. Madrid: Visor Dist., 1995. p.09-340. (Obras escogidas, III)

WARR, P. **Work, unemployment and mental health**. Oxford: Clarendon Press, 1987.

ANEXOS

Anexo 1

Roteiro de Entrevista

Data do preenchimento: ____ / ____ / ____.

Unidade: _____

Equipe: _____

Entrevistador: _____

DADOS GERAIS

1) Nome: _____

2) Sexo: () M () F

3) Idade: ____ anos

4) Situação civil

() solteiro(a) () casado(a)/união estável () viúvo(a) () separado(a)

5) Escolaridade

() Nível fundamental.

() Nível médio. Curso técnico? Área: _____

() Nível superior. Curso: _____

() Residência/especialização. Área: _____

() Mestrado. Área: _____

() Doutorado. Área: _____

6) Função que exerce na equipe: _____

7) Tempo de experiência na profissão (em anos completos): _____

8) Local de moradia (bairro): _____

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

- Tempo de atuação na ESF: _____
- Processo seletivo.
- Expectativas no início do trabalho.
- Opinião sobre o trabalho que desenvolve atualmente.
- Dificuldades enfrentadas.

FORMAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL

(Cursos – duração/carga horária, Capacitações, etc.)

- Anterior à ESF .
 - Como componente de equipe da ESF.
 - O que foi abordado nesta formação? Quais temas foram abordados?
-

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL

(Atuação nos serviços, Estágio, Residência, etc.)

- Anterior à ESF.
- Como componente de equipe da ESF.

SAÚDE MENTAL

- Conhecimento/informação de pessoas que estão em tratamento na área de saúde mental.
 - Características atribuídas para que as pessoas sejam identificadas como portadora de transtorno mental
 - Conhecimento das pessoas adultas com transtorno mental. Quem são?
Homens/Mulheres
Faixas etárias (adultos e idosos)
 - Quais os motivos pelas quais as pessoas adoecem? O que leva ao transtorno mental?
 - Se houver relação direta com o trabalho na resposta; continua a entrevista
 - Se não houver será perguntado: Há relação com a história/trajetória do trabalho do usuário?
 - E você utiliza essa informação na sua abordagem e intervenção? Como?
 - E essa informação é utilizada no cotidiano pela equipe? Como?
 - Nestes casos como a família é abordada?
 - Conhecimento/informação sobre recursos da comunidade que poderiam ser utilizados no cuidado deste usuário de saúde mental
 - Recursos locais (da própria comunidade); Quais são e como utilizam?
 - Recursos municipais (referências).
 - Possibilidades de atuação das equipes da ESF no atendimento destes casos.
 - Quais atividades são desenvolvidas com essa população?
 - Quais são as principais atividades profissionais desenvolvidas pela população na sua área de abrangência? Do que vivem as pessoas?
-

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr(a) _____, portador da cédula de identidade _____, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa: "SAÚDE MENTAL E TRABALHO: significados atribuídos pela equipe da saúde da família ao adoecimento dos usuários." com o objetivo é investigar os significados atribuídos pela equipe de saúde da família quanto aos problemas de saúde mental dos usuários e sua relação com o trabalho.

Qualquer dúvida quanto ao procedimento e metodologia será esclarecida antes e durante a pesquisa. Se for necessário algum tipo de atendimento específico será feito encaminhamento para os respectivos profissionais.

Caso, durante o estudo for identificada a vontade de deixar de participar da pesquisa, isso será prontamente atendido, sem qualquer prejuízo ao trabalhador na unidade.

Fica autorizado que a entrevista seja gravada, com o compromisso de sigilo das informações, concordando que os conteúdos sejam utilizados pra efeito de análise e divulgação científica, sendo preservada a identidade do sujeito, acompanhado de um compromisso de proporcionar informação após a conclusão do estudo.

Fica claro que o sujeito da pesquisa pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, deixando de participar desta pesquisa, ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional, conforme Código de Ética do Psicólogo.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Botucatu-SP, _____ de _____ de _____.

Sujeito da Pesquisa

Pesquisadora

Pesquisadora: Maria Madalena Lazari kawashima
Av. Orlando Ranieri, no 7-180, Bloco 34 Apto 33- Bauru -SP.
Telefone: (14) 8125-7474 E-mai: madalena@mygra.com.br

Orientadora: Sueli Terezinha Ferreira Martins
Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria
Faculdade de Medicina, UNESP-Botucatu - Telefone: (14) 3811-6260
E-mail: stfm@fmb.unesp.br