



Sofrimento do trabalhador contemporâneo: as estratégias de atenção psicossocial no âmbito do SUS

Suffering of contemporary workers: strategies of psychosocial attention on the national public health system (SUS)

Luiz Carlos Brant¹
Vanessa de Almeida Guerra²
Letícia Jordão Garcia³

¹Universidade Federal de Minas Gerais
brant.ufmg@gmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais

³Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: O Ministério da Previdência Social aponta que os transtornos mentais e comportamentais ocupam o terceiro lugar em número de concessões de auxílio-doença acidentários e não vêm acompanhando a tendência de queda no número de acidentes de trabalho no Brasil. O presente estudo busca identificar as estratégias de atenção psicossocial aos trabalhadores em situação de sofrimento empregadas pelos serviços de saúde no âmbito do SUS contemplados na produção intelectual brasileira, no período 2004-2014. Metodologicamente, recorreremos às seguintes fontes: Banco de Dissertações e Teses da Capes, produções do IbiCT e da Bireme e o site SciELO. A seleção do material se fez pelos títulos, resumos e palavras chave e pela leitura na íntegra de artigos, teses, dissertações, capítulos e/ou livros. Para análise das informações obtidas, tomamos como base os estudos de Michel Foucault, Claudine Herzlich e Jurandir Freire Costa. Constatamos que as estratégias estão centradas na prevenção; na utilização do instrumento de sondagem SRQ-20; na escuta, nos cuidados clínicos e na inclusão social oferecidos pelos CAPS. Concluímos que a produção intelectual que aborda as estratégias de atenção psicossocial é precária, quando existente, e a fundamentação teórica é frágil e não contempla a especificidade do usuário na sua condição de trabalhador.

Palavras chave: Sofrimento psíquico; Atenção psicossocial; Serviços de saúde.

ABSTRACT: Ministry of Social Welfare indicates that mental and behavioral disorders rank third in number of work absence with financial support and this number did not come with the decrease in the number of work accidents in Brazil. This study aims to identify the psychosocial care strategies applied to workers under pressure and suffering, by the health services of the National System of Health on Brazil, (SUS) contemplating the intellectual production during the period 2004-2014. Methodologically, the following sources were used: Bank of dissertations and theses of Capes; IbiCT productions; Bireme and SciELO. The selection of material was made by titles, abstracts and keywords, and by reading the full articles, dissertations and book chapters. To analyze the information we obtained were used the studies of Michel Foucault, Claudine Herzlich and Jurandir Freire Costa. We found out that the strategies are focused on prevention; the use of the probing tool, SRQ-20; listening, clinical care and social inclusion offered by CAPS. We concluded that the intellectual production that addresses the psychosocial care strategies is poor, the theoretical foundation is fragile and does not include the user specificity in their status as worker.

Keywords: Psychic suffering; Psychosocial care; Health services.

1. Introdução

Segundo Brant e Dias (2012), Guattari (2001) e Dufour (2001), as manifestações de angústia e medo relacionadas ao trabalho – com demanda de atenção profissional especializada – vêm atingindo níveis crescentes desde as três últimas décadas do século passado em decorrência das transformações que o modo de produção capitalista vem sofrendo.

Nesse contexto, os novos padrões tecnológicos e gerenciais proporcionam aos sujeitos a experimentação da dimensão espaço-tempo calcada na flexibilidade e em velocidades extraordinárias que desvalorizam o passado, estressam o ambiente de trabalho, pressionam o futuro e não reconhecem as trajetórias de trabalho dos sujeitos, segundo Brant (2002). Consequentemente, oferecem maiores dificuldades e tornam-se motivos de sofrimentos, principalmente para aqueles que iniciam a carreira profissional no momento em que o desemprego atinge vários países. Encontram-se nessa situação alguns países europeus e, recentemente, o Brasil.

No primeiro semestre de 2015, a taxa de desemprego nos 27 países que compõem a União Europeia em abril foi de 11%. Nos treze países da zona do euro, onde circula a moeda europeia, o desemprego foi ainda maior: 12,2%. O ranking é liderado pela Grécia (26,2%), seguida por Espanha (24,1%), Portugal (13,6%) e Itália (12,6%). Os países da União Europeia menos afetados pelo desemprego são Áustria (4,9%), Alemanha (5,4%) e Luxemburgo (5,6%). Isso significa que nos deparamos, em números absolutos, com 19.375 milhões de trabalhadores fora do mercado em países da zona do euro e com 26.588 milhões de desempregados na União Europeia (EUROSTAT, 2015).

No Brasil, a taxa de desemprego teve um aumento nos últimos meses de 2015, chegando a 8,1%. Em 2014, no mesmo período, o índice era de 7%. Esse número faz com que as pessoas comecem a trabalhar por conta própria e montem seu próprio empreendimento (CAOLI; CAVALLINI, 2015).

Para se ter uma ideia do gradual aumento da taxa de desemprego brasileiro e do quanto

ele é uma ameaça real que contribui para o sofrimento do trabalhador, tomamos, à título de exemplificação, a retração da indústria nacional. Em 2014, a sua participação no PIB foi de apenas 13%, enquanto em 1984 era de 35,8% e, em 2011, de 15,3%. Para compreender melhor o significado da prostração da indústria brasileira, segundo dados da ONU de 2010, a participação desse setor na China é de 43,1%, na Coréia, de 30,4% e, na Alemanha, de 20,8%. Se entendemos o sofrimento como a percepção de uma ameaça à existência do sujeito, a participação da indústria brasileira no PIB já é suficiente para deixar muitos trabalhadores amedrontados (BELLUZZO, 2015).

Embora a ameaça de desemprego constitua um sofrimento para a população de modo geral, ela é maior para aqueles que estão entrando no mercado de trabalho, como por exemplo, os recém-formados originários de instituições de ensino superior. Para eles, as dificuldades de inserção no mundo laboral são associadas à frágil formação acadêmica – ainda que obtida em instituições socialmente reconhecidas –, à baixa autoestima ou à debilidade emocional. Nesses casos, o sofrimento é experienciado como fracasso pessoal. De acordo com Porte *et al.* (1995), a colocação dessas dificuldades em si próprio constitui uma estratégia para sustentar a esperança de um futuro melhor. A falta introjetada pelo trabalhador coloca-o no controle da situação, ainda que precariamente, seja buscando uma especialização ou se inscrevendo em inúmeras agências de emprego, entre outras estratégias. Para ele, o sofrimento insuportável é a constatação de uma falha no sistema produtivo, *locus* fora de sua governabilidade. No âmbito estrutural, o sujeito quase nada pode fazer para transformar a realidade do mundo do trabalho.

Situação semelhante também foi constatada por Brant e Minayo-Gomez (2004; 2009) em instituições em processo de privatização e, conseqüentemente, de redução do quadro de funcionários. Alguns trabalhadores, diante do medo da perda do cargo ou do emprego, queixavam-se de sintomas físicos

como tática para ocultar o sofrimento. Essa estratégia de transformação do sofrimento em adoecimento, segundo os autores, dificulta a organização coletiva dos trabalhadores, faz com que o sofrimento perca a sua positividade de alerta frente a uma ameaça presente no ambiente e contribui para a psicopatologização do trabalhador.

Dados do Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2015) apontam que os transtornos mentais e comportamentais ocupam o terceiro lugar em número de concessões de auxílio-doença acidentários e não vêm acompanhando a tendência de queda no número de acidentes de trabalho no Brasil. Pelo contrário: de 2008 para 2009, o número de afastamentos do trabalho em decorrência de transtornos mentais e comportamentais subiu de 12.818 para 13.478. Em 2010, esse número teve uma queda, passando para 12.150. No entanto, voltou a subir em 2011, passando para 12.337. Em 2012, o número de casos deu um salto, totalizando 38.530 casos. Em 2013, seguiu a tendência de crescimento, e teve 42.975 casos no total. Em 2014, foram 43.316 casos e, até junho de 2015, os afastamentos por transtornos mentais e comportamentais (CID F40-F48) somaram 18.925 casos.

A mudança no perfil da concessão de auxílios-doença em decorrência de transtornos mentais e comportamentais, com tendência crescente a partir de 2008, pode ser relacionada a implementação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) nos sistemas informatizados do INSS para concessão de benefícios, em abril de 2007. O NTEP é aplicável quando houver significância estatística da associação entre o código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o código da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), na parte inserida pelo Decreto n. 6.042/2007, na lista “C” do anexo II do Decreto no 3.048/1999 (alterado pelo Decreto 6.957/2009).

Foi nesse contexto que se fez importante identificar as ações de atenção psicossocial registradas na literatura especializada à medida que explicitam a existência de

situações políticas (dominação e resistência), de gozo (mesclagem de prazer e dor) e econômicas (prescrição e consumo abusivos de medicalização) presentes nos serviços de atenção destinados ao trabalhador em situação de sofrimento.

O presente estudo busca identificar as estratégias de atenção psicossocial aos trabalhadores em situação de sofrimento empregadas pelos serviços de saúde no âmbito do SUS contemplados na produção intelectual brasileira, no período 2004-2014.

Metodologicamente, recorreremos às seguintes fontes: Banco de Dissertações e Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (Capes); Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (Ibict); Biblioteca Virtual de Saúde Pública da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) e o site SciELO. A seleção do material se fez pelos títulos, resumos e palavras chave e pela leitura na íntegra de artigos, teses, dissertações, capítulos e/ou livros, totalizando 110 produções “fichadas” em uma planilha disponível para consulta de pesquisadores e acadêmicos interessados na temática.

2. Sofrimento e trabalho: contextualização conceitual

O sofrimento constitui um mecanismo defensivo ao sinalizar a presença de um perigo, alertando e preparando o sujeito para ações de enfrentamento, segundo Freud (1997). A vivacidade se mostra pela reação, pela capacidade de defender o próprio espaço e o do próximo. Ele está relacionado com a constatação de uma ameaça à vida e se expressa sob formas diferenciadas: angústia, quando o sujeito espera ou se prepara para uma ameaça cuja origem é desconhecida; temor, quando o perigo é conhecido; e terror, quando é posto em contato com um perigo sem estar preparado para enfrentá-lo. Portanto, trata-se de uma manifestação de resistência na tentativa de tornar a vida possível (BRANT, 2004).

O trabalho pós-industrial parece mais humano quando comparado ao labor do século XIX e de meados do século XX, que

vai do chão de fábricas insalubres e aglomerações humanas nos centros urbanos europeus até as monótonas linhas de montagens. Porém, não se pode esquecer que o trabalho contemporâneo, marcado pelos contratos temporários, pela flexibilização e execução de projeto, em que cada um deve tornar-se responsável pela sua empregabilidade, pode tanto oferecer condições para o crescimento pessoal, como constituir uma nova fonte de opressão, exploração ou exclusão.

Ao longo desses dois séculos, ocorreram conquistas e retrocessos. No que se refere ao processo de trabalho, houve uma maior participação dos trabalhadores; as condições de vida e de trabalho melhoram, transformando particularmente os níveis de redução do desgaste físico e dos riscos de acidentes de trabalho. Observa-se também mudanças nos padrões de exploração. Na atualidade, a capacidade de pensar, criar e tomar decisões passaram a ser mais explorada. Qualquer que seja a direção, o trabalho parece constituir-se numa fonte de sofrimento. (BRANT; DIAS, 2004).

Estudos têm identificado impactos dos diagnósticos na vida dos trabalhadores, nas relações sociais e na visão de si mesmo (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2008; MOULIN, 2012). O diagnóstico de depressão, por exemplo, altera a noção de virilidade de muitos trabalhadores e suas relações familiares, causando-lhes repercussões negativas (MOULIN, 2012). Nomear uma manifestação singular do trabalhador como transtorno, ao invés de emancipar, pode aprisioná-lo no discurso médico.

Essas ações podem significar a produção de uma subjetividade de adoecidos, em um jogo discursivo tão incapacitante quanto excludente. Trabalhadores diagnosticados como portadores de transtornos mentais têm sua trajetória moral e social alterada em função do veredito médico-sanitário. Para o trabalhador, essa prática pode significar a “certeza” de ser portador de um transtorno, munindo-o da informação necessária para iniciar uma nova trajetória em busca dos direitos e benefícios de um adoecido.

É preciso afirmar a complexidade da manifestação do sofrimento no âmbito laboral e a necessidade de cuidado e atenção no trato com essa dimensão da vida humana que, ao longo do tempo, vem sendo transformada em problemas médicos-psiquiátricos (CONRAD, 2007). Esse cuidado é fundamental, porque a construção de uma subjetividade reduzida à doença, em última instância, se torna uma prática de eliminação dos “mais fracos psicicamente”, podendo transformar um conjunto de trabalhadores em “vidas indignas de serem vividas”, conforme salienta Agamben (2009).

Afinal, a tendência de patologização dos trabalhadores – a transformação de trabalhadores em pessoas transtornadas – pode criar um mecanismo de exclusão do mercado de trabalho, além de repercussões na família, na comunidade e na vida social. Esses diagnósticos não estariam servindo para induzir formas de subjetivação reduzidas ao adoecimento? Em caso positivo, essa prática de subjetivação beiraria a um perigo: ser um dispositivo de eliminação social de muitos trabalhadores. Uma espécie de política de morte – tanatopolítica – no sentido proposto por Agamben (2009), na medida em que busca dar à classe trabalhadora a forma de adoecida mentalmente.

3. Atenção Psicossocial ao trabalhador: contextualização histórica

A identificação e a avaliação das ações de atenção psicossocial disponibilizadas no âmbito do SUS aos trabalhadores que manifestam sofrimentos decorrentes da organização do trabalho constituem uma demanda premente. A prestação desses serviços é atravessada por desafios conceituais, metodológicos e epistemológicos para a saúde mental e para a saúde do trabalhador como campos teóricos e de práticas.

As estratégias de atenção psicossocial ao trabalhador e as teorias que as fundamentam identificadas no presente trabalho foram analisadas à luz dos estudos de Foucault (1979, 1998), Herzlich e Pierret (1987) e Costa (1989a, b).

Em seu conjunto, as ações identificadas na produção intelectual podem ser compreendidas como parte do percurso do “poder disciplinar”, que foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão. Foi nas últimas décadas do século XIX que se procurou investigar os gestos e os movimentos corporais dos indivíduos em situação de trabalho.

Se nos últimos dois séculos o controle dos corpos era fundamental, na contemporaneidade a disciplina como técnica de exercício do poder na gestão do trabalho pós-industrial tem por função controlar o pensamento, a criação e as manifestações do sofrimento. Os mecanismos disciplinares do corpo, que exigiam uma acirrada vigilância de olhares sobre os trabalhadores, tornaram-se incompatíveis com a demanda da moderna organização do século XXI. Já não faz sentido que o indivíduo seja observado e cronometrado.

Cuidar do trabalhador de modo geral e, em particular, da sua “saúde mental” no interior do trabalho pós-industrial tornou-se um desses dispositivos. Em consequência, observam-se sutis tentativas de destituição do trabalhador da sua condição de sujeito para transformá-lo em paciente. Uma transformação fundada numa relação singular que envolve profissionais da saúde, gestores, trabalhadores e familiares.

Para Herzlich e Pierret (1987), nos fins do século XIX, constatou-se o deslocamento do eixo da visão religiosa e moral da doença para o eixo da interpretação científica. Doença e corpo foram objetos da ciência, tornando-se elementos centrais para formação da biopolítica (FOUCAULT, 1998). A figura do doente emergiu não apenas como um indivíduo em toda sua concretude, mas também como um fenômeno social.

Com o advento da medicina científica, novas formas de conhecimento e de práticas institucionais tornaram o paciente desvinculado do seu sofrimento. Nessa época, para conhecer a “verdade do fato patológico”, o médico precisou abstrair o sujeito, pois sua disposição, temperamento, fala, idade e modos de vida perturbavam a identificação da doença.

Nessa racionalidade, o olhar clínico foi dirigido para o corpo, representado como lugar da doença. Houve silenciamento do paciente que, em vão, tentava falar do sofrimento. A doença foi retirada de sua metafísica da maldade e passou a ocupar um estado corporal que permitiu sua leitura pela ciência. Ao instaurar o fim de uma concepção religiosa e individual da doença, acabou-se tamponando as reações de sofrimento. Logo os sintomas assumiram os significados de determinantes naturais das doenças, deixando de lado a articulação entre o sujeito e o sofrimento. Perdida a sua condição de “um bem” do sujeito, o sintoma passou a se figurar apenas como sinal de uma patologia. O sujeito, banido da cosmologia médica, deu lugar ao paciente, representado como um conjunto de órgãos e tecidos (FOUCAULT, 1998).

Um dos destinos da manifestação do sofrimento a partir do século XIX foi o hospital, que surgiu como um espaço de consolidação da identidade de doente, de assistência, segregação e exclusão (FOUCAULT, 1998; 1979).

Na atualidade, o grande número de hospitalizações desnecessárias revela as consequências históricas desse processo que pode desestruturar as famílias por seguirem as normas de saúde que lhes foram impostas. Essa linha de raciocínio pode elucidar, segundo Costa (1989a), a razão da persistência do mecanismo de tutela familiar, através da atividade médico-hospitalar.

Ainda de acordo com o citado autor, como resultado dessa prática de exclusão social, uma nova lógica biomédica se impôs: a norma familiar produzida pela ordem médica solicitava, de forma constante, a presença de intervenções disciplinares por parte de médicos, que atuavam como verdadeiros agentes de enquadramento.

4. Resultados e discussões

Das 110 produções consultadas, constatamos que as estratégias de atenção psicossocial aos trabalhadores em situação de sofrimento empregadas pelos serviços de saúde no âmbito do SUS contemplados

na produção intelectual brasileira foram: prevenção, através de um dispositivo disciplinar; utilização de instrumento de sondagem (SRQ 20); escuta e transformação do sofrimento em adoecimento; e cuidados clínicos e inclusão social nos Centros de Atenção Psicossocial.

Procedemos a seguir a descrição das estratégias de atenção psicossocial encontradas na produção intelectual brasileira no período de 2004 a 2014.

5. Prevenção: dispositivo disciplinar

Lancman (2004) discute a importância de se conhecer os processos de adoecimento para o desenvolvimento de práticas preventivas, tratamentos e reinserção laboral, garantindo assim uma participação ativa dos trabalhadores. Segundo sua concepção, o conhecimento sobre os processos de adoecimento no presente poderá evitar uma doença no futuro, o que sugere a existência de umnexo causal pensado como conexão linear, cuja correta dimensionalidade e a eliminação do agente “causa-dor” evitariam sofrimentos psíquicos que poderiam ser gerados no cotidiano do trabalho.

Segundo Merlo (2013, p.376), “o mérito da psicodinâmica: identificar a exposição do indivíduo à agressão e identificá-las em uma etapa pré patológica permite pensar em uma intervenção terapêutica precoce”. Assim, a prevenção configura-se como conjunto de práticas fundamentadas na causalidade, dado que o critério empregado é uma relação de determinação. Tal concepção não deixa espaço para a contingência e a inventividade, descartando assim a dimensão da imprevisibilidade.

Em certas situações, há uma cumplicidade entre profissionais da saúde e trabalhadores no que tange ao cumprimento das prescrições preventivas. Nelas, ambos não quebram práticas institucionalizadas de prevenção e mantêm o semblante de acatamento às normas. Cada ação tem uma intencionalidade, a partir da qual o sujeito age pensando não apenas no outro, mas também em si mesmo, estabelecendo uma complexa rede

de resistência marcada por uma “arma-ação” (*ge-stell*), oferecendo estratégias e sustentação para ambos (BRANT, 2009).

6. Instrumento de sondagem (SRQ 20)

O sofrimento como transtorno psiquiátrico é encontrado nas investigações que utilizam o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) – instrumento padronizado de mensuração e prevenção. Os vernáculos “transtorno mental”, “morbidade neurótica”, “pré-morbidade” e “distúrbios psíquicos menores” são utilizados como sinônimos (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2013).

Brant (2002) questiona as condições de possibilidade do SRQ-20 para “medir a prevalência de distúrbios mentais”, “avaliar a saúde mental” e “analisar o sofrimento psíquico”. Nesse caso, estariam alguns pesquisadores considerando os termos distúrbios mentais e saúde mental como opostos; ou seja, a saúde como ausência de doença.

Na quase totalidade das 110 produções científicas, esses termos são destituídos de descrições e conceituações que possam diferenciá-los. A sua descrição sem referência conceitual pouco significa, apenas favorece a reprodução da velha polaridade entre doença e saúde. Em relação ao vernáculo “mente”, a situação não é tão diversa, uma vez que, nas palavras de Rorty (1999, p.16), ele carrega “algo misterioso, incapaz de ser descrito...”. De forma semelhante, Athayde (2013, p.346) nos diz que “a noção de mental está eivada de problemas não resolvidos. O uso da expressão saúde mental se define mais pela ausência ou presença de doença mental”.

A prevenção de doenças mentais se faz tomando por base a experiência e a detecção precoce de distúrbios psiquiátricos menores, o que faz com que o sofrimento acabe assumindo a conotação de uma entidade etiológica já conhecida. Repete-se assim, com essa abordagem, a mesma lógica da “história natural das doenças” no século XIX. A triagem com fins preventivos em populações humanas aponta para uma visão do sofrimento como um mal a ser evitado, capaz de desencadear doenças mentais.

7. Escuta e a transformação do sofrimento em adoecimento

Quase três séculos após as primeiras ações de prevenção médica, já não há lugar para a expressão do sofrimento no âmbito do trabalho. As modernas organizações são capazes de reconhecer a doença, mas não o sofrimento. Quando expresso, é diagnosticado como perturbação mental, evidenciando a introjeção do discurso médico. Como consequência, tornam-se necessários a consulta e o parecer de profissionais, que estão sempre de plantão para corrigir os excessos e as faltas, além de encaminhamentos para especialistas como medida preventiva.

O processo de transformação do sofrimento em adoecimento não se faz sem consequências, uma vez que ele discrimina, estigmatiza e exclui. Abre ainda espaço para a medicalização do sofrimento por meio da prescrição indiscriminada, principalmente de antidepressivos e ansiolíticos. Evidenciar a interpretação patológica do sofrimento significa criticar um conjunto de práticas que permite a enunciação de doenças.

As abordagens sobre o sofrimento psíquico trazem em seu interior concepções negativas, patologizantes e, raramente, acepções positivas que evidenciam as transformações operadas em razão da manifestação do sofrimento. Essa psicopatologização pode ser traduzida em expressões como transtorno mental menor, distúrbio psiquiátrico menor, morbidade neurótica e pré-morbidade. A positividade atribuída à manifestação do sofrimento está localizada, de modo geral, nos estudos cujo referencial teórico é a psicanálise (UCHIDA, 1998; BRANT; DIAS, 2004).

8. Centros de Atenção Psicossocial: cuidados clínicos e inclusão social

O objetivo dos CAPS é acolher as pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, oferecendo cuidados clínicos e reabilitação psicossocial, evitando internações e favorecendo o exercício da cidadania e a inclusão social. É sua função, ainda, organizar a demanda e a rede de saúde mental em seu território, supervisionando e capacitando

os profissionais da rede básica e das unidades hospitalares, regulando a rede de assistência e cadastrando os pacientes que utilizam medicação psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Segundo Severo e Dimenstein (2011), nos CAPS são desenvolvidas atividades grupais, abrangendo oficinas de artesanato e grupos terapêuticos. Dança, passeios e sessões de cinema são inseridos na programação conforme a demanda dos usuários.

Para Ramminger& Brito (2011), as atividades oferecidas são oficinas (música, caminhada, jornal, artes, vídeo, bazar, beleza), grupos terapêuticos, atendimento individual, acolhimento, visitas domiciliares e hospitalares. As autoras afirmam que os trabalhadores dos CAPS, de modo geral, vivenciam um paradoxo: de um lado, encontram-se frente a uma inflação de normas e, de outro, faltam-lhes normas essenciais para realizar suas atividades. O excesso de normas ocorre porque as políticas, diretrizes e portarias, geradas com olhar dirigido à qualidade da atenção à saúde, apontam múltiplas metas a serem perseguidas, além de várias regulamentações.

Concluem então que os trabalhadores de saúde mental parecem precisar de orientações e referências mais concretas para a realização de seu trabalho e de meios mais adequados para alcançar as metas. É nesse sentido que falamos de ausência de normas. O trabalho em equipe é enfatizado como o grande diferencial no serviço prestado pelos CAPS (RAMMINGER; BRITO, 2011).

Gestores, trabalhadores e usuários, segundo Silva, Lancman e Alonso (2009), apresentam dificuldades de reconhecer o que é produzido em um CAPS. Tal situação, aliada à complexidade dos objetivos propostos, gera a incapacidade de reconhecer a qualidade e a quantidade do que foi feito em um dado período. Para esses autores, a dificuldade da gestão do serviço decorre também da imprecisão no estabelecimento do início e fim dos tratamentos, devido ao caráter crônico, cíclico e incurável dos pacientes. Revelam ainda que há dificuldade por parte dos gestores em enumerar as

atividades e discriminar onde despender suas horas trabalhadas. Por fim, citam que a permanência dos usuários no serviço é longa, as chances de recuperação são baixas, os resultados são lentos, e o desligamento ou melhora clínica não caracterizam nem o final nem o êxito do atendimento.

9. Considerações finais

O estudo demonstrou a fragilidade da produção intelectual brasileira nos últimos dez anos no que tange à fundamentação teórico-conceitual das estratégias de atenção psicossocial ao usuário em situação de sofrimento, de modo geral e, em particular, dos trabalhadores.

A quase ausência de registros na literatura sobre as estratégias de atenção psicossocial ao trabalhador nos serviços públicos não é fruto apenas das dificuldades teórico-conceituais. A construção de estratégias contemplando a especificidade do sofrimento no âmbito do processo de trabalho sinaliza a existência de relações de poder – ações de alguns sobre as ações de outros, segundo Foucault (2010). Portanto, essa baixa produção situa-se numa zona fronteira entre o dentro e o fora, no limite da sociedade disciplinar (FOUCAULT, 1998).

A construção de estratégias de atenção psicossocial no âmbito do SUS pode contribuir para despertar o desejo de trabalhar como um dos fundamentos da vida. A frágil inexistência de ações fundamentadas teoricamente, como vimos, é a expressão da inércia dos serviços de saúde, contribuindo para a estagnação e a repetição de uma inclusão excluída (AGAMBEN, 2009). Portanto, é uma negação da vida,

uma insubordinação ao conjunto de forças geradoras de mudanças.

Interpretamos essa lacuna na produção intelectual como expressão da transição da sociedade disciplinar para a de controle, como nos ensina Deleuze (2006). Portanto, o baixo número de relatos acerca das estratégias de atenção psicossocial é facilmente confundido com dificuldade teórico-metodológico. Em contrapartida, constatamos inúmeras ações de atenção psicossocial, mas destinadas aos usuários de modo geral. Situação que demonstra a pequena importância dada ao trabalho como categoria central, fonte de preocupação das famílias na construção de “projetos de educacionais” de seus herdeiros.

O sofrimento, negado e exilado da dimensão humana, perde seu lugar enquanto expressão privilegiada de processos de subjetivação. Revela-se como desafio para os profissionais da saúde à medida que eles não conseguem lidar com as diferenças, com o que escapa aos padrões nosográficos estabelecidos pelo paradigma biomédico. Ainda que teoricamente afirmem o contrário, na prática continuam vasculhando a doença como instância cravada nas entranhas do corpo. Mas, o que fazer quando a ameaçadora queixa é estrangeira ao corpo? Mesmo manifestando-se através dele, não o habita, mas se faz presente com indeterminação, contingência e excesso. Eis o grande desafio para os serviços de atenção psicossocial ao trabalhador no âmbito dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

Autoria: Todos os autores trabalharam nas diversas etapas de coleta de dados e de produção do texto.

Referências

- AGAMBEN, G. **O que é o contemporâneo?** Chapecó: Argos, 2009.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** São Paulo: Cortez, 2000.
- ATHAYDE, M. Saúde Mental e trabalho: questões para discussão no campo da saúde do trabalhador. In: MINAYO-GOMEZ *et al.* **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 345-367.

BELLUZZO, L. G. A indústria prostrada. **Carta Capital**, São Paulo, 19 ago. 2015. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/revista/862/a-industria-prostrada-8227.html>>. Acesso em: 04 dez. 2015.

BRANT, L. Sujeito e sofrimento entre trabalhadores que ocupam cargo gerencial. **Dissertação** (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

BRANT, L. Processo de transformação do sofrimento em adoecimento no âmbito da gestão do trabalho. **Tese** (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

BRANT, L.; DIAS, E. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 942-949, 2004.

BRANT, L.; DIAS, E. Trabalho e construção do sujeito: o sofrimento no âmbito da gestão. In: VIEIRA, A.; Alves, M.; Garcia, F. C. **Trabalho e gestão Saúde e inclusão social**. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

BRANT, L.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Revista Ciência e Saúde Coletiva Rio de Janeiro**, v. 9, n. 1, p.213-223, 2004.

BRANT, L.; MINAYO-GOMEZ, C. Manifestações do sofrimento e estratégias de resistências no âmbito da gestão. **Revista Saúde e Soc.**, v.8, n.2, p.237-247, 2009.

BRANT, L.; MINAYO-GOMEZ, C. A temática do sofrimento nos estudos sobre trabalho e saúde. In: MINAYO-GOMEZ *et al.* **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 385-408.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Estatísticas – CID-10**. Brasília/DF: Ministério da Previdência e Assistência Social, 2015. Disponível em <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatisticas/tabelas-cid-10/>>. Acesso em: 30set.2015.

CAOLI, C.; CAVALLINI, M. Desemprego fica em 8,1% no trimestre até maio, diz IBGE. **G1**, Rio de Janeiro/São Paulo, 09 jul. 2015. Disponível em:<<http://g1.globo.com/economia/noticia/2015/07/desemprego-fica-em-81-no-trimestre-ate-maio-diz-ibge.html>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins Press, 2007.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Xenon, 1989a.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1989b.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2006.

DUFOUR, D.R. Les désarrois de l'individu-sujet. **Le Monde Diplomatique**, Paris, février, 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

FREUD, S. **Além do princípio do prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. Campinas: Papyrus, 2001.

EUROSTAT. **Harmonised unemployment rate by sex**. Europa, 2015. Disponível em:<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/printTable.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=teilm020&printPreview=true><<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/printTable.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=teilm020&printPreview=true>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

- HERZLICH, C.; PIERRET J. **Illness and self in society**. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1987.
- LANCMAN, S. Construção de novas teorias e práticas em Terapia Ocupacional, Saúde e Trabalho. In: LANCMAN, S. **Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004. p. 71-83.
- LAZARUS, S. Anthropologie ouvrière et enquêtes d'usine: état des lieux et problématique. **Ethnologie française**, v. 3, n. 31, p. 389-400, 2001.
- LOPES, J. C. **A voz do dono e o dono da voz: trabalho, saúde e cidadania no cotidiano fabril**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- MERLO, A. O trabalho e a saúde mental no Brasil: caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In: Minayo-Gomez *et al.* **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 369-383.
- MOULIN, M.G. B.; MORAES, A. B. T. Vamos fazer poeira! Fontes e expressões da pressão no trabalho do setor de rochas ornamentais no Espírito Santo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.35, n.122, p. 192-200, 2012.
- PORTES, E. *et al.* Programa de viabilização para o mercado de trabalho junto a formandos em engenharia da UFMG. In: **Congresso Brasileiro de Ensino de Engenharia**, 23, 1995, Recife. **Anais...** Recife, 1995.p. 591-95.
- RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 150-160, 2011.
- RORTY, R. **Ensaio sobre Heidegger e outros**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.
- VASQUEZ-MENEZES, I. Por onde passa a categoria trabalho na prática terapêutica? In: CODDO, W. (Org.). **O trabalho enlouquece?**. Petrópolis: Vozes, 2004.
- SEVERO, A.K.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n.2, p. 340-349, 2011.
- SILVA, M. T.; LANCMAN, S.; ALONSO, C. M. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, supl.1, p.36-42, 2009.
- UCHIDA, S. Temporalidade e Subjetividade no Trabalho Informatizado. **Tese** (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.