

A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS

Ana Carolina Florence de Barros

Marcia Hespanhol Bernardo

USP / Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Este trabalho é decorrente de uma pesquisa de Iniciação Científica subvencionada pela FAPESP (processo nº 2010/15910-4), realizada no ano de 2011 e intitulada “A organização do trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial em tempos de neoliberalismo e suas repercussões para os trabalhadores da Saúde Mental”.

A pesquisa discutida no artigo é parte do projeto institucional da coautora Marcia Hespanhol Bernardo, intitulado “O capitalismo organizacional como fator de risco psicossocial em universidades e serviços de saúde públicos no contexto brasileiro”, realizada na PUC Campinas nos anos de 2010-11 e aprovado pelo Comitê de Ética da mesma universidade sob o nº 332/09.

O Trabalho não foi apresentado em evento científico externo à universidade e não há conflito de interesses envolvidos na pesquisa.

Resumo: O presente artigo é fruto de pesquisa na qual se buscou investigar como a lógica neoliberal atual tem sido absorvida na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores. Para tal, optou-se pela utilização de metodologia qualitativa e foram realizadas entrevistas reflexivas em profundidade com profissionais de diferentes serviços de saúde de um município do interior de São Paulo. Aqui, são discutidos os resultados referentes, especificamente, aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – que são dispositivos substitutivos ao manicômio, destinados à atenção à saúde mental na rede SUS – tomando-se como base duas entrevistas reflexivas em profundidade. Os entrevistados revelaram que a precarização do trabalho nos CAPS pode ser identificada em vários aspectos: formas de contratação, número de horas trabalhadas, insuficiência dos equipamentos em relação à demanda do território, número de trabalhadores inferior ao necessário. A combinação desses elementos produz um desgaste que se soma àquele decorrente do próprio cuidado com usuários da saúde mental. As falas dos entrevistados indicam, ainda, que tal situação de precariedade no trabalho é vista por eles de forma fatalista, como uma situação inevitável, ainda que demonstrem compreender quais as mudanças possíveis no cenário atual.

Palavras chave: trabalho, saúde mental, desgaste mental, CAPS.

NEOLIBERAL LOGIC IN PUBLIC HEALTH AND ITS REPERCUSSIONS FOR CPA'S WORKER'S MENTAL HEALTH

Abstract: *The present article results of a research investigating how the current neoliberal logic has been absorbed by Public Health and its repercussions to workers's mental health. For such, qualitative methodology was chosen and reflexive interviews were conducted with professionals working in different health services in the state of Sao Paulo. This paper discusses results of a specific type of health service – the CPA – designed to replace the psychiatric hospital in the care of mental health patients within the Public Health System. For such, two interviews were used to produce the data. The interviewed subjects revealed that work precarity in CPAs can be identified in several aspects: multiple work contracts, number of worked hours, insufficient equipments for large territorial extensions, inferior number of workers considered necessary. The combination of these elements produces suffering which adds to that deriving from the care of mental health patients. The interviews indicate that such work precarity is viewed by workers in a fatalist way, as an inevitable situation, although they demonstrate understanding the possible changes in current scenario.*

Key Words: *work, mental health, mental wear down, CAPS.*

INTRODUÇÃO

O presente artigo deriva de uma pesquisa, na qual se buscou investigar como a lógica neoliberal atual tem sido absorvida na saúde pública, como os trabalhadores vivenciam esse contexto as repercussões para sua saúde mental. Aqui, são apresentados os resultados referentes a um tipo específico de unidade de saúde pública: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se caracterizam pelo atendimento em saúde mental para a população. Considera-se que a prestação deste serviço especializado exige a preservação mínima da saúde mental dos próprios trabalhadores. Para o desenvolvimento da pesquisa, partiu-se do pressuposto de que, na atualidade, a introdução de novas tecnologias e a globalização da economia com um cunho claramente neoliberal tem provocado rápidas e profundas mudanças no chamado mundo do trabalho (Antunes, 1995). A 'flexibilidade' se torna palavra de ordem no discurso empresarial, mas é na imposição de relações de trabalho 'duras' que ela se expressa de forma mais impactante (Bernardo, 2009). Tais mudanças se iniciaram nas fábricas, mas vêm se expandindo para todos os setores da sociedade, incluindo serviços públicos voltados para as necessidades básicas da população como os de educação e de saúde, sendo identificado em praticamente todo o mundo ocidental. Assim, pode-se dizer que a divulgação do "novo espírito do capitalismo" (Boltanski; Chiapello, 1999) tem sido tão eficiente na afirmação de uma economia de mercado globalizado que já coloniza quase todos os âmbitos da vida humana individual e coletiva (Blanch-Ribas & Cantera, 2011).

Não por acaso, uma das principais características que marca o espírito 'flexível' do capitalismo na atualidade diz respeito à reformulação do papel do Estado, que deve estar cada vez mais 'enxuto', deixando para o 'mercado' o controle e a regulação dos

diversos setores que envolvem a sociedade. Nesse contexto, a educação e a saúde também se convertem em mercadorias e, conseqüentemente, a Saúde Pública que deveria manter certa independência da lógica de mercado, agora, também passa a ser regida por uma retórica muito similar a do setor privado. Esse fato traz conseqüências diretas sobre a vivência dos trabalhadores dessas instituições, seja sobre as relações de trabalho seja na organização dos processos de trabalho. Deve-se destacar, ainda, que a qualidade do serviço prestado também pode ser afetada.

Parece ser possível afirmar que sua característica mais marcante esteja na política da desregulação das relações de trabalho, especialmente, com relação às terceirizações de atividades, cada vez mais frequentes em todos os setores, sejam privados ou públicos. Essa precarização tem características objetivas, como mostram Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), quando destacam as dimensões do processo de desestabilização do mundo do trabalho desde a década de 1980. As autoras apontam para os vínculos de trabalho e relações contratuais como importantes aspectos deste processo, marcados pela diminuição de benefícios aos trabalhadores, como plano de saúde, transporte, alimentação, e perda salarial.

Tal precarização abrange desde a organização do trabalho, com destaque para a intensificação do ritmo de trabalho e a competitividade entre colegas, até os vínculos contratuais, cada vez mais instáveis e inseguros. Franco, Druck & Seligmann-Silva. (2010) afirmam, ainda, que a vivência de trabalho nessas circunstâncias pode trazer uma série de conseqüências negativas para a sociabilidade e saúde mental dos trabalhadores. A dimensão simbólica da valorização do trabalho também pode ser afetada, tanto no que diz respeito à construção identitária do sujeito, como ao reconhecimento social que decorre do posto ocupado. Além disso, essa vivência laboral dificulta a mobilização coletiva dos trabalhadores, fragilizando as organizações sindicais e, dessa forma, aumentando a vulnerabilidade do sujeito.

Linhart (2000 e 2009) também afirma que os modelos de trabalho predominantes na atualidade, baseados na ideia de flexibilidade, apresentam características que trazem outros tipos de sofrimento ao trabalhador. Entre eles, podem ser destacadas as exigências de múltiplas competências; o trabalho cada vez mais intelectualizado e abstrato; a dissolução da demarcação clara das hierarquias, substituídas por uma exigência que recai sobre o próprio trabalhador e a chamada “hiperpersonalização”, caracterizada pelo foco no sujeito individualmente e não nos coletivos no trabalho.

No que diz respeito ao foco do presente artigo, vale retomar a afirmação de Blanch-Ribas & Cantera (2011) de que essa lógica não é restrita ao setor privado, estando cada vez mais presentes nos serviços públicos, incluindo os de educação e de saúde. Trata-se da incorporação pelo setor público de valores que caracterizam as empresas privadas, tais como o individualismo, a livre concorrência e, em última instância, a busca de gastos mínimos com recursos humanos visando o máximo da produtividade. A incorporação da lógica capitalista nos setores públicos costuma ser acompanhada de um discurso que enfatiza uma suposta incompetência do Estado na gerência dos serviços e valoriza aspectos típicos de uma empresa privada como, por exemplo, a produtividade, a eficiência, a competitividade e a rentabilidade. Observa-se, assim, que também no nível da retórica as características são similares ao que se observa nas empresas privadas na atualidade, quando é afirmado a positividade da substituição da ‘rigidez’ que teria caracterizado os modelos de trabalho hegemônicos

durante grande parte do século XX, por propostas mais ‘flexíveis’ (Bernardo, 2009). No entanto, os aspectos ‘flexibilizados’ são, grosso modo, aqueles que envolvem as relações de trabalho, que passam a ser muito mais instáveis e individualizadas, especialmente, pela adoção de contratos temporários e/ou terceirizados.

Além da precarização objetiva do trabalho que afeta, sobretudo, os trabalhadores que ingressam no setor público por meio de contratos precários, há também consequências para aqueles que ingressaram por meio de concurso público, os quais, do ponto de vista objetivo e material, têm suas condições trabalhistas asseguradas (Bernardo, Verde & Garrido-Pinzón, 2013). As exigências apresentadas a eles leva a outro tipo de precarização, mais relacionada a forma como se relacionam com sua atividade. Trata-se da “precarização subjetiva”, definida por Linhart (2009) como a sensação de não se sentir apto para realizar seu próprio trabalho e estar em constante demanda de adaptação para cumprir as exigências laborais sem o apoio ou suporte de colegas ou superiores hierárquicos, como resultado direto da sistemática individualização do trabalho e competitividade.

Todos esses aspectos podem levar ao “desgaste mental” relacionado ao trabalho (Seligmann-Silva, 2011), o qual, frequentemente, inicia-se com uma vivência de sofrimento psíquico, atingindo, depois, tanto aspectos psicoafetivos como cognitivos e orgânicos. Essa noção que norteia a discussão apresentada neste artigo decorre da formulação da ideia de desgaste apresentada por Laurell & Noriega (1989). Esses autores partem de uma compreensão marxista do processo saúde-doença e, assim, defendem que a relação saúde-doença no trabalho deve ser compreendida no interior das relações de produção capitalistas. Mantendo a coerência com esses pressupostos, Seligmann-Silva (2011) afirma que o desgaste mental no trabalho se dá na forma de um processo constituído de “experiências que se constroem, diacronicamente, ao longo das experiências de vida laboral e extralaboral dos indivíduos” (Seligmann-Silva, 2011, p. 142). Trata-se, assim, de uma perspectiva teórica que parte da ideia de que, para compreender a relação saúde mental-trabalho, deve-se considerar, além dos aspectos individuais, também o contexto sócio-histórico que em que os trabalhadores se encontram.

Sendo assim, não é possível analisar o desgaste mental sem considerar os modos de organização do trabalho, levando em consideração as potencialidades psíquicas do sujeito, as relações intersubjetivas no trabalho e a dominação do trabalho na lógica neoliberal da produtividade (Seligmann-Silva, 2011). Também não se deve restringir a análise apenas às condições objetivas mais óbvias, que incluem, por exemplo, o tipo de contratação, número de horas e relações hierárquicas, mas também ao jogo afetivo e emocional que a organização do trabalho na modernidade implica e que pode ter repercussões na saúde mental dos trabalhadores.

No caso de trabalhadores do setor público de saúde vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são focalizados na pesquisa apresentada aqui, deve-se levar em conta o contexto atual no qual estão inseridos, além das características históricas das políticas públicas de saúde e, especialmente, as de saúde mental. Conforme será discutido mais adiante, as próprias características do tipo de atenção prestada nesses serviços – voltado para o sofrimento mental extremo – já é uma fonte de desgaste, que pode ser agravada pelas condições de trabalho oferecidas aos profissionais.

Antes, então, de apresentar a discussão proposta, vejamos algumas características do contexto histórico da construção da atual política de atenção à saúde mental na saúde pública brasileira.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Saúde Mental no Brasil

A Saúde Mental, hoje, é uma das áreas de atenção abrangida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, vale lembrar, surgiu no contexto da redemocratização que teve grande impulso no final dos anos 1970 e que culminou com a promulgação da chamada “Constituição Cidadã” em 1988 (Sato; Lacaz & Bernardo, 2006). Na sua essência, o SUS se opõe às propostas econômicas que valorizam a produtividade e o lucro, que caracterizam o capitalismo contemporâneo. No entanto, nunca se constituiu como um sistema totalmente público. De acordo com Santos (2008) “uma tendência histórica do SUS de conciliar com interesses privados – financeiros, patrimonialistas ou corporativos –, que, se por um lado nos permitiu criar o SUS, por outro lado, tem impedido a cabal construção de um sistema nacional e público de saúde” (p. 1). Campos (2007) também afirma que o SUS enfrenta, desde sua criação, dificuldades marcantes, principalmente relacionadas à sua lógica de bem estar social e maior participação do Estado na garantia dos direitos básicos dos cidadãos. Assim, segundo o autor, apesar de apresentar uma proposta contra-hegemônica e ter auxiliado a população brasileira em um momento histórico profundamente desfavorável, a reforma sanitária que se deu com a implantação do SUS foi heterogênea e incompleta, sobretudo, em função do desenvolvimento do sistema neoliberal que também se fortalece nas últimas décadas.

Mas, se o SUS nunca foi implantado em sua plenitude, mais recentemente, tem havido uma mescla ainda maior entre a racionalidade pública e a lógica privatista na saúde, produzindo uma insidiosa entrada do modelo liberal-privatista no âmbito da saúde pública. Isso se manifesta especialmente na entrada de entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, na gestão em variados níveis da saúde pública, com a consequente introdução de novas formas de contratação, seja de serviços ou de trabalhadores, Mistura-se, assim, a racionalidade social do cuidado prestado aos usuários com os meios privatistas de se contratar e gerenciar os trabalhadores. Desse contexto decorre uma precarização do trabalho nos mais variados serviços do SUS, incluindo aqueles responsáveis pela atenção à Saúde Mental.

Deve-se destacar que a incorporação dessa lógica também vai na direção contrária do que foi buscado com a reforma psiquiátrica brasileira, que foi gestada a partir da década de 1970. Nessa proposta, o cuidado oferecido ao doente mental do modelo asilar médico centrado, que predominava até então, foi deslocado para um modelo de atenção que visa à reinserção social do sujeito bem como o cuidado no âmbito da saúde pública, realocando a loucura enquanto fenômeno social (Amarante, 2009). Foi em 1989, a partir da aprovação do projeto de lei Paulo Delgado (Amarante, 1995), que começou o processo de legitimação política e legal dessa política de saúde mental. Esse novo modelo de cuidado, segundo Berlinck *et al* (2008),

... redireciona o modelo da assistência psiquiátrica; regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos, e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária ou desnecessária; impulsiona a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de

auxílio-reabilitação (...) e assegura medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental etc (p. 22).

As políticas públicas em saúde mental no Brasil estão, assim, totalmente inseridas no contexto do SUS e, portanto, enfrentam a mesma ameaça de uma passagem da administração pública para entidades não públicas¹, de modo a não serem mais de responsabilidade exclusiva do Estado (Schmidt, 2003).

É importante ressaltar que a organização do trabalho e os aspectos objetivos da precarização decorrente da entrada da lógica neoliberal na saúde pública não são produtores exclusivos de desgaste mental nos trabalhadores de saúde mental. O trabalho em instituições permeadas pelo contato intenso com a loucura também é um importante fator de desgaste, que deve ser considerado na gestão cotidiana desses serviços (Enriquez, 1991). Além da competência clínica e o saber teórico exigidos do trabalhador que cuida do sujeito em sofrimento psíquico, há a necessidade de que esse trabalhador compreenda e articule sua prática com os preceitos sociais, éticos e políticos que a reforma psiquiátrica institui (Pereira Furtado & Onocko Campos, 2005). O trabalhador, portanto, é, de certa forma, um dos elementos-chave para que a reforma psiquiátrica se consolide para além de ideal político ou da utopia. Vemos, então, que já há condições peculiares no trabalho com Saúde Mental, que, quando associadas à precariedade objetiva e subjetiva, pode ter consequências importantes.

Diversos estudos mostram que o desgaste psicológico dos trabalhadores da Saúde Mental é intenso (Figueiredo, 2007; Ferrer, 2007; Oliveira, 2007; Silva, Lancman & Alonso, 2009), seja através de revisões bibliográficas acerca do tema, trabalhos etnográficos enfatizando a vivência dos trabalhadores ou sob a ótica da gestão. Há consenso em relação às condições precárias de trabalho e suas consequências diretas tanto no âmbito das práticas assistenciais como para a saúde do trabalhador, frequentemente mal pagos, trabalhando intensamente durante muitas horas, com equipes reduzidas e demanda intensa.

Tais fatos justificam a importância de pesquisas que focalizem a vivência dos trabalhadores da saúde mental no SUS, no contexto contraditório atual e não apenas suas práticas tomadas isoladamente. Foi essa compreensão que inspirou a pesquisa que embasou a discussão apresentada a seguir, a qual teve como objetivo compreender as vivências de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com relação às características da lógica neoliberal que têm sido absorvidas pela saúde pública na

¹ Aqui, optou-se por utilizar essa denominação por se entender que ela seja mais abrangente, uma vez que os diferentes municípios e estados têm realizado parcerias com entidades das mais diversas modalidades jurídicas, que vão desde empresas privadas até as chamadas “Organizações Sociais (OSs)” ou “Fundações”, que não teriam fins lucrativos.

atualidade, traduzidas nos convênios de gestão entre entes públicos e não públicos. Considerou-se a articulação de dois aspectos essenciais, quais sejam: as repercussões desta lógica para a saúde dos trabalhadores de saúde mental e o modo como a organização do trabalho afeta direta ou indiretamente a assistência e cuidado dos pacientes/usuários destes serviços.

MÉTODO

O tipo de delineamento adotado na pesquisa que embasou este artigo teve caráter qualitativo e foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. Foram realizadas entrevistas reflexivas em profundidade, orientadas pelos objetivos do trabalho. Conforme afirmam Hammersley e Atkinson (2001), a principal diferença entre esse tipo de entrevista e aquelas com questionários fechado não é, como frequentemente se sugere, que umas sejam “desestruturadas” e as outras “estruturadas”. Todas as entrevistas, como qualquer outro tipo de interação social, são estruturadas, tanto pelo investigador como pelo informante. A diferença fundamental está em que umas são entrevistas reflexivas e outras são padronizadas.

Desse modo, a entrevista iniciou-se com a solicitação de que os entrevistados relatassem como era seu cotidiano de trabalho e, no seu transcurso, a entrevistadora introduziu outras questões de maneira informal, no sentido de obter informações relevantes não apresentadas no discurso dos entrevistados ou para aprofundar alguns aspectos trazidos. Apesar de focalizar apenas um município, a pesquisa não teve o objetivo de avaliar uma realidade específica, mas identificar, a partir da análise mais aprofundada da vivência dos próprios trabalhadores, aspectos psicossociais do “modelo” de gestão do trabalho que vem sendo aplicado em instituições públicas de saúde em várias partes do país.

Tendo em vista as características peculiares da atenção à saúde mental, que tem maior potencial gerador de desgaste mental, aqui serão discutidos o conteúdo das entrevistas realizadas em 2011 com dois profissionais de saúde que atuavam em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III² e pertenciam à mesma categoria profissional. Ambos são psicólogos, do gênero masculino, vinculados a suas respectivas instituições há um e três anos, respectivamente. A escolha por psicólogos se deu em função da rede de relações que mediou os contatos para as entrevistas (Hammersley & Atkinson, 2001) e também por se levar em conta que essa categoria profissional tem um papel significativo na atenção prestada nesses serviços.

O número reduzido de entrevistas se justifica pela densidade buscada, de modo que foi possível aprofundar a vivência dos trabalhadores no cotidiano do trabalho com vistas a relacionar os dados obtidos com a produção intelectual disponível sobre o

² Os CAPS III contam com leitos para cuidado intensivo dos usuários, em casos que isso seja absolutamente necessário e funcionam 24 horas por dia, conforme regulamenta a portaria.

assunto pesquisado. Dessa forma, não se buscou dados que possibilitassem uma generalização e, sim, a compreensão da complexidade (Becker, 1999) que envolve a vivência de profissionais de saúde no contexto pesquisado.

O conteúdo das entrevistas foi transcrito e nomes fictícios – João e Felipe – foram atribuídos aos entrevistados a fim de manter sigilosas suas identidades. O material foi submetido a uma análise preliminar e categorizado (Bardin, 2002; Gomes, 2007) com o objetivo de delinear eixos temáticos originados a partir das falas dos sujeitos entrevistados em relação ao tema da pesquisa. Em seguida, os eixos temáticos foram interpretados (GOMES, 2007) à luz das publicações atuais sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os trabalhadores da saúde pública são, atualmente, contratados de duas maneiras no município focalizado na pesquisa: por meio de concursos públicos ou de contratação direta via processos seletivos gerando vínculos empregatícios sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que não contempla os benefícios e planos de carreira, operam com pisos salariais inferiores e não oferecem diversas bonificações e aumentos salariais sucessivos por tempo de trabalho, nem a estabilidade que ao servidor público é garantida. Tal autonomia na forma de contratação é decorrente da gestão indireta de serviços de saúde por uma entidade não pública. No ano de 2011, o município em questão contava com dois tipos de gerenciamento de Centros de Atenção Psicossociais: alguns eram geridos diretamente pela Secretaria de Saúde e outros estavam subordinados a essa entidade não pública. Essa gestão terceirizada foi viabilizada por um convênio estabelecido entre a Secretaria de Saúde e a entidade não pública cerca de dez anos antes.

Esse quadro exemplifica a relação entre as racionalidades social e privatista já presente na construção e implementação do SUS no Brasil desde sua criação, e mostra que há uma tendência à terceirização da gestão dos serviços, principalmente, sob a justificativa da morosidade das contratações via concursos públicos e da necessidade de manutenção dos custos com recursos humanos dentro dos limites estabelecidos pela chamada “Lei de Responsabilidade Fiscal” (Brasil, 2000). Tal relação mostra-se cada dia mais evidente e se materializa, não sem consequências para as relações de trabalho e para a prestação de cuidado, no cotidiano dos trabalhadores da saúde pública (Campos, 2007). Importante ressaltar que o convênio de co-gestão firmado entre a Prefeitura e a entidade não pública foi justificado como sendo a maneira de viabilizar o projeto de Reforma Psiquiátrica no município em questão.

Essa realidade se faz presente no cotidiano do trabalho e pôde ser verificada nas entrevistas realizadas. Tanto João como Felipe são trabalhadores de CAPS com contratos de trabalho regidos pela CLT. João aponta para as diferentes formas de contratação no exercício de uma mesma função: “*Eu tenho colegas que são funcionários públicos e ganham diferente, [têm] licença prêmio, possibilidade de abonar [faltas]*”. De acordo com João, há diferenças nos processos de negociação das férias, que podem ser divididas em dois períodos para os funcionários públicos e não para os celetistas. O mesmo ocorre com relação ao pagamento de plantões realizados no final de semana, em dinheiro para um grupo e, em banco de horas, para outro.

Quando questionado acerca das repercussões que esses diferentes vínculos empregatícios têm no cotidiano do trabalho, João respondeu que, no geral, o incômodo é tratado a partir do riso e da piada, estratégias que evidenciam as diferenças sem produzir atritos: “*acho que fica mais leve quando você pode virar pro outro, falar das diferenças que tem e dar risada*”.

Os trabalhadores entrevistados reconhecem as diferentes vinculações empregatícias no ambiente de trabalho, mas parece haver uma naturalização desse fenômeno, como se ele fosse inevitável, o que pode ser observado no relato de João: “*eu tenho isso muito claro, nunca tive dúvida, nunca achei que fosse ser enganado, enfim, que iria ganhar um adicional para fazer plantão de final de semana, sei que é em horas*”. A despeito disso parece haver ainda uma insatisfação latente: “*falta um espaço pra gente discutir [as diferenças]*” (João). Onocko Campos (2005) aponta para a importância de espaços proporcionados pela gestão para que as articulações clínico-políticas possam ser tecidas por uma equipe, privilegiando a circulação da palavra como forma de elaboração do mal estar e da construção de um trabalho implicado sem deixar de fora a realidade material e objetiva que determina diversos aspectos que vão repercutir na assistência prestada.

A naturalização dessa situação parece ter como consequência direta o não posicionamento dos trabalhadores mesmo em contextos em que a circulação da palavra é possível: “*tem momentos que há a possibilidade pra isso ser discutido (mas), aí os trabalhadores não se mobilizam, a gente não se mobiliza*” (João). Tal arranjo produz desconforto e sensação fatalista, considerando que o discurso da gestão municipal apresenta um cenário sem aparente superação do problema de escassez de recursos humanos na saúde fora da lógica da terceirização das contratações de trabalhadores por meio do convênio citado. João afirma que “*não tem como romper um convênio desses porque você desmonta a rede [de saúde]*”, levando a pensar que o discurso institucional é absorvido pelos trabalhadores sem que uma crítica consistente seja tecida, desta forma, a situação parece ser sem saída.

O modo como os trabalhadores parecem enfrentar o cotidiano laboral está em consonância com as afirmações de Franco *et al.* (2010) de que uma das dimensões da desestabilização no mundo do trabalho está, justamente, ligada à natureza da representação e organização coletiva. As autoras afirmam que, no contexto do trabalho terceirizado, há um enfraquecimento das entidades coletivas políticas representantes dos trabalhadores, como os sindicatos. Apesar de se referirem especialmente aos trabalhadores do setor privado, o mesmo pode ser observado no contexto do CAPS, onde a organização política dos trabalhadores não ocorre e os espaços de reivindicação ficam esvaziados, resultando na percepção de que a situação enfrentada é inevitável.

A gestão indireta permite ainda certos arranjos irregulares: “*sou contratado para fazer 36, acabo fazendo 34, fico devendo 2 horas toda semana, porque, no fim do ano, isso mais ou menos compensa os plantões de 12 horas que eu vou fazer ao longo do ano*”, conta João, referindo-se a essa prática como “*um bem bolado*”, para que as horas de plantão não sofram os acréscimos necessários caso fossem oficializadas enquanto tal.

Um dos aspectos que parece gerar sofrimento nos trabalhadores é o contraste entre seu envolvimento com as propostas da Reforma Psiquiátrica e a existência de que há número insuficiente de profissionais para realizar a assistência preconizada, que envolve diversas atividades de cuidado, bem como a atenção à crise. Nesse contexto, cabe à

equipe buscar organizar alguma maneira de manter o CAPS aberto e garantir o mínimo necessário à complexidade que a clínica nestes serviços exige, sem que isto afete os usuários diretamente produzindo desassistência. Este arranjo na instituição indica o uso da estratégia *minimax* (Blanch-Ribas; Cantera, 2011), na qual a produtividade é garantida com o mínimo de investimento, além de confirmar os dados obtidos na pesquisa de Schmidt (2003) acerca da entrada deste modelo organizacional nas instituições de saúde mental.

As consequências não passam despercebidas pelos trabalhadores. Os entrevistados relatam que ocorre uma espécie de reação em cadeia quando o número de funcionários é reduzido. A sobrecarga daqueles que permanecem leva ao adoecimento, afastamentos do trabalho por licença médica e, assim, sucessivos desfalques à equipe, reduzindo cada vez mais os trabalhadores no serviço. Os entrevistados apontam para repercussões diretas no cuidado dos usuários, relatando aumento de pacientes que permanecem nos leitos noite do CAPS e redução das altas do regime intensivo de cuidado: “*não é à toa que, quando a equipe entra em crise, às vezes, os leitos enchem, porque você não consegue lidar, não consegue escutar*”, conta João e continua: “*porque, se você tem uma rotina de trabalho que é absurdamente estressante uma semana, duas, três, quatro, na quinta você já não consegue cuidar [dos usuários]*”. Essa fala mostra como as condições objetivas de trabalho afetam a efetivação da própria proposta de atenção em saúde mental.

O sofrimento psíquico decorrente da organização e das condições de trabalho se soma àquele decorrente do contato intenso com a dor, com o sofrimento e a morte (Onocko Campos, 2005). Todavia, as entrevistas, em alguns momentos, parecem indicar que há uma dificuldade em associar as dificuldades objetivas relacionadas às condições estruturais e à organização do trabalho produtora de condições precárias para os trabalhadores com as dificuldades específicas relacionadas ao cuidado com o usuário. Em algumas falas, a relação entre as condições de trabalho e cuidado prestado parece estar dissociada, de modo que se reconhece que há problemas de precarização das relações e condições de trabalho e se admite também que o cuidado parece por vezes, mas nem sempre se relacionam ambos os aspectos. João, por exemplo, ao ser indagado sobre as repercussões das condições de trabalho no cotidiano do CAPS, refere-se, apenas, às relações da própria equipe: “*eu acho que às vezes isso termina sendo muito mais uma questão da equipe do que uma questão que afeta a prática*” (João); e ainda “*eu acho que isso aparece mais dentro das relações institucionais da equipe do que no cuidado com o usuário*”.

A dissociação entre os aspectos político-institucionais e clínicos implica que os trabalhadores assumam que a qualidade da atenção prestada seja responsabilidade exclusiva da organização da equipe de profissionais, levando, assim, à culpabilização de indivíduos isoladamente nas falhas do cuidado. João, por exemplo, apesar de dizer que “*têm algumas discussões a respeito de organização da equipe, de formas de funcionamento de trabalho... que se reflete num cuidado*”, em nenhum momento da entrevista associa esses problemas da assistência ao contexto externo à equipe.

Mas, se essas condições afetam o cuidado prestado aos usuários, também afeta a própria saúde dos profissionais do CAPS. Os adoecimentos dos trabalhadores se manifestam de diversas maneiras, podendo estar mais ligados ao corpo, como mostram Felipe e João: “*um processo mais de somatização que o sofrimento passa nessa via pro*

corpo, aparece uma dor nas costas ali, um princípio de uma falência renal...” (Felipe); *“eu acho que no corpo sim... as pessoas tem dores, as pessoas ficam gripadas”* (João). Os afastamentos por licença médica, segundo Felipe, são ainda mais penosos para a equipe do que a saída definitiva de profissionais, visto que o trabalhador afastado não pode ser repostado *“... é um vazio, uma loucura, o sintoma é o caminho... você produz um sintoma lá e tira um atestado aí fica 10 dias, 7 dias em casa pra você conseguir [voltar a trabalhar]”*. Interessante notar que tais relatos parecem exemplificar as afirmações de Dejours (1994) de que o sofrimento psíquico encontra no corpo sua principal via de expressão. Deve-se ressaltar também que os adoecimentos orgânicos são, de um modo geral, mais aceitos no cotidiano do trabalho do que a sensação de impotência, a fadiga e o cansaço (Sato & Bernardo, 2005).

Mas, os sintomas psíquicos também estão presentes, demonstrando as consequências do desgaste mental decorrente do trabalho (Seligmann-Silva, 2011), como no caso relatado por Felipe de uma colega de trabalho que se afastou: *“... o CID que apareceu lá no atestado dela foi uma depressão”*. Houve relato de adoecimento e licença inclusive de gestores.

Nota-se, assim, que as manifestações de desgaste nesses trabalhadores aparece em ambas as dimensões, física e psíquica, uma vez que a supressão da vertente psíquica de uma emoção ou afeto conduz a sua manifestação corpórea (Seligmann-Silva, 2011). E, se essas expressões do desgaste mental têm influência das próprias características da atividade do CAPS, as falas dos entrevistados deixa claro que também estão associadas às condições precárias de trabalho e, ainda, à “precariedade subjetiva” por estarem “confrontados com exigências cada vez maiores em seu trabalho” e “permanentemente preocupados com a ideia de nem sempre estarem em condições de responder a elas” (Linhart, 2009, p.9).

Ambas as dimensões das manifestações do desgaste no trabalho são indissociáveis e dependem dos recursos que o trabalhador encontra para lidar com as situações de fragilidade que enfrenta. E quais são as possibilidades e espaços oferecidos pela gestão para a discussão de questões que afetam o cotidiano do trabalho e o cuidado prestado? João aponta que estes espaços existem, mas: *“no espaço legítimo pra falar³, eu não vou e fico reclamando no dia a dia”*. Desse modo, parece haver um esvaziamento dos espaços em que as mudanças poderiam ser discutidas e/ou reivindicadas que repercute no próprio cotidiano do trabalho com as reclamações e queixas. Isto se articula com o esvaziamento político acima mencionado aprofundando a dissociação entre clínica e política; organização e condições de trabalho e assistência.

É possível dizer que no contexto de desarticulação política dos trabalhadores aparece o sofrimento, a impotência, a desassistência ao usuário e uma compreensão fatalista da realidade como imutável, dificultando o exercício da práxis, aqui compreendida como formulação de finalidades antes da realização de uma ação, bem

³ Refere-se tanto a reuniões que reúnem diversos serviços de saúde e dispositivos de controle social, como Conselho Local de Saúde, como às reuniões de equipe dentro dos serviços.

como a prática de análise crítica da realidade que produz ações interessadas na transformação das relações de dominação às quais estamos sujeitos. A alienação, processo que encontra terreno fértil na vida cotidiana em função do distanciamento entre a origem social e a historicidade do fenômeno, e tem como consequência principal a naturalização de fenômenos cuja origem é social (Heller, 2004), conduz à sensação de que a realidade material é alheia à ação humana e que as forças determinantes são naturais ao sistema e, portanto imutáveis.

Esta compreensão da realidade se traduz em diversas falas, tais como: “*você não tem como romper um convênio desses porque você desmonta a rede [de saúde]*” (Felipe). E, a despeito de todas as dificuldades elencadas por ambos os trabalhadores, qualquer saída possível é vista como destruição completa da rede: “*SUS é isso... é muito difícil essa precariedade, coisa que a gente não tem muito o que fazer*”, diz Felipe, ou “*nós trabalhadores que precisamos assumir cada um sua mea culpa aí*”, segundo João. Ambos os entrevistados apontam para a conjuntura política como impermeável às ações individuais e coletivas. E, frente ao esvaziamento dos espaços de articulação e discussão políticas, cabe a cada um se haver com as dificuldades enfrentadas no cotidiano assumindo sua “*mea culpa*”, pagando o preço muitas vezes com seu próprio corpo e sua própria saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do SUS no Brasil ainda está em curso. Entretanto, é na prática cotidiana dos serviços que ele se estabelece e se constitui enquanto modelo de atenção. A Saúde Mental, no contexto do SUS, constituiu-se muito recentemente à luz das novas propostas trazidas pela Reforma Psiquiátrica. A consolidação de serviços de atenção em Saúde Mental no SUS e os novos modelos de cuidado ao sofrimento psíquico revelam as dificuldades e impasses que o novo sempre contém.

Por um lado, a lógica neoliberal atual parece ganhar cada vez mais força na sociedade e colonizar os espaços mais diversos, inclusive a saúde, mas, por outro, continuamos na implementação do Sistema Único de Saúde, na contramão da lógica colonizadora do capital. A tensão que se constitui entre a racionalidade liberal privatista e a universal e igualitária – que, de acordo com Campos (2007), caracteriza o SUS – se manifesta no cotidiano dos CAPS na forma dos diversos vínculos empregatícios que convivem na mesma instituição, na lógica de gastos mínimos para máximo de produtividade, no número insuficiente de equipamentos para que a demanda seja atendida de maneira satisfatória e no próprio desgaste mental que estas condições produzem no trabalhador.

A proposta inovadora dos Centros de Atenção Psicossocial não vem sem consequências para sua execução, manifestando no cotidiano do trabalho os aspectos pouco previsíveis da construção de um equipamento totalmente inédito na história do cuidado em Saúde Mental. As particularidades do trabalho em Saúde Mental ficaram evidentes a partir desta investigação junto aos trabalhadores, bem como da revisão bibliográfica realizada. A atividade junto a pessoas com sofrimento psíquico intenso, somado à precariedade do trabalho são fatores que se configuram como cargas laborais intensas, cujo prejuízo se manifesta nos adoecimentos de integrantes da equipe, dificuldades no manejo clínico e alterações na prestação dos cuidados.

A saúde dos trabalhadores é um eixo que sintetiza o cuidado prestado e a precarização, visto que é nela que se manifestam os diversos fatores que compõem o tipo de serviço de saúde estudado, tanto aqueles objetivos, quanto subjetivos, e foi possível avaliar que estão indissociavelmente ligados, afetando a todo momento a maneira como o cuidado será pensado e prestado.

Deve-se destacar, ainda, que o município ao qual os entrevistados estão vinculados é considerado avançado na implementação das políticas públicas de Saúde Mental e na construção de redes de cuidado, o que não tem impedido que a gestão assuma a lógica capitalista na administração dos serviços. Assim, a indagação que segue é: se isso ocorre em uma cidade tida como referência com relação à implantação de políticas de saúde, como estão os trabalhadores de outros municípios onde esse compromisso histórico não existe?

A pesquisa realizada aponta para a necessidade de estudos mais aprofundados na área, visto que a realidade das produções científicas parece apontar cada vez mais para dificuldades importantes que a introdução da lógica liberal no SUS vem trazendo para o cuidado em Saúde Mental. As falas dos entrevistados indica que dessa lógica tanto para a qualidade da atenção à saúde mental oferecida aos usuários como para a própria saúde dos trabalhadores envolvidos.

Não é possível prever o impacto em longo prazo da racionalidade liberal privatista no sistema público de saúde no Brasil. Entretanto, os resultados deste estudo estão em consonância com outros, que têm apontado que suas repercussões para o cuidado e para a saúde dos trabalhadores são reais e apresentam sérios desafios para a construção das políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, P. (2009) Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*. 1 (1).
- Antunes, R. (1995) *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 2ª ed., Ed. Cortez, São Paulo.
- Bardin, L. (2002) *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70.
- Becker, H. (1999) *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec.
- Berlinck, M. T.; Magtaz, A. C. & Teixeira, M. A. (2008) Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latino americana de psicopatologia fundamental*. São Paulo, 11(1).
- Bernardo, M. H. (2009) *Trabalho duro, discurso flexível: uma análise das contradições do toyotismo a partir da vivência de trabalhadores*. São Paulo: Expressão popular.
- Blanch-Ribas, J. M. & Cantera, L. (2011) La nueva gestión pública de universidades y hospitales. Aplicaciones e implicaciones. In Agulló, E. et al. *Nuevas formas de*

- Organización del trabajo y la empleabilidad*. Oviedo: Universidad de Oviedo, , p.515-534.
- Boltansky, L. & Chiapello, E. (1999) *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard.
- BRASIL. Lei Complementar nº 101. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 de maio de 2000.
- Campos, G. W. S. (2007) O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 12 (Sup): 1865-1874.
- Campos, R. O. (2005) O Encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*., 10 (3): 573-58.
- Dejours, C. & Abdoucheli, E. (1994) Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho, In: Dejours, Christophe, Abdoucheli, E., Jayet, C.. *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* – São Paulo: Atlas.
- Enriquez, E. (1991) O trabalho da morte nas instituições. In: KAES, R. *A instituição e as instituições : estudos psicanalíticos*. São Paulo : Casa do Psicólogo, p. 73-98.
- Ferrer, A. L. (2007) *Sofrimento Psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura*. [dissertação] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas.
- Figueiredo, J. A. (2007) *Práticas e processos de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial III: a perspectiva do campo psicossocial*. [dissertação] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo.
- Franco, T.; Druck, G. & Seligmann-SILVA, E. (2010) As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista brasileira de saúde ocupacional*. São Paulo, 35 (122): 229-24.
- Gomes, R. (2007) Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org.) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, p.79-108.
- Heller, A. O Cotidiano e a História. São Paulo: Paz e Terra, 2004, Volume 2. Série *Interpretações da História do Homem*.
- Linhart, D. Modernisation et précarisation de La vie au travail. *Papeles Del CEIC*. 2009, nº 43.
- Linhart, D (2000). O indivíduo no centro da modernização das empresas: um reconhecimento esperado, mas perigoso. *Trabalho e Educação*, jul/dez, nº7, pp.24-36.
- Navarro, V. (2009) The inhuman State of US Health Care. *Monthly Review*. 55 (4): 1-7.

A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS

- Oliveira, A. G. B. (2007) Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. *Esc Anna Nery Revista de Enfermagem*. 10 (4): 694 – 702.
- Schmidt, M. L. S. (2003) Políticas Públicas e Saúde Mental. In: Trindade ZA, Andrade AN, organizadores. *Psicologia e Saúde: um campo em construção*. São Paulo: Casa do Psicólogo; p. 55-71.
- Santos, N. R. (2008) Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (suplemento): 2009-2018.
- Sato, L.; Lacaz, F.A.C. & Bernardo, M.H. (2006) Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. *Estudos de Psicologia*, 11(3): 281-288.
- Sato, L. & Bernardo, M.H. (2005) *Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (4): 869-878.
- Seligmann-Silva, E. (2011) *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez.
- Seligmann-Silva, E. (1995) Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cad. Saúde Públ.* 11 (3): 491-494, jul/set.
- Silva, M. T.; Lancaman, S. & Alonso, C. M. C. (2009) Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Rev. Saúde Pública*. 43 (Supl. 1): 36-42.
- Spink, P. K. (2003) Perspectiva de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia e Sociedade*. 15 (2): 18-42; jul/dez.