

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Carla Marina da Silva

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: produções teóricas sobre o adoecimento mental dos/as
trabalhadores/as dos serviços de saúde mental

Florianópolis
2024

Carla Marina da Silva

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: produções teóricas sobre o adoecimento mental dos/as
trabalhadores/as dos serviços de saúde mental

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Curso de Serviço Social do Centro Sócio Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel (a) em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Marisa Camargo.

Florianópolis

2024

Silva, Carla Marina da

Saúde Mental e Trabalho: :produções teóricas sobre o adoecimento mental dos/as trabalhadores/as dos serviços de saúde mental / Carla Marina da Silva ; orientadora, Marisa Camargo, 2024.

75 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro
Socioeconômico, Graduação em Serviço Social,
Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

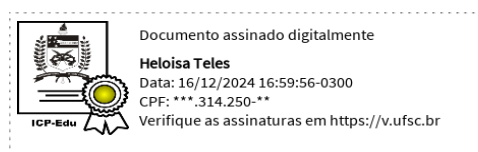
1. Serviço Social. 2. Precarização do Trabalho. 3.
Serviço Social e Saúde Mental. 4. Atenção Psicossocial. 5.
Saúde Coletiva. I. Camargo, Marisa. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço Social.
III. Título.

Carla Marina da Silva

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: produções teóricas sobre o adoecimento mental dos/as trabalhadores/as dos serviços de saúde mental.

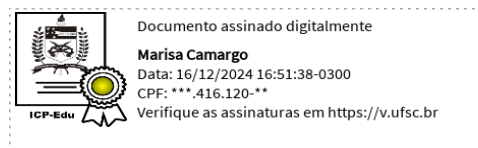
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Local: Florianópolis, 06 de dezembro de 2024.

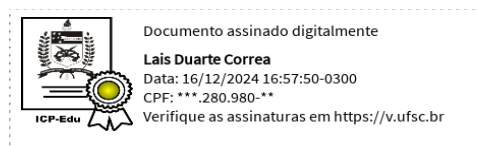


Coordenação do Curso

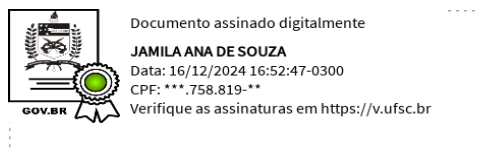
Banca examinadora



Prof.(a), Dr.(a). Marisa Camargo,
Orientadora.



Prof.(a) Laís Duarte Corrêa
Universidade Federal de Santa Catarina



Assistente Social Jamila Ana de Souza
Centro de Atenção Psicossocial II Ponta do Coral

Florianópolis, 2024.

AGRADECIMENTOS

Hoje concluo uma das etapas mais importantes da vida e, sou imensamente grata por todas as vivências as quais a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) tem me proporcionado desde o Ensino Médio. Este caminho que durou intensos quatro anos, admito que além de bastante exaustivo muitas vezes, também foi transformador. Se hoje entrego este trabalho é graças às pessoas incríveis as quais dividem a vida comigo que, de alguma forma transformaram e tornaram este momento possível.

À Profa. Dra. Marisa, minha orientadora, dedico um agradecimento especial. Suas palavras e gestos de apoio fizeram toda a diferença, e sua dedicação ao ensino e à pesquisa foi para mim um exemplo constante. À minha supervisora, Jamila, do CAPS II Ponta do Coral, minha gratidão e admiração. Durante o estágio, sua orientação não apenas consolidou minha formação prática, mas também me mostrou a importância do afeto, da escuta e da acolhida genuína.

Por fim e mais importante, agradeço à minha família, em especial à minha mãe Lusmarina, que sempre foi minha base e meu apoio incondicional. Seu amor e força foram meu alicerce em cada momento. Minha irmã Keli e minha irmã/prima Luna, saibam que vocês são minhas melhores amigas da vida, agradeço e reconheço todo incentivo e torcida por mim desde sempre. Amo vocês.

Ao meu companheiro desta e de tantas outras vidas, Pedro, te dedico a mais linda forma de amor e gratidão. Obrigada por sempre estar ao meu lado em cada passo dessa caminhada, admiro e agradeço por sua paciência, por me dar colo nas horas difíceis e por celebrar comigo cada pequena vitória.

Sem vocês, esse sonho não teria o mesmo brilho. A cada um de vocês, meu carinho, minha gratidão e amor eterno.

“O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção.”

Franco Basaglia

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) aborda o adoecimento mental dos/as trabalhadores/as dos serviços de saúde mental, considerando a precarização do trabalho como um reflexo das contradições do sistema capitalista. O objetivo geral é identificar as questões relacionadas às condições de trabalho que levam ao adoecimento mental dos/as profissionais, propondo estratégias de prevenção e enfrentamento. A pesquisa justifica-se pela escassez de estudos que abordem a saúde mental dos/as trabalhadores/as de serviços de saúde mental no campo do Serviço Social. O estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, fundamentada no método dialético. Foram analisadas 18 (dezoito) produções teóricas publicadas no século XXI, utilizando descritores como saúde mental, trabalho e precarização e Serviço Social, com levantamento de dados na plataforma Google Acadêmico. Dentre os resultados destacou-se que o adoecimento mental dos/as trabalhadores/as está intrinsecamente relacionado à sobrecarga de trabalho, à falta de recursos materiais e humanos, ao ambiente laboral hostil e à ausência de suporte institucional. Essas condições revelam a precarização do trabalho nos serviços de saúde mental, marcada por relações laborais instáveis e pela intensificação das demandas, amplificadas pela lógica produtivista do capitalismo contemporâneo. Além disso, observou-se que o desgaste físico e emocional desses/as profissionais compromete não apenas sua saúde mental, mas também a qualidade do atendimento aos usuários dos serviços de saúde mental. As discussões apontam que a precarização resulta de um modelo de trabalho que privilegia a redução de custos em detrimento do cuidado integral. As relações de trabalho são atravessadas por contradições, como a desvalorização salarial, a intensificação das jornadas e a falta de reconhecimento profissional. Nesse sentido, o impacto sobre a saúde mental dos/as trabalhadores/as manifesta-se em transtornos como depressão, ansiedade e síndrome de burnout, reforçando a necessidade de ações estruturais no âmbito organizacional e político. Conclui-se pela necessidade urgente de implementação de estratégias integradas de enfrentamento, destacando-se a valorização e o reconhecimento profissional, a criação de ambientes laborais saudáveis, a ampliação de políticas públicas que assegurem melhores condições de trabalho e o fortalecimento de redes de suporte psicossocial. O estudo contribui para o enriquecimento do debate acadêmico sobre a saúde mental no contexto laboral, além de fornecer subsídios para futuras pesquisas e intervenções no campo do Serviço Social e saúde mental. Ao discutir as intersecções entre trabalho e saúde mental, o estudo visa promover transformações que possibilitem condições mais justas e humanas para os/as profissionais que atuam nos serviços de saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental, Trabalho, Adoecimento Mental, Precarização, Serviços de Saúde Mental; Serviço Social.

ABSTRACT

This Capstone Project addresses the mental illness of mental health service workers, considering the precariousness of work as a reflection of the contradictions of the capitalist system. The general objective is to identify the issues related to working conditions that lead to mental illness among professionals, proposing prevention and coping strategies. The research is justified by the scarcity of studies that address the mental health of mental health service workers in the field of Social Work. The study was developed through exploratory bibliographic research, with a quantitative-qualitative approach, based on the dialectical method. Eighteen (eighteen) theoretical productions published in the 21st century was analyzed, using descriptors such as mental health, work and precariousness and Social Work, with data collection on the Google Scholar platform. Among the results, it was highlighted that the mental illness of workers is intrinsically related to work overload, lack of material and human resources, hostile work environment and lack of institutional support. These conditions reveal the precariousness of work in mental health services, marked by unstable labor relations and the intensification of demands, amplified by the productivism logic of contemporary capitalism. Furthermore, it was observed that the physical and emotional exhaustion of these professionals' compromises not only their mental health, but also the quality of care provided to users of mental health services. The discussions indicate that precariousness results from a work model that prioritizes cost reduction over comprehensive care. Labor relations are permeated by contradictions, such as salary devaluation, longer working hours, and lack of professional recognition. In this sense, the impact on the mental health of workers manifests itself in disorders such as depression, anxiety, and burnout syndrome, reinforcing the need for structural actions at the organizational and political levels. The conclusion is that there is an urgent need to implement integrated coping strategies, highlighting professional recognition and appreciation, the creation of healthy work environments, the expansion of public policies that ensure better working conditions and the strengthening of psychosocial support networks. The study contributes to the enrichment of the academic debate on mental health in the workplace context, in addition to providing support for future research and interventions in the field of Social Work and mental health. By discussing the intersections between work and mental health, the study aims to promote transformations that enable fairer and more humane conditions for professionals working in mental health services.

Keywords: Mental Health, Work, Mental Illness, Precariousness, Mental Health Services; Social Work.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 – Ano das produções teóricas.....	46
Gráfico 2 – Regiões das instituições de origem das/os autoras/es.....	47
Gráfico 3 – Frequência das palavras-chave.....	48
Gráfico 4 – Serviços de saúde mental.....	50
Gráfico 5 – Outros serviços sobre os quais versaram as produções teóricas.....	51
Gráfico 6 – Gênero dos/as trabalhadores/as.....	52
Gráfico 7 – Nível de escolaridade das/os trabalhadoras/es.....	53
Gráfico 8 – Categorias profissionais mencionadas nas produções teóricas.....	54
Gráfico 9 – Faixa etária das/os trabalhadoras/es mencionados nas produções teóricas.....	55
Gráfico 10 – Condições e relações de trabalho que impactam na saúde mental das/os trabalhadoras/es.....	57
Gráfico 11 – Estratégias de prevenção e enfrentamento ao adoecimento mental no âmbito do trabalho.....	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Objetivos das produções teóricas.....	48
---	----

LISTA DE SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONSAP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MG - Minas Gerais

MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MRS - Movimento de Reforma Sanitária

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

PT - Partido dos Trabalhadores

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RJ - Rio de Janeiro

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

SP - São Paulo

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS - Sistema Unificado de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 PROCESSO SÓCIO-HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA.....	16
2.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA.....	16
2.2 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	23
2.3 A SAÚDE MENTAL BRASILEIRA NO SÉCULO XXI.....	28
3 O ADOECIMENTO MENTAL DOS/AS TRABALHADORES NA SOCIEDADE CAPITALISTA CONTEMPORÂNEA.....	32
3.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A CATEGORIA TRABALHO.....	32
3.2 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E O ADOECIMENTO MENTAL.....	37
4 RESULTADOS DA PESQUISA: QUESTÕES RELACIONADAS AO TRABALHO QUE LEVAM AO ADOECIMENTO MENTAL DOS/AS TRABALHADORES/AS DA SAÚDE MENTAL.....	43
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PRODUÇÕES TEÓRICAS SOBRE A TEMÁTICA.....	45
4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E PERFIL DOS/AS TRABALHADORES/AS.....	49
4.3 CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO QUE IMPACTAM NA SAÚDE MENTAL DOS/AS TRABALHADORES/AS.....	56
4.4 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO AO ADOECIMENTO MENTAL NO ÂMBITO DO TRABALHO.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS.....	65

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como delimitação temática o adoecimento mental dos/as trabalhadores/as dos serviços de saúde mental, identificados em produções teóricas. O problema de pesquisa diz respeito a quais questões relacionadas ao trabalho levam ao adoecimento mental dos/as trabalhadores/as da saúde mental e o objetivo geral é explicitar as questões relacionadas ao trabalho que levam ao adoecimento mental dos/as trabalhadores de serviços de saúde mental, tendo em vista identificar estratégias de prevenção e enfrentamento em saúde mental. A pesquisa se torna importante, dentre outros elementos, porque visa expandir a produção bibliográfica sobre o tema saúde mental dos/as trabalhadores/as dos serviços de saúde mental no âmbito do Serviço Social.

Tendo em vista que o âmbito da Saúde Mental é, também campo de atuação das/os assistentes sociais, na interface entre o Serviço Social e a Saúde Mental, a substituição dos serviços manicomiais por alternativas assistenciais permitiu, segundo Bisneto (2009), uma maior atuação do Serviço Social em comparação à internação. Esse contexto possibilitou, desde a década de 1990, a ampliação da inserção de assistentes sociais na área de Saúde Mental, configurando uma nova “onda” de contratações, semelhante à provocada pelas resoluções do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) nos anos 1970. Desde o final dos anos 1990, diversos serviços alternativos de atenção em saúde mental já estavam em funcionamento no Sudeste do Brasil. Segundo Bisneto (2009, p. 40)

Tanto o Serviço Social contemporâneo quanto à psiquiatria do Movimento de Reforma Psiquiátrica tem influências do Movimento Institucionalista e do Sanitarismo (Bravo, 1996 apud Bisneto, 2009). Além disso, o Movimento de Luta Antimanicomial propiciou uma concepção e prática em Saúde Mental mais politizada, bem como a contratação de mais assistentes sociais. O Movimento de Reforma Psiquiátrica veio propor novos encaminhamentos metodológicos, com a possibilidade de o assistente social intervir de forma efetiva nas refrações da “questão social” na área da Saúde Mental.

O interesse por este tema de pesquisa se deu em razão de uma grande aproximação na área da saúde mental, principalmente, a partir da inserção no campo de estágio, durante o período de Estágio Obrigatório em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), realizado no período de 2023.1 a 2024.1 no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Ponta do Coral, de Florianópolis. Sobretudo, dada a vivência em um serviço de saúde mental, foi possível identificar a existência de alguns processos enfrentados pelas/os trabalhadoras/es que levam ao adoecimento mental destas/es. Definiu-se tal conteúdo como

tema para o TCC e pretende-se a realização de futuras especializações, pesquisas e artigos sobre a temática.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são resultado de contextos de trabalho em interação com o corpo e o aparato mental dos trabalhadores. Neste sentido, é imprescindível discutir como a precarização do trabalho nos serviços de saúde mental reflete as contradições do sistema capitalista. A lógica de produção e consumo, que privilegia a redução de custos em detrimento do cuidado e da qualidade, amplifica as condições de vulnerabilidade dos trabalhadores.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, baseado no método dialético e suas categorias: historicidade, totalidade e contradição. Sob essa perspectiva teórica, a pesquisa em Serviço Social requer um entendimento abrangente da totalidade da realidade em que se está inserido, possibilitando a compreensão dos movimentos que moldam tanto a realidade quanto a humanidade.

A dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas e culturais etc. Por outro lado, como a dialética privilegia as mudanças qualitativas, opõe-se naturalmente a qualquer modo de pensar em que a ordem quantitativa se torne norma (Gil, 2008, p. 14).

A categoria totalidade é compreendida como uma realidade concreta, dinâmica e permeada por múltiplos condicionamentos. Sua dinamicidade e movimento decorrem do caráter contraditório que as totalidades apresentam, pois como afirma Netto (2011, p. 57), “sem as contradições, as totalidades seriam totalidades inertes, mortas [...]”. A categoria contradição, Prates (2014) argumenta que ela vai além de uma relação de exclusão, sendo, na verdade, uma inclusão concreta e plena dos contrários, caracterizada como uma negação inclusiva. A categoria de historicidade reflete a processualidade e provisoriedade, representando as transformações e mudanças do homem, da realidade e dos fenômenos ao longo do tempo (Prates, 2014).

Como material de pesquisa utilizou-se dezoito (18) produções teóricas, as quais tinham semelhança sobre o tema: questões relacionadas ao trabalho que levam ao adoecimento mental dos/as trabalhadores/as da saúde mental. O levantamento das referências teóricas foi realizado a partir de uma pesquisa junto à plataforma de pesquisa do Google com os descritores: saúde mental, trabalho, serviços de atenção psicossocial/centros de atenção

psicossocial, precarização do trabalho e Serviço Social, tendo como recorte temporal as produções teóricas referentes ao século XXI.

As/os principais autoras/es utilizadas/os como referência abordam amplamente as temáticas de Precarização do Trabalho, Saúde mental, Adoecimento Mental, Serviço Social e Saúde Mental, Trabalhadoras/es e Serviços de Saúde Mental e a Precarização do Trabalho e Saúde Mental. Foram citadas as obras de: Karl Marx, cuja teoria foi fundamental para compreender as relações de trabalho e suas contradições no capitalismo; Amarante, que forneceu uma análise detalhada sobre o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira; e Mendes, que aprofundou a discussão sobre a centralidade do trabalho nas relações sociais. Além disso, autores como Sampaio e Júnior contribuíram com reflexões sobre a precarização do trabalho no contexto da saúde mental, enquanto Alverga e Dimenstein exploraram as transformações institucionais e suas implicações na assistência em saúde mental. Para a análise histórica, referências como Foucault e Batista também foram essenciais, oferecendo perspectivas sobre a institucionalização da loucura e a evolução dos paradigmas de cuidado. Esses autores, entre outros citados, formaram a base teórica e metodológica da pesquisa, possibilitando uma abordagem crítica e abrangente sobre a temática.

O TCC está organizado em 3 (três) seções além desta introdução. A segunda seção discorre acerca do processo sócio-histórico da saúde mental brasileira, resgatando ao longo de uma linha do tempo histórica e conceitual, a contextualização desde o período colonial no Brasil, bem como a reforma psiquiátrica brasileira até a chegada do cenário contemporâneo no qual se encontra a saúde mental. A terceira seção trata sobre o adoecimento mental dos/as trabalhadores na sociedade capitalista contemporânea, reavendo algumas considerações sobre a categoria trabalho e sobre a precarização do trabalho e saúde mental. A quarta seção explana os resultados encontrados nas produções teóricas sobre questões relacionadas ao trabalho que levam ao adoecimento mental dos/as trabalhadores/as da saúde mental, abordando os procedimentos metodológicos, a caracterização das produções teóricas sobre a temática, bem como a contextualização dos serviços de saúde mental e o perfil das/os trabalhadoras/es e por fim as estratégias de prevenção e enfrentamento ao adoecimento mental no âmbito do trabalho. Por fim, apresentam-se as considerações finais, seguidas das referências utilizadas para a realização do trabalho.

2 PROCESSO SÓCIO-HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

A fim de compreender o impacto dos processos de trabalho na saúde mental das/os trabalhadoras, é necessário analisar a trajetória sócio-histórica da temática. Previamente, é fundamental explicitar onde e em quais contextos encontravam-se os primeiros sujeitos ditos como “loucos” e como estes eram vistos na sociedade, e consequentemente resgatar a história do processo da institucionalização da loucura até os dias atuais.

Dessa forma, ao longo de uma linha do tempo histórica e conceitual, busca-se observar e compreender como a sociedade evoluiu em relação ao tema “saúde mental”, considerando o impacto dos eventos históricos sobre a realidade atual e analisando os progressos e retrocessos que influenciaram as reformas psiquiátricas. Para isso, a contextualização parte do período colonial no Brasil, atravessa a reforma psiquiátrica brasileira e chega à saúde mental no cenário contemporâneo.

2.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

O processo sócio-histórico da saúde mental no Brasil é marcado por diversas concepções epistemológicas e simbólicas da loucura e do adoecimento mental, as quais influenciaram diferentes práticas, modelos de assistência e formas organizativas de cuidado. De acordo com Sampaio e Junior (2021), os contextos sociopolítico e econômico do país, bem como a forma de organização do sistema de saúde, contribuíram para as transformações das instituições, das abordagens e de “[...] uma construção de política pública dinâmica e processual, portanto, contínua” (Silva; Holanda, 2014).

O Brasil, ainda colônia portuguesa, não tinha, no século XVII, qualquer especificidade em proposição de tratamento de saúde ou assistência social que fosse voltado para os indivíduos excluídos da sociedade da época, fossem “loucos”, indígenas, escravos, colonos (Silva; Holanda, 2014). O *status* do “louco” era, além de excluído, de perigoso (Arruda, 1985):

O louco ainda era uma figura que estava mais para o excêntrico e o exótico, objeto de irrisão e tolerado como o bufão da cidade ou o vagabundo; porém, não necessitado de tratamento ou cuidados médicos [...]. As fases seguintes, em que a sociedade via na loucura, um perigo no louco, uma ameaça e surgiram a rejeição, o isolamento, a alienação, mesclados a preconceitos e tabus [...] somente foram aos poucos surgindo na colônia com a medicalização da loucura como a de qualquer outra doença, “perigosa” e, portanto, sujeita a “controles”. A título de serem “cuidados”, os loucos eram encarcerados e largados à própria sorte, no meio de criminosos, mendigos e vagabundos (Arruda, 1985, p. 13).

Segundo Yasuni (2010) as primeiras ações institucionais apoiavam-se nos pressupostos higienistas, os quais visavam a privação de liberdade e a retirada do convívio social daqueles que vagueavam pelas ruas das cidades causando desordem e perturbação da paz social. Estes eram rotulados como “improdutivos, inadaptados e inúteis” e foram sendo retirados do contexto social e isolados nos porões das Santas Casas de Misericórdia e em prisões públicas. Esta conduta, de acordo com Vechi (2004) era justificada através de um discurso religioso.

A loucura só vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século passado. As mudanças sociais e econômicas, no período que se segue, exigem medidas eficientes de controle social, sem as quais torna-se impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações (Amarante, 2014, p.83).

Durante este período, urge a necessidade de um novo olhar sensível quanto à loucura e a uma internação especializada das pessoas. De acordo com Silva; Holanda (2014) a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro apontava que ser “louco” naquelas condições era uma sentença de morte, tendo em vista que os mesmos eram presos e não tratados. Questionavam ainda o tratamento ofertado pelas instituições religiosas, com fortes sanções físicas e punitivas (Amarante, 1994; Sidrim, 2010; Yasui, 2010). De acordo com Batista (2014), a segregação, a falta de higiene e de um tratamento físico e moral adequado tornavam a cura impossível.

A psiquiatria redescreveu a experiência da loucura buscando uma lógica positiva com vistas a alterar um estado pouco normativo. Nesse sentido, a construção do termo “doença mental” se refere a uma descrição com valor operativo, porque permitiu abrir um campo de possibilidades, tais como a construção de teorias sobre o mental, a descrição relativamente bem-sucedida dos fenômenos psíquicos e o pensamento de um projeto de abordagem e cuidado (Gama, 2012, p. 1411).

O ano de 1830, tem uma grande influência no processo sócio-histórico da saúde mental brasileira. A loucura passa a ser reconhecida como objeto de caridade a partir do relatório da Comissão de Higiene da Sociedade de Medicina e cirurgia do Rio de Janeiro, o qual recomendava “Aos loucos, o Hospício!”, ou seja, a construção de um hospício para os alienados, que em teoria seriam asilos higiênicos, arejados e com tratamento moral, dando início ao processo de medicalização da loucura (Alves et al., 2009).

A relação estreita entre a criação dos hospícios de alienados e as práticas de caridade e de controle social, deu-se devido ao contexto social da época. Uma vez que, caracterizada por uma sociedade tradicionalmente católica e em um século onde “[...] a libertação de escravos,

imigração, explosão demográfica e urbanização conduziram a contradições socioeconômicas que impunham políticas de confinamento para “desclassificados, inadaptados e inúteis” (Santos, 2013, p. 63)

Os primeiros indícios de intervenção no campo da saúde mental no país, encontram sua primeira referência na legislação brasileira, em 1841, no Decreto 82, datado de 18 de julho. O qual pautava a criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1841 (Messas, 2008), que se tornou, segundo Silva; Holanda (2014), referência para o desenvolvimento de ações assistenciais para a política nessa área da saúde; e exerceu função de coordenação desta até os anos de 1940. Suas práticas eram alicerçadas no pensamento de alienistas franceses Pinel e Esquirol¹, legitimando o discurso médico da época e reforçando os princípios da caridade e a necessidade do Estado de implementar novas formas de exclusão social (Santos, 2010). Seu funcionamento baseava-se no isolamento, controle e vigilância, com vistas a “afastar” o “louco” das causas de sua loucura (Antunes, 2007).

Fonte (2011) afirma que até a Proclamação da República (1889), outras quinze instituições exclusivas para alienados foram criadas, como por exemplo em: São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884), Ceará (1886) e etc. Os hospícios atravessaram toda a segunda metade do século XIX superlotados, entretanto:

As intenções de tratamento e cura enunciadas no decreto imperial não alcançaram os seus objetivos, sendo o hospício mais uma organização cujos fins eram de proteção social e secundária, e eventualmente curativos, tendo em vista que a psiquiatria chegou no Brasil décadas depois dos primeiros hospícios (Santos, 2010, p.4).

É então a partir da Proclamação da República, que se dá o fortalecimento do discurso científico médico-psiquiátrico e de práticas de medicalização da loucura (Messas, 2008). Nessa perspectiva, a loucura passa a ser dissociada do discurso religioso e segundo Messas (2008) há uma ruptura administrativa com o modelo imperial até então vigente. A autonomia da assistência ao adoecimento mental no Brasil, de acordo com, o autor se dá a partir da Proclamação da República e com a execução do Decreto n. 142-A, de 1890. O qual “desanexa do hospital da Santa Casa de Misericórdia desta capital (RJ) o Hospício Pedro II, que passa a

¹ *Jean-Etienne Dominique Esquirol* nasceu em 1772 na cidade de Toulouse e morreu em Paris em 1840. Foi nomeado médico da Salpêtrière em 1811 e sua vida profissional é destacada pelo empenho em construir e organizar muitos asilos (Centro Cultural do Ministério da Saúde); Pinel se constituiu, na área da medicina e da psicologia, em um dos seus principais expoentes elevou a categoria dos doentes mentais, antes tratados como criminosos ou endemoniados, à condição de homo pacientes e essa doença, como resultado de uma exposição excessiva a estresses sociais e psicológicos, e, em certa medida, a danos hereditários, sendo que tais enfermidades decorriam de alterações patológicas no cérebro. (BRASIL, 2003, p. 12).

denominar-se Hospício Nacional de Alienados” e passa a receber cada vez mais pacientes, de todo território nacional. Segundo Ministério da Saúde (2005, p.3):

A superlotação se intensificou e, alguns registros apontam que entre janeiro de 1890 e novembro de 1894, teriam sido internados no Hospício Nacional 3.201 pacientes. Nesse período, uma diversidade de críticas questionava o cotidiano e o modelo assistencial do hospício, o que originou uma série de publicações em revistas médicas por meio de crônicas, caricaturas, histórias em quadrinhos, sonetos e poesias satíricas.

No final do século XIX, a psiquiatria brasileira ganha força e passa a assumir e dominar a direção de alguns hospícios. Entretanto, apresentou dificuldade em conciliar suas práticas com as recomendações teóricas da psiquiatria e ciências afins. Isso se deu devido ao contexto vigente de caridade e controle social, no qual estavam inseridos, passando a reproduzir essa cultura (Santos, 2014). O tratamento psiquiátrico, caridade e controle social conviveram um bom tempo num complexo relacionamento e as intervenções realizadas no interior dos hospícios eram de maus tratos, utilizava-se camisolas de força, jejuns obrigatórios impostos aos pacientes, cacetadas e até assassinatos.

Reeditavam-se, assim, os mesmos argumentos utilizados nos textos médicos da década de 30 do século XIX: internar os loucos nos hospícios significava proteger a sociedade, a paz, a tranquilidade e a moral públicas, mas representava, sobretudo, um benefício para o próprio louco (Engel, 2001, p.268).

De acordo com Amarante (2014), a primeira “reforma psiquiátrica” no Brasil, foi caracterizada pelos processos de desvinculação do Hospício Pedro II, da Santa Casa de Misericórdia; a criação da primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República, a Assistência Médico-Legal aos alienados, que foi dirigida por 27 anos pelo médico psiquiatra Juliano Moreira, que viria a ser deposto do cargo pelo Governo Provisório de Getúlio Vargas em 1930 e pela criação, em 1890, das primeiras colônias de alienados da América Latina. Denominadas de Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, representavam uma tentativa de resolver os problemas da superlotação e da mistura de pacientes curáveis e incuráveis em um mesmo estabelecimento. Os “incuráveis tranquilos”, removidos para muito além do centro urbano, eram encarregados de trabalhos agrícolas e artesanais que compensavam a incapacidade das famílias de custearem o tratamento.

A ideia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar (Amarante, 2014, p. 86).

O incremento das colônias fora inspirado em experiências da Europa, que utilizavam da prática de uma aldeia belga, Geel. As pessoas eram levadas para esse local a fim de receber uma cura milagrosa, financiada pela Padroeira dos Insanos, a Santa Dymfna (Amarante, 2014).

Com a gestão de Juliano Moreira, sucessor de João Carlos Teixeira Brandão e psiquiatra baiano que dirigiu a Assistência Médico-Legal por quase três décadas, foram criadas dezenas de colônias em todo o país, tendência radicalizada ainda mais na gestão de Aduino Botelho nas décadas de 40 e 50 (Amarante, 2007, p. 40).

Segundo Engel (2001, p. 283) o hospício e as colônias não cumpriam adequadamente o papel de tratar a doença mental. Contudo, urge a necessidade de reorganizar a assistência aos alienados (Amarante, 2014), e em 1903 é aprovada a Lei nº 1.132, de 22 de dezembro, a primeira legislação brasileira específica sobre alienados e alienação mental. Cujas qual, fazia “do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido” (Machado et al., 1978, p.484).

Art.1º O indivíduo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

§ 1º A reclusão, porém, só se tornará effectiva em estabelecimento dessa especie, quer publico, quer particular, depois de provada a alienação.

§ 2º Si a ordem publica exigir a internação de um alienado, será provisoria sua admissão em asylo publico ou particular, devendo o diretor do estabelecimento, dentro em 24 horas, communicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o occorrido a respeito, instruindo o relatorio com a observação medica que houver sido feita (Decreto n. 1132., 1903, 22 de dezembro).

Essas determinações, regravam uma visão estigmatizante, a qual associava a loucura ao perigo, marginalizando os indivíduos em sofrimento psíquico e priorizando o controle social, a exclusão e isolamento dos chamados “alienados”, ao invés de promover uma abordagem terapêutica voltada para a inclusão e a recuperação desses indivíduos. As mesmas, desconsideravam a complexidade das condições mentais de cada indivíduo, tratando-as de maneira simplista, refletindo o alinhamento com as práticas positivistas e cientificistas, que viam a loucura como uma patologia a ser identificada, classificada e tratada com o objetivo de proteger a ordem pública.

Nessa concepção, nos anos de 1920, sob manejo de Juliano Moreira, a psiquiatria brasileira passou a ser dominada pela escola psiquiátrica alemã, que tinha como base os ideais

higienista de Morel (1809-1873)² e os estudos de Emil Kraepelin³ (Amarante 1994; Oliveira, 2012). Moreira, fundamentava-se a partir da base teórica higienista, que tinha como ideia principal a eugenia, “termo inicialmente usado pelo fisiologista inglês Galton para designar o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar qualidades raciais, físicas e mentais de gerações futuras” (Oliveira, 2012, p. 164).

O psiquiatra Gustavo Riedel, em 1919, fundou o Ambulatório Rivadávia Correa, o primeiro serviço de consultas de prevenção em saúde mental da América Latina. Também fundou a Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1923, cujo objetivo inicial era melhorar a assistência aos doentes mentais, renovando os quadros profissionais e os estabelecimentos psiquiátricos (Costa, 2007 apud Oliveira, 2012), e apresentava como projeto político para a sociedade brasileira, seu ideal eugênico (Yasuni, 2010, p.26 apud Oliveira, 2012). Segundo Oliveira (2012) as ações da Liga passam a desenvolver condutas de cunho preventivo da psiquiatria para além dos hospícios e levando-as para os ambientes de educação, profissionais e sociais. “A psiquiatria então coloca-se definitivamente em defesa do Estado e reivindicando, para si mesma, um maior poder de intervenção” (Amarante, 2014, p.87).

Nos anos 1930 acreditava-se que a cura para os adoecimentos mentais tinha sido encontrada, “através da descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias; técnicas novas que vêm substituir ou a malarioterapia. ou o descabido empirismo” (Amarante, 2014, p.78). Ainda segundo o autor, estas ações tornaram a psiquiatria mais poderosa e o asilamento mais frequente.

Nos anos que se sucederam, a assistência psiquiátrica passou quase que exclusivamente a ser prestada por estruturas manicomiais (Amarante, 2014). A partir do fim da Segunda Guerra Mundial surgiram diversas práticas de reforma psiquiátrica, como por exemplo as comunidades terapêuticas⁴, devido ao fortalecimento do processo de psiquiatrização no país.

² Psiquiatra higienista que acreditava que a causa última da repetição de patologias mentais hereditárias deverá ser procurada, [...] no interior do cérebro (Caponi, 2012, p. 56).

³ Conhecido como o pai da psiquiatria moderna, descrevendo categorização e nosologia das doenças mentais, as quais ainda são base para os modernos manuais de transtornos mentais e comportamentais, bem como para a clínica psiquiátrica (Amarante, 1995; Caponi, 2012; Oliveira, 2012).

⁴ As comunidades terapêuticas surgiram na Inglaterra, após o final da Segunda Guerra Mundial, como uma reação ao modelo tradicional do asilo psiquiátrico. O conceito de comunidade terapêutica apareceu na Inglaterra, entre o final dos anos 1940 e início dos anos 1950, baseado no modelo concebido pelo psiquiatra sul-africano Maxwell Jones (1907-1990). Posteriormente, o movimento das comunidades terapêuticas espalhou-se pelo mundo, chegando à América Latina e ao Brasil, onde teve grande repercussão nas décadas de 1960 e 1970. As comunidades terapêuticas apareceram como um modo de reorganização hospitalar, empregando certa leitura da psicanálise como instrumento de tradução das relações institucionais, que passam a ser entendidas como uma pequena comunidade humana, formada por pacientes e técnicos, no espaço de convivência das enfermarias psiquiátricas (Azevedo, 2022, p.1).

Juntamente com a chegada do Golpe Cívico-Militar nos anos 1960, tem-se uma expressiva expansão do sistema manicomial privatista e a emersão da chamada “indústria da loucura” (Cerqueira, 1984). Concebe-se então, a institucionalização do lucro, usando-o como mediador entre as relações de “cuidado” em saúde mental (Alves et al., 2009, p.92). “A doença mental torna-se definitivamente objeto de lucro, uma mercadoria” (Amarante, 2014, p. 79). Esse acontecimento compõe o movimento de deterioração e desumanização da assistência aos doentes mentais (Alves et al., 2009).

Nesse contexto, após o golpe de 1964, ocorreu a reestruturação do modelo de Estado, caracterizada pelo autoritarismo e a repressão; a centralização financeira no âmbito federal; a redução do gasto em políticas sociais; e o modelo privatizante, aliado ao capital nacional e internacional (Paim et al., 2011). Contudo, a atenção à saúde mental brasileira, assim como todo o setor em saúde estava determinado sob um modelo privatista, que retirava do Estado a obrigação de olhar para esses sujeitos, e passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado.

No sistema de saúde, aprofundou-se a dicotomização entre saúde pública e medicina previdenciária. O Ministério da Saúde, então responsável pelas ações de saúde pública, fora relegado a segundo plano. Preponderava a lógica previdenciária e os convênios com os setores privados, com o agravamento da desassistência de considerável parcela da população (Escorel, 2012 apud Sampaio e Júnior, 2021, p.6).

O sistema manicomial privatista e a chamada “indústria da loucura” se expandem expressivamente (Cerqueira, 1984). Os recursos financeiros da psiquiatria eram quase que completamente destinados às internações em clínicas privadas contratadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Pitta, 2011 apud Sampaio e Júnior, 2021). Devido aos altos índices de internações consideradas desnecessárias e a falta de investimento, em meados de 1970, os hospitais públicos “encontravam-se em situação de extrema carência, superlotação, abandono e com serviços de má qualidade” (Sampaio e Júnior, 2021). Os hospitais particulares atuavam na perspectiva de maximizar o lucro, com condições estruturais precárias e condições assistenciais degradantes (Paulin; Turato, 2004).

De acordo com Amarante (2014), diante desse contexto sócio-histórico, teve-se a necessidade de reorganizar o setor público para ocupar uma parcela da assistência pública, que até então era delegada quase que exclusivamente aos serviços comprados. “Assim, é implantado o processo de Co-Gestão entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social e é também criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP)” (Amarante, 2014). No decorrer deste processo, surgem as Ações Integradas de

Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e o Sistema Unificado de Saúde (SUS), cujos princípios mais importantes são inscritos na Constituição Federal de 1988, ainda em vigor (Amarante, 2014).

A fim de se posicionar contra os maus-tratos e as péssimas condições dos trabalhadores nos hospitais e instituições psiquiátricas, destacou-se as tendências de descentralização e municipalização das ações de saúde, a participação de setores representativos da sociedade, etc, que deram espaço para o surgimento de novas gerações de técnicos e usuários, o qual possibilitou e se deu condições de criação e invenção da assistência no serviço público (Amarante, 2014). Ações estas que dão abertura para o processo de luta para a redemocratização do país e a busca por reestruturação do sistema de saúde e pela transformação dos cuidados em saúde mental.

2.2 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

No Brasil, final dos anos 1970, manifestavam-se as primeiras ações a favor da Reforma Psiquiátrica (RPB), por meio de uma fase de agitação por conta dos sindicatos e partidos, acerca dos questionamentos à saúde e suas políticas, passando a exigir soluções para os problemas da saúde criados pelo regime militar (Cabral, Darosci, 2019).

Em 1978, na Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, profissionais denunciaram as condições de profunda degradação humana em que operava a maioria dos hospitais psiquiátricos no país (Ministério da saúde, 2022). Em seguida, estes profissionais deflagraram greve, o que culminou na demissão de 260 pessoas que trabalhavam nas instituições e na publicização midiática da realidade violenta no interior dos manicômios (Amarante, 2013).

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), surgiu no ano de 1978, e era formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (Brasil, 2005). O movimento surge em decorrência de inúmeros questionamentos aos hospitais psiquiátricos, os quais até então ocupavam um lugar central no modelo de assistência à loucura, ancorada em práticas violentas e higiênicas (Paulin; Turato, 2004; Alverga; Dimenstein, 2006).

Sobretudo, foi esse movimento que protagonizou e construiu, a partir desse período, a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber

psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005). Além dessas discussões, o Movimento propôs mudanças políticas, jurídicas, sociais e institucionais, que seriam discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e que resultou na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) (Cabral, Darosci, 2019).

A Reforma Psiquiátrica é um processo complexo no qual se articulam quatro dimensões simultâneas: a dimensão epistemológica que diz respeito a uma reconstrução teórica nas áreas da saúde mental e da psiquiatria; a dimensão da assistência, que chama à invenção de novos dispositivos de cuidado; a dimensão jurídico-política com a revisão da legislação civil, penal e sanitária, abrangendo e garantindo direitos civis, sociais e humanos; e, finalmente, a dimensão cultural que inclui um conjunto mais amplo de iniciativas para a transformação do imaginário social sobre a loucura (Amarante, 2001, p. 161).

Cabe pontuar que o Movimento de Reforma Sanitária⁵ (MRS) exerceu forte influência sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), mais especificamente no debate acerca da interrelação entre política, economia e condições de saúde (Sampaio; Júnior, 2021). O MRS e a RPB crescem consideravelmente no seio da sociedade brasileira nos anos 1980, e conquistam espaços discursivos e novos adeptos na luta pela redemocratização, transformação da realidade sanitária e mudança no modelo de saúde mental (Yasui, 2010). Ainda que existissem divergências entre os movimentos, ambos idealizavam que o elemento central e dotado de potencial revolucionário para obtenção de transformações na sociedade, era a saúde (Brasil, 2005).

O movimento pela reforma se mobilizou não só por mudanças no tratamento psiquiátrico, mas também pela reforma sanitária e pela redemocratização política do país (Rocha, 2002) e, tinha como objetivo propiciar condições para a desconstrução do modelo manicomial vigente (Amarante; Torre, 2017). Amarante (2013), refere que a RPB pressupunha o estabelecimento de uma nova relação entre sociedade, sofrimento mental e instituições com o intuito de ofertar outro lugar social para a loucura e promover o aumento das potências de vida das pessoas em sofrimento mental. De acordo com Sampaio; Júnior (2021), a RPB toma por referência:

A ideia/conceito da desinstitucionalização, numa perspectiva de desconstrução no modelo manicomial e de transformação das relações de poder para que os pacientes se tornem sujeitos ativos e não meros objetos de intervenção (Rotelli, Leonardis e Mauri, 1990). Objetiva ainda a estruturação de rede de serviços substitutivos capazes de ofertar cuidado integral e de base territorial (Desviat, 2015).

⁵ Movimento Reforma Sanitária foi feito visando à criação do SUS, gravada na Constituição, foi de fato uma ruptura com todos os princípios que ordenavam a política de saúde até então. E nesse sentido podemos falar de fato em reordenamento ideológico e institucional. Ideológico devido aos princípios fundantes da política de saúde, que são completamente alterados, e institucional em função da criação do sistema único (Menicucci, 2014, p. 78).

Entretanto, os autores apontam que a desinstitucionalização, é um termo polissêmico que, influenciou diferentes modelos de reformas psiquiátricas ao redor do mundo em decorrência das diferentes perspectivas. Nessa perspectiva entende-se que,

A Reforma Psiquiátrica foi um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Brasil, 2005, p. 6).

Nesse sentido, Araújo (2024), afirma que, a reinserção social passa a ser o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista potencializar a rede de relações do sujeito através do resgate da noção de complexidade do fenômeno humano e reafirmação da capacidade de contratualidade do sujeito, criando assim um ambiente favorável para que aquele que sofre, psiquicamente possa ter o suporte necessário para reinscrever-se no mundo como ator social (Alves et al. 2009, p. 94).

O processo de desinstitucionalização em psiquiatria brasileira, inspirou-se na experiência italiana, a qual criticava radicalmente os manicômios, possibilitando no país rupturas com os antigos paradigmas (Brasil, 2005). A partir de então, passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência, e iniciam-se eventos para a discussão do tema, tais como V Congresso de Psiquiatria, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria (Figueirêdo; Delevati; Tavares, 2014, p.9).

Em 1979 ocorre, em São Paulo, o I Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujas discussões centraram na necessidade de um estreitamento mais articulado com outros movimentos sociais (Amarante, 1995). Os anos de 1984 até 1990 foram marcados pelo processo de redemocratização do país, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ascensão da RPB. Nesse período, destacou-se dois eventos importantes: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM, o qual foi de suma importância para a consolidação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, em 1993.

Segundo Silva (2003), no II Congresso Nacional do MTSM e a partir da significativa aproximação dos usuários e dos familiares, é criado o Manifesto de Bauru. O qual constitui-

se como um documento de fundação do movimento antimanicomial e firmou o laço social entre os profissionais com a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e suas formas de tratamento. “A busca por uma radical transformação nas relações sociedade/louco/loucura é desenhada pelo Movimento da Luta Antimanicomial com base em várias dimensões do processo da Reforma Psiquiátrica” (Lüchmann; Rodrigues, 2006, p.403).

A abertura dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) aconteceu no final da década de 1980, com a inauguração, em São Paulo, do CAPS Luiz Cerqueira, a partir de iniciativas de transformação do modelo de cuidado pautados até este momento, por diversos movimentos. Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) fechou a Clínica Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Também, são implantados no município de Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Estas intervenções repercutiram nacionalmente e demonstrou sem dúvida a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico (Brasil, 2005). A cidade de Santos se tornou um marco no processo da RPB, através da experiência de demonstrar, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica era possível (Brasil, 2005).

Ainda no mesmo ano, inicia-se as lutas do movimento da RPB no âmbito legislativo e normativo. Contudo, surge o Projeto de Lei n. 3657/1989, do Deputado Federal Paulo Delgado do Partido do Trabalhadores de Minas Gerais (PT/MG), o qual propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios em todo o país (Brasil, 2005). Porém, de acordo com o Ministério da Saúde (2005), é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A Lei Federal n. 10.216/2001 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando “[...] o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios” (Ministério da Saúde, 2005, p. 8).

De acordo com Pitta (2011), a década de 1990 marcou o desenvolvimento da RPB como política pública consentida, o que se sucedeu na liberalização dos mercados, o ajuste macroeconômico e a reforma do aparelho estatal (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Tem-se no âmbito da saúde, o processo de substituição da estrutura hospitalocêntrica por serviços diversificados, abertos e territoriais, a fim de incluir os sujeitos em sofrimento mental nos espaços comunitários (Brasil, 2005; Pitta, 2011). Uma das conquistas do processo de redemocratização do país foi a promulgação da Constituição Federal, em 1988, a qual estabeleceu a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado e a regulamentação do

SUS por meio das leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde” (Paim et al., 2011).

Como tem-se observado, a década de 1990 foi marcada por inúmeros acontecimentos importantes para o processo de reformas na atenção à saúde mental no Brasil. Como por exemplo a assinatura da Declaração de Caracas e a criação da Coordenação de Saúde Mental, em 1991, passou-se a desenvolver ações em prol da substituição do cuidado hospitalocêntrico por serviços comunitários (Sampaio; Júnior, 2021). Regulamenta-se os NAPS e os CAPS, a partir da publicação das portarias n. 189/1991 e n. 224/1992, com o redirecionamento de recursos públicos para essas novas unidades (Tenório, 2002). Tinham como objetivo, inicialmente, humanizar o tratamento, de modo que a internação fosse o último recurso – e, ainda assim, cercado dos devidos cuidados e do absoluto respeito à cidadania do paciente (Santos, 2013).

No ano de 1993, consolida-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e institui-se como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, o dia 18 de maio. Neste mesmo ano, foi realizado o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (Salvador/BA), e foi elaborada a carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, cujo eixo principal das discussões girava em torno da organização do movimento (Sampaio e Júnior, 2021). O relatório Final do I Encontro do MNLA sinalizava que:

O movimento da luta antimanicomial é um movimento social, plural, independente, autônomo que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. É necessário um fortalecimento através de novos espaços de reflexões para que a sociedade se aproprie desta luta. Sua representação nos conselhos municipais e estaduais de saúde, nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos seriam algumas formas de fortalecimento (Vasconcelos, 2000).

Aconteceu em, 1992 a II Conferência Nacional de Saúde Mental e contou com a importante participação dos usuários e familiares (Brasil, 2005). Dentre as recomendações da CNSM, destacam-se: o favorecimento da lógica territorial, a responsabilização do cuidado, a atenção integral e a municipalização. Diretrizes estas que influenciaram fortemente a reestruturação do modelo de atenção em saúde mental no país (Amarante; Nunes, 2018). Mesmo que o crescimento dos serviços substitutivos seja inegável, a falta de financiamento a expansão insuficiente ante as necessidades do sistema público de saúde mostrara-se como um desafio a ser superado (Brasil, 2005; Tenório, 2002).

Ainda no século XX, no ano 2000, finalmente se institui a Política Nacional de Saúde Mental, que estabelece estratégias e diretrizes para organizar a assistência às pessoas com

necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental (Cabral; Darosci, 2019). De acordo com o Ministério da Saúde (2019), dentro das diretrizes do SUS, propõe-se a implantação de uma rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral. Nesse mesmo período, destaca-se, a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que passa a ser formada por uma gama de serviços e pontos de atenção territorial, sendo eles:

[...] o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adultos e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2005).

Em suma, entende-se que a reforma não significou somente uma melhora e humanização dos serviços, mas sobretudo uma mudança na compreensão do que é o adoecimento mental (Batista, 2014). Mesmo com as grandes investidas para a desinstitucionalização durante o processo e até os dias atuais, Fonte (2011, p. 10) aponta que “[...] o fato de um serviço ser externo não garante sua natureza não manicomial e sua qualidade. A Reforma Psiquiátrica, em seus refluxos e ambiguidades, vem demonstrando certo coeficiente de ‘reinstitutionalização’”. Essa reinstitucionalização, de acordo com Batista (2014, p. 401), estaria associada a “CAPSização” do modelo assistencial em saúde, “produzindo novas institucionalizações e cronicidades”.

2.3 SAÚDE MENTAL BRASILEIRA NO SÉCULO XXI

O início do século XXI é marcado pela inclusão da saúde mental na agenda governamental, definindo legalmente sua existência como uma nova forma de assistência oficial. A partir da materialização da RPB, começa-se a estabelecer algumas definições administrativas e operacionais, resultando na normalização de novos serviços de saúde mental, sendo estes intermediários ou substitutivos ao manicômio (Sampaio e Júnior, 2021). As leis federais nº. 10.216, de abril de 2001 e nº. 10.708, de julho de 2003, solidificaram a direção da política de saúde mental no Brasil. As quais pautavam a extinção dos manicômios, a criação dos serviços substitutivos, “[...]” além da regulação da internação psiquiátrica compulsória e instituiu-se o Programa de Volta para Casa, que assegura recursos financeiros que incentivam a saída de pacientes com longo tempo de internação dos hospitais para a família ou comunidade (Fonte, 2011, p. 8)”.

Contudo, é somente após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, ao final de 2001, em Brasília, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e seus familiares que, segundo Delgado et al (2007, p. 43) “consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência e estabelece o controle social como garantia da reforma Psiquiátrica”.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, talvez pelo fato de ser um movimento recente em pleno processo de construção, talvez por carregar sobre si uma herança repleta de desvios, uso ideológico e político-econômico da questão da loucura ou ainda, por estar inserido num contexto mais amplo, com uma configuração política e social pautada na exclusão e regida pela lógica do interesse das minorias mais favorecidas, é que se faz necessária um olhar permanente atento e cuidadoso em vistas a construção de um outro modo de lidar com o adoecimento psíquico, tendo em vista a não repetição dos equívocos e mazelas testemunhados historicamente (Alves et al., 2009, p. 95).

O processo da Reforma Psiquiátrica ainda está em construção no Brasil e no mundo, e não ocorre de forma consensual ou homogênea, estando relacionada às condições econômicas, históricas, políticas e culturais que correspondem às diferentes regiões e países, apontando as práticas singulares (Maciel, 2012). Nessa perspectiva, apesar dos avanços, o Brasil tem-se enfraquecido em várias questões voltadas à saúde mental da população e tem agravado cada vez mais as situações de adoecimento mental (Organização Mundial da Saúde, 2022).

Mesmo com os significativos progressos no processo de desinstitucionalização, de acordo com dados do relatório global anual “Estado Mental do Mundo 2022”, o Brasil tem o 3º pior índice de saúde mental do mundo (Global Mind Project, 2023). Tais progressos podem ser evidenciados a partir da destinação de recursos para serviços de natureza extra-hospitalar, fechamento e/ou descredenciamento significativo de leitos e/ou hospitais psiquiátricos e publicação de portarias que visaram a expansão dos serviços e ações (Hernandes e Fernandes, 2020).

No governo de Dilma Rousseff (2011-2016), através da Portaria nº 3.088, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Hernandez e Fernandes (2020, p. 7) afirmam que, “a partir desse marco legal um novo paradigma foi posto a saúde mental, efetivando uma rede de assistência composta, por exemplo, pelos CAPS, Hospitais-dia, Residências terapêuticas, entre outros”, visando que as pessoas em sofrimento psíquico fossem incluídas na comunidade para receber todos os cuidados necessários provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, Alverga e Dimenstein (2006) afirmam que as mudanças institucionais e legais foram insuficientes para romper completamente com o modelo psiquiátrico anterior.

No ano de 2015, o avanço da contrarreforma brasileira passou a se revelar, através da indicação para o cargo de Coordenador Nacional de Saúde Mental, o ex-diretor do maior Hospital Psiquiátrico do Brasil, Valencius Wurch Duarte Filho Machado (Machado, 2018; Pitta; Guljor, 2019). Lima e Baptista (2017) reiteram que, os avanços propagados pela RPB e obtidos no âmbito da saúde e saúde mental, encerram-se em 2016, a partir de um quadro de crise econômica, política e moral no país. Dando margem para ascensão de grupos conservadores e neoliberais.

O processo de impeachment da presidente Dilma Rousseff, oportunizou o fortalecimento de ideais neoconservadoras (Machado, 2018). Assume então a presidência do país, Michel Temer (2016-2018) e o mesmo inicia um processo de redução de gastos públicos e de direitos sociais, através da “aprovação do Projeto de Emenda Constitucional nº 55/2016, conhecido como “PEC dos Gastos Públicos” (Pereira, 2020, p. 80), incentivando a crescente expansão do setor privado de saúde e o progressivo desmonte do Estado, transferindo a responsabilidade estatal para a iniciativa privada.

Nesse sentido, Pereira (2018) afirma que uma das primeiras medidas do presidente Temer foi, a criação de uma comissão de empresas de seguro para criar “planos acessíveis” de saúde, que isentariam o Estado da responsabilidade de fornecer serviços de saúde à população, promovendo a introdução de “planos populares de saúde”, o qual busca fazer com que os usuários arquem com os custos desses serviços (Reis et al., 2016). Isso vai na contramão dos pilares do SUS, afetando principalmente as camadas mais vulneráveis da população e agravando as desigualdades sociais no atendimento e na garantia de direitos básicos.

A saúde mental também foi duramente afetada pelas iniciativas conservadoras às políticas públicas.

[...] Legislações foram publicadas e apresentaram, na área da saúde mental, uma grande mudança, principalmente em relação à questão das internações, financiamento das comunidades terapêuticas, enfoque no tratamento das questões de álcool e outras drogas através da proibição, como também, a falta de incentivo para os serviços de comunidade (Santos; Tavares; Santos, 2021, p. 08).

Conforme Bisneto (2007, p. 43) “as práticas neoliberais não estão realmente interessadas em diminuir os custos, mas sim, em garantir o lucro do empresariado e a manutenção do poder e da hegemonia.”. O autor acentua que:

O impacto do neoliberalismo no Brasil, em nível das políticas sociais, está sendo o desmonte da assistência pública nas áreas da saúde, educação, previdência, segurança, justiça, cultura, entre outras. Na área da Saúde Mental, nesse quadro, o neoliberalismo incentiva a busca da medicalização através da indústria farmacêutica

e do tratamento baseado em remédios como saída para o atendimento em massa (Bisneto, 2007, p. 43).

Os retrocessos e a “tendência remanicomializadora” se acentuam durante o governo Bolsonaro. Em 2019, o Ministério da Saúde aprovou a Nota Técnica nº 11/2019, a qual previa mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e “[...] afirma a necessidade de aumento do número de leitos psiquiátricos e repudia a ideia de fechar hospitais” (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p. 11). No mesmo ano é aprovado o decreto n. 9.761, de 2019, que aprovou a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Segundo Sampaio e Júnior (2021), o decreto preconizou o fortalecimento e a transferência de recursos públicos para as comunidades terapêuticas e introduziu o foco do cuidado na abstinência do uso e não mais na redução de danos (Brasil, 2019). De acordo com Santos, Tavares, Santos (2021, p. 9) “essas comunidades, de caráter amplamente religioso, utilizam a abstinência como uma de suas táticas de tratamento e desconsideram outras possibilidades como formas de tratamento, o que pode contribuir para o retrocesso na histórica luta da saúde mental”.

Atualmente, os ideais neoliberais e conservadores ainda permeiam a sociedade Altino (2023) afirma que, o Governo Lula (2023-2026) mantém a política das Comunidades Terapêuticas. Narvai (2023) expõe que a política de saúde mental brasileira se encontra sem rumo, entretanto não somente por tropeços de Lula, mas certamente indica um rumo que, o atual governo escolheu, mas deveriam ser revistos.

Nessa perspectiva, Vázquez (apud Oliveira, 2011, p. 145) elucida que “é preciso construir uma alternativa política ao injusto mundo do capitalismo neoliberal, sendo esta desafiada a unir o que se encontra desmembrada neste mundo, a política e a moral”. Desse modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a urgência na intensificação do compromisso e das ações para mudar atitudes e abordagens referentes à saúde mental, seus determinantes e cuidados. Machado e Lavrador (2017) apontam que as resistências se colocam como possibilidade e necessidade, pois o enfrentamento e os desafios que se colocam frente ao cenário político, econômico e sanitário devem ser pautados de forma coletiva e potente. Assim a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030 da OMS, elucida estratégias de enfrentamento, através das seguintes recomendações de ações: aumentar os investimentos em saúde mental, garantindo fundos e recursos adequados, visando uma liderança comprometida e buscando políticas e práticas comprometidas com a realidade; Fomentar a colaboração intersetorial, especialmente para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir de forma a reduzir riscos, gerar resiliência e desmontar barreiras que impedem pessoas com problemas de saúde mental de

participar plenamente da sociedade; Estabelecer redes comunitárias de serviços interconectados que se afastem dos cuidados de custódia em hospitais psiquiátricos e cubram um amplo espectro de atenção e apoio por meio de uma combinação de serviços de saúde mental integrados à atenção geral de saúde; serviços comunitários de saúde mental; e serviços para além do setor da saúde (Organização Pan-Americana de Saúde, 2022).

3 O ADOECIMENTO MENTAL DOS/AS TRABALHADORES NA SOCIEDADE CAPITALISTA CONTEMPORÂNEA

O adoecimento mental das/os trabalhadoras/es na sociedade capitalista contemporânea exige a discussão acerca das temáticas relacionadas a categoria trabalho e a precarização do trabalho, a fim de compreender as condições estruturais e organizacionais que afetam a saúde mental das/os trabalhadores, sobretudo no contexto dos serviços de saúde mental. Este capítulo discorre a respeito de como a sociedade capitalista, uma vez que prioriza a produtividade e a exploração da mão-de-obra da classe trabalhadora acima de tudo, impõe exigências de desempenho, acelerando ritmos de trabalho e pressionando os trabalhadores a alcançarem metas incompatíveis com as condições de trabalho disponíveis. Essa análise é essencial para contextualizar o adoecimento mental enquanto fenômeno social e não como uma simples questão individual.

3.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A CATEGORIA TRABALHO

O trabalho é a categoria que fundamenta o ser social e é a atividade humana mais primitiva e primordial. Marx (2004) afirma que o trabalho é o elemento central na construção da sociedade, primeiro como condição de reprodução da vida, depois como instrumento de acumulação do capital. É através dele que o ser humano se relaciona com a natureza, transformando-a e transformando a si mesmo (Garcia; Moreira, 2020). Para Hegel, o trabalho é a fonte de toda a riqueza e de toda a civilização. O autor visualiza-o como um importante elemento para a análise do homem em relação à natureza e à formação da consciência (Cardoso, 2011). Marx (1985), em sua primeira obra “O Capital”, no capítulo V, diz que:

O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus

braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências que nela jazem latentes e submete o jogo de suas forças a seu próprio domínio. Não se trata, aqui, das primeiras formas instintivas, animalescas, do trabalho. Um incomensurável intervalo de tempo separa o estágio em que o trabalhador se apresenta no mercado como vendedor de sua própria força de trabalho daquele em que o trabalho humano ainda não se desvencilhou de sua forma instintiva. Pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem (Marx, 1985, p. 188).

O “elemento central e de grande importância para o entendimento do indivíduo na vida social” (Cardoso, 2011, p. 266), é o trabalho. Visto que o mesmo se encontra na base de todas as sociedades e segundo Mendes (2019, p.1) “determina as formas de interação com a natureza, produz valores de uso para satisfação das necessidades humanas e influência nas relações do homem entre si”. De acordo com Mendes (2019), é a dimensão consciente e predominantemente social que diferencia o trabalho humano das atividades exercidas por outros animais.

De acordo com Marx (1985, p. 153), “o processo de trabalho, [...] em seus elementos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas [...]”. Segundo Colmán; Pola (2009, p. 2) o trabalho, nos seus elementos simples, é aquele produtor de valores de uso, pois:

[...] A existência [...] de cada elemento da riqueza material não existente na natureza, sempre teve de ser mediada por uma atividade especial produtiva, adequada a seu fim, que assimila elementos específicos da natureza a necessidades humanas específicas. Como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, uma condição de existência do homem, independente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana (Marx, 1985, p.50).

Marx (1985) caracteriza o trabalho como, meramente, uma atividade que promove a interação entre o homem e a natureza, afim de transforma-la nos bens necessários à sua sobrevivência. Entretanto, é necessário analisar o trabalho a partir das formas estabelecidas de distribuição dos meios de produção e o tipo de divisão do trabalho numa dada sociedade. Ou seja, compreender as relações sociais (religiosas, políticas, administrativas, financeiras, etc.) e o nível de desenvolvimento social nas quais ele ocorre. Isto porque cada formação econômica (escravista, feudal, capitalista) apresenta diferentes relações de produção (Mendes, 2019).

A principal característica do trabalho humano para Marx é a atividade consciente e intencional. Ou seja, o trabalho é antecipado por uma finalidade, que dá direção para a realização da ação (Foinkinos; Luz, 2017).

Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador e, portanto, idealmente (Marx, 2004, p. 36).

Mendes (2019, p. 02), afirma que a partir da perspectiva marxista, no interior do sistema capitalista o trabalhador é subordinado, “[...] ao propósito de reproduzir e expandir o domínio material e político da classe capitalista, enquanto a classe trabalhadora assalariada a fim de sobreviver”. Desse modo, as necessidades e os modos para satisfazê-las são ocasionadas a partir da organização social e das relações sociais estabelecidas. Nesse contexto, o processo do trabalho passa a ser caracterizado pela cooperação entre as pessoas e orientado (teleologicamente) a fim de produzir coisas úteis para suprir as necessidades sociais (Garcia; Moreira, 2020).

O trabalho, assim, é uma forma de práxis social que constitui a própria realidade, relacionando os aspectos subjetivos (vontade e teleologia) com os aspectos objetivos (causalidade, necessidade e natureza) da atividade humana social, e, transforma o próprio sujeito e o objeto (Garcia; Moreira, 2020, p. 857).

Contudo, com base nas relações sociais estabelecidas, o trabalho passa a ser uma práxis social coletiva e passa a desenvolver a divisão social do trabalho (isto é, especialização de funções (Garcia; Moreira (2020). Nosella (2002) afirma que a divisão social do trabalho foi naturalizada, a fim de afirmar que cada homem estava destinado a exercer atividades diferentes.

O desenvolvimento das forças produtivas possibilita que o modo de produção capitalista adquira forma e transforme a força de trabalho da classe trabalhadora em mercadoria (Foinkinos; Luz, 2017). Desenvolve-se também a divisão da sociedade em classes, uma vez que pessoas, empresas, classes ou o Estado se apropriam privadamente do que é produzido pelo conjunto daqueles que produziram diretamente. Desse modo, o trabalho vai se afastando de suas condições objetivas e facilita o surgimento da exploração do trabalho alheio (Garcia; Moreira, 2020).

A história de toda a sociedade até hoje é a história de lutas de classes. Homem livre e escravo, patrício e plebeu, barão e servo, burguês da corporação e oficial, em suma, opressores e oprimidos, estiveram em constante antagonismo entre si, travaram uma luta ininterrupta, umas vezes oculta, aberta outras, uma luta que acabou sempre com uma transformação revolucionária de toda a sociedade ou com o declínio comum das classes em luta (Marx; Engels, 1987, p. 35).

Neste sentido, devido ao caráter dialético da realidade, essa expressão afirma as contradições de uma estrutura classista e o antagonismo de interesses que caracteriza necessariamente uma relação entre classes (Silva; Justino; Schenato, 2015). “Dado que as classes dominantes se sustentam na exploração do trabalho daqueles que não são proprietários

nem possuidores dos meios de produção, assim como em diversas formas de opressão social, política, intelectual, religiosa, entre outras” (Quintaneiro, 2003).

De acordo com Marx, no modo de produção capitalista o trabalho se desenvolve a partir da transformação da força de trabalho em meio/instrumento de produção e da conversão da força de trabalho em mercadoria. A força de trabalho “[...] passa a ser subsumida as finalidades da produção que são impostas e controladas pelos proprietários privados dos meios de produção, para produzir mercadorias com valor de troca e sem desperdício de matéria-prima” (Foinkinos; Luz, 2017, p.6).

Diante disso, o homem desenvolveu práticas como agricultura e pecuária e constitui-se a partir disto, o excedente, que era mais do que os indivíduos necessitavam e tornou-se propriedade privada da classe dominante. A partir disso, mudou-se o pensamento acerca da necessidade de todos contribuírem e exercerem o trabalho (Farias; Lima; Almeida, 2015). De acordo com Lessa (1999, p. 5) “[...] o trabalho, agora, não será realizado por todos os membros da sociedade, mas terá uma classe social (a primeira dela foi a dos senhores de escravos) que explorará o trabalho da classe trabalhadora (a primeira delas foi a dos escravos)”.

Assim, de acordo com Matias; Meneses (2023, p. 724) “[...] o trabalho encontra-se organizado e configurado de maneira a dar resposta às necessidades constantes de lucro por parte do capital, de modo que:

A realização do trabalho surge de tal modo como desrealização que o trabalhador se invalida até a morte pela fome. A objetivação revela-se de tal maneira como perda do objeto que o trabalhador fica privado dos objetos mais necessários, não só a vida, mas também ao trabalho. Sim, o trabalho transforma-se em objeto, que ele só consegue adquirir com o máximo esforço e com interrupções imprevisíveis. A apropriação do objeto manifesta-se a tal ponto como alienação que quanto mais objetos o trabalhador produzir, tanto menos ele pode possuir e mais se submete ao domínio do seu produto, do capital. [...] A alienação do trabalhador no seu produto significa não só que o trabalho se transforma em objeto, assume uma existência externa, mas que existe independente, fora dele e a ele estranho, e se torna uma força hostil e antagônica (Marx, 2004, p. 112).

Ou seja, a submissão do trabalho ao capital se dá a partir do maquinismo, e se efetiva através da distinção das forças intelectuais do processo de trabalho e do trabalho manual. Nesse contexto, passa a converter o trabalho em trabalho alienado. “Subtraídos os meios de produção, resta ao trabalhador, para sobreviver, alienar sua força de trabalho, levando à última instância a estratificação social em classes detentoras e não detentoras dos meios de produção” (Garcia; Moreira, 2020, p. 861).

Assim, Farias; Lima; Almeida (2015), destacam a relação de compra e venda da força de trabalho como ato principal do modo de produção capitalista. Nesse sentido, o

trabalho se reconfigura e, passa a ser conduzido pela produção de valores de troca, adquirindo um caráter abstrato (Behring; Boschetti, 2011), levando o trabalhador a objetificar o processo de trabalho, a fim de satisfazer necessidades alheias as suas. Por isso, a insuperável contradição permeia a relação entre capital e trabalho, uma vez que “o desenvolvimento das forças produtivas decorrente da potencialização do trabalho social gera uma demasiada pobreza, expressa sob a forma de pauperismo, sobre aqueles que não possuem nada além de si mesmo para vender no mercado, os trabalhadores” (Farias; Lima; Almeida, 2015, p. 1).

De acordo com Garcia; Moreira (2020), o capital uma vez que apropriado da dimensão cognitiva e intelectual do trabalho, aumenta os modos de controle e de subordinação, gerando certa pressão e exigindo altos níveis de envolvimento e cooperação da classe trabalhadora, a qual se submete tendo em visto o medo do desemprego.

Nessa perspectiva, Borges; Yamamoto (2014) afirmam que o trabalho além de ser explorador monótono e alienante, é causador de sofrimento, embrutece o ser humano, restringe as possibilidades do homem por meio da simplificação e da repetição de tarefas, submetendo-os às condições da organização do trabalho pela pressão da subsistência.

O trabalho não aparece mais tão envolvido no processo de produção quando o ser humano se relaciona ao processo de produção muito mais como supervisor e regulador. (...) Nessa transformação, o que aparece como a grande coluna de sustentação da produção e da riqueza não é nem trabalho imediato que o próprio ser humano executa nem o tempo que ele trabalha, mas a apropriação de sua própria força produtiva geral, sua compreensão e seu domínio da natureza por sua existência como corpo social. (...) O próprio capital é a contradição em processo, pelo fato de que procura reduzir o tempo de trabalho a um mínimo, ao mesmo tempo em que, por outro lado, põe o tempo de trabalho como única medida e fonte da riqueza. Por essa razão, ele diminui o tempo de trabalho na forma do trabalho necessário para aumentá-lo na forma do supérfluo (Marx, 2011, p. 588-589).

A partir da consolidação do capitalismo, o trabalho se desloca do âmbito secundário e passa a ocupar um papel fundamental e central na sociedade, já que homens e mulheres passaram a destinar uma grande parte do seu tempo. Desse modo se revelou a ideia de que a riqueza do país dependia do trabalho (Kubo; Gouvêa, 2012).

Todavia, levando em conta a compra e venda da força de trabalho, o sistema capitalista “privatiza a riqueza social produzida pelos produtores diretos, e os deixam apenas com o mínimo necessário para a sua sobrevivência”. Nesse processo, emerge a insuperável contradição entre o capital e o trabalho, na qual ao mesmo passo em que se potencializam as forças produtivas, manifesta-se a miséria entre a classe trabalhadora (Farias; Lima; Almeida, 2015, p.6).

A classe trabalhadora não é definida apenas pelas relações de produção, mas constitui-se num longo processo em que se combinam, dentre outros, as relações de propriedade, a divisão social e internacional do trabalho, a correlação de forças na luta política em torno dos interesses do trabalho e do capital, as relações com os aparelhos de Estado, as representações simbólicas e os discursos ideológicos (Garcia; Moreira, 2020, p. 876).

Antunes (2003) observa que no capitalismo contemporâneo a/o trabalhadora/trabalhador é a “classe que vive do trabalho” e também vive “para” o trabalho. Nessa perspectiva, por conta da superexploração da mão-de-obra, o trabalho alienado ganha força. Dessa forma Farias; Lima; Almeida (2015, p.6) destacam o aumento do nível de repercussão da pobreza e o fomento de organização política nas/os trabalhadoras/es resultando em importantes movimentos trabalhistas, os quais passaram a requisitar do Estado certa intervenção na pobreza. “É importante ressaltar que a intervenção do Estado não pode sanar a “questão social”, pois se assim fizesse tinha que eliminar a si próprio, bem como o modo de produção que se alicerça”.

3.2 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E O ADOECIMENTO MENTAL

Quanto ao trabalho na contemporaneidade, especialmente nas últimas décadas do século XX e no início do XXI, a concepção de trabalho e a forma como ele é vivenciado são, em grande parte, influenciadas pelas premissas do Toyotismo, um paradigma caracterizado pela produção descentralizada e em pequenos lotes, flexibilizada pela automação e pelo uso de diferentes modalidades de contratos de trabalho. Esse modelo visa alcançar um nível superior de qualidade e produtividade, substituindo a produção em larga escala de bens padronizados (Antunes, 2011). Com uma doutrina baseada na acumulação flexível, empresas mais enxutas, a implementação de programas de qualidade total e técnicas japonesas de gestão, além da introdução de programas de participação nos lucros e resultados, o pós-fordismo, alinhado aos interesses do capital financeiro e ao ideário neoliberal, possibilitou uma reestruturação produtiva cujas consequências incluem a ampliação da flexibilização, da informalidade e da precarização da classe trabalhadora (Antunes, 2014).

A precarização do trabalho “constitui-se como elemento estrutural do modo de produção capitalista, uma vez que concilia elementos econômicos, sociais, políticos e jurídicos que legitimam a exploração do trabalho e equalizam a questão do desemprego estrutural, muitas vezes mistificando-o” (Souza, 2021, p. 2). Alves (2007), compreende a precarização do trabalho como uma dimensão da reestruturação produtiva. A partir dos anos 1970, o capitalismo mundial entrou em uma nova dinâmica a fim de recuperar seu padrão de

acumulação, as formas econômicas, políticas e ideológicas da dominação burguesa (Antunes, 2008) e, conseqüentemente, vem suscitando transformações no universo da classe trabalhadora, resultando na precarização do trabalho.

Desse modo, diante das diferentes nuances do neoliberalismo, novos modos de trabalho surgiram para atender as demandas da radicalização do modelo econômico capitalista (Piobelo; Mota, 2021), a exemplo da uberização, conceito que surge a partir do discurso do empreendedorismo e com o avanço das tecnologias. De acordo com Abílio (2017), esse termo refere-se a um novo estágio da exploração do trabalho, resultando em mudanças qualitativas e subjetivas ao trabalhador, às configurações das empresas, bem como às formas de controle, gerenciamento e expropriação do trabalho.

A precarização se trata de um processo que afeta o Estado e as leis e, encontra-se a partir dos anos 1980, dentro de uma lógica socioeconômica que tornou o trabalho mais instável, frágil e relaciona a garantia de trabalho à perda de direitos trabalhistas (Piobelo; Mota, 2021). Desse contexto, resultam estratégias de prolongamento das jornadas de trabalho, burlando a legislação trabalhista ou de subcontratação de grupos em condições diferenciadas de acesso a direitos e benefícios, as quais são constatadas por Marx (1988) desde a Revolução Industrial.

Para Franco; Druck; Seligmann-Silva (2010), as dimensões que configuram essa precarização são encontradas nos: vínculos de trabalho e relações contratuais; organização e condições de trabalho; precarização da saúde dos trabalhadores; fragilização do reconhecimento social, da valorização simbólica e do processo de construção das identidades individual e coletiva; e representação e organização coletiva (sindical).

Santos (2012, p. 197) elucida que “as formas de trabalho mais instáveis e menos protegidas tendem a se ampliar, fazendo com que o medo de perder o emprego apareça novamente como a principal força disciplinadora do trabalho”. Diante disso os trabalhadores passam a se submeterem a quaisquer condições de trabalho para se manterem nos espaços ocupacionais. Nesse sentido, crescem os espaços de trabalho precarizados, terceirizados, temporários, sem garantias e sem direitos trabalhistas (Machado; Stampa, 2023).

Antunes (2018) discorre acerca da conjuntura brasileira atual, a qual é atravessada pela radicalização do neoliberalismo, caracterizado por sucessivas privatizações de estatais, defesa intransigente dos interesses das classes dominantes e destruição dos direitos trabalhistas. Entende-se que o mundo do trabalho é controlado pelos interesses da burguesia e é atravessado por um cenário socioeconômico desvantajoso para aqueles que não são

“qualificados”, em uma conjuntura de correlações de forças, resultando em uma grande parte da população em trabalhos precarizados (Piobelo; Mota, 2021).

Fortemente marcado pela desigualdade social, o Brasil é permeado por indicadores de precarização do trabalho (Piobelo; Mota, 2021). Acerca do primeiro indicador, Druck (2011, p.47) se refere “as vulnerabilidades das formas de inserção e desigualdades sociais”, caracterizadas pela fragilidade estrutural e das formas de inserção precárias, ou seja, sem proteção social, as quais resultam em um alto grau de precarização social. Já o segundo indicador é caracterizado pela “intensificação do trabalho e terceirização” observado nos novos “padrões de gestão e organização do trabalho”, que impõe condições precárias através da “intensificação do trabalho”, determinada por: metas inalcançáveis e extensão da jornada de trabalho, sustentados pelo medo e propagados nas formas de abuso de poder, através do assédio moral (Druck, 2011, p.48). O terceiro tipo de precarização social abordado pelo autor, pauta as condições de insegurança e saúde no trabalho, na busca por maior produtividade, os padrões de gestão vêm arriscando a segurança das/os trabalhadoras. Já o quarto indicador de precarização explicita a perda das identidades individual e coletiva dos trabalhadores, intrínsecas ao “desemprego e medo constante da perda do emprego” (Druck, 2011, p.50).

A perda das identidades individual e coletiva, fruto da desvalorização simbólica e real, que condena cada trabalhador a ser o único responsável pela sua empregabilidade, deixando-o subjugado a ditadura do sucesso em condições extremamente adversas criadas pelo capitalismo flexível (Druck, 2011, p. 50).

Por fim, os últimos indicadores se referem ao enfraquecimento das representações dos trabalhadores e do descarte do direito do trabalho. As representações das/os trabalhadoras, vem se enfraquecendo devido a imposição dos limites da ordem neoliberal, os quais neutralizam a política coletiva, resultando numa vontade de lutar e resistir inexistente por parte da classe trabalhadora. O descarte do direito do trabalho, é caracterizado pelas “ofensivas contra a legislação de proteção ao trabalho e aos trabalhadores”, justificada através da falsa autonomia e de uma “flexibilização, como processo inexorável trazido pela modernidade dos tempos de globalização” (Druck, 2011, p. 52).

A substituição da força de trabalho humana, a partir dos avanços tecnológicos, tem tornado muitas atividades obsoletas, indispensáveis ou até mesmo inexistentes (Machado; Stampa, 2023). Camargo et al. (2024) afirmam que a apropriação privada dos meios de produção é justificada através de uma busca incessante pelo lucro do grupo dominante. Substituindo velozmente os/as trabalhadores/as pela inserção de novas tecnologias no mundo do trabalho, organizadas e geridas nos moldes da sociedade capitalista. Desse modo:

A maioria da população mundial está se tornando descartável e irrelevante do ponto de vista do capital, o que ampliará progressivamente a dependência da circulação de formas fictícias de capital e construções fetichistas de valor centradas na forma-dinheiro e no sistema de crédito. Como é de se esperar, alguns segmentos da população são considerados mais descartáveis do que outros, assim mulheres e negros arcam com maior parte do fardo e provavelmente arcarão ainda mais num futuro próximo (Harvey, 2016, p.109).

A flexibilização do trabalho é uma das faces da precarização e surge a partir das novas formas de produção e avanço do capitalismo. Estas práticas de gestão da força de trabalho resultam na perda de emprego, de estabilidade, de qualidade de vida e de dignidade dos trabalhadores (Piobelo; Mota, 2021). De acordo com Vasapollo (2005) a flexibilização do trabalho é:

Liberdade por parte da empresa para despedir uma parte de seus empregados, sem penalidades, quando a produção e as vendas diminuem; Liberdade da empresa, quando a produção necessite, de reduzir o horário de trabalho ou de recorrer a mais horas de trabalho, repetidamente e sem aviso prévio; Poder da empresa de pagar salários reais mais baixos do que a paridade de trabalho [...]; Possibilidade de a empresa subdividir a jornada de trabalho em dia e semana de sua conveniência, mudando os horários e as características [...]; Liberdade para destinar parte de sua atividade a empresas externas; Possibilidade de arrendar os trabalhadores (trabalho temporário), de fazer contratos por tempo parcial [...], diminuindo o pessoal efetivo a índices inferiores a 20% do total da empresa (Vasapollo, 2005, p. 375).

Kremer; Faria (2005) reiteram que a precarização do trabalho se caracteriza pela perda e devastação das condições de trabalho e emprego. O enfraquecimento das regulamentações fomenta a legalização de trabalhos informais e temporários (Pialarissi, 2017). A autora afirma que “[...] é a categorização da precariedade do trabalho decorrente da ruptura de vínculos empregatícios ou de sua descentralização, incluindo a intensificação de outras condições de trabalho que prejudicam o desempenho do trabalhador” (Pialarissi, 2017, p. 3).

Padilha (2009) apresenta uma sequência de fatores que caracterizam o processo de precarização do trabalho, os quais são: a) desregulamentação e perdas dos direitos trabalhistas e sociais; b) legalização de trabalhos temporários, em tempo parcial, e da informalização do trabalho; c) terceirização e quarteirização; d) intensificação do trabalho; e) aumento de jornada com acúmulo de funções; f) maior exposição a fatores de riscos para a saúde; g) rebaixamento dos níveis salariais; h) aumento de instabilidade no emprego; i) fragilização dos sindicatos; j) feminização da mão-de-obra; e k) rotatividade estratégica para rebaixamento de salários.

A Reforma Trabalhista de 2017, a qual entrou em vigor no governo do ex-presidente Michel Temer, elucida a precarização do mundo do trabalho no Brasil (Piobelo; Mota, 2021). Pautando aspectos como: a desregulamentação (retirada de direitos até então conquistados pelas lutas dos trabalhadores), a privatização (o deslocamento da discussão sobre as relações capital e trabalho da esfera pública para uma esfera cada vez mais privada, definida a partir das relações diretas entre trabalhadores e empregadores), e a flexibilização, que expressa o interesse de tornar as regras, as normas, os contratos cada vez mais efêmeros e, portanto, sujeitos à possibilidade (permanente e a qualquer hora) de mudanças (Moraes, 2018).

Diante do exposto, as novas atrocidades do mercado de trabalho, impostas pelo neoliberalismo, como por exemplo: “a reestruturação produtiva, flexibilização e adaptação das lógicas de produção”, podem gerar danos à saúde mental e física da classe trabalhadora (Piobelo; Mota, 2021, p.117). Diante das tendências do capitalismo, os autores elucidam que:

O capitalismo nunca resolve suas tendências de crise, ele simplesmente as move de lugar. Essa movimentação ocorre num sentido duplo, em que se move um tipo de problema para outro. O capital, em sua lógica destrutiva, não reconhece nenhuma barreira para a precarização do trabalho. A força de trabalho é explorada sem limites e é (mais) uma expressão das contradições estruturais desse modelo econômico, onde, ao mesmo tempo em que o trabalho vivo não pode ser exterminado para sua forma de reprodução, é necessário explorá-lo ao extremo, impondo o viés mais profundo de sua mercantilização: abrevia-se seu tempo de uso como resultante do aprofundamento, pelo adoecimento, de sua característica de mercadoria de alta descartabilidade (Piobelo; Mota, 2021, p. 121).

Dejours (2015) afirma que o trabalho é central na vida dos indivíduos, podendo ele ser presente ou não, sendo este um fator de produção de saúde, como também de adoecimento físico e/ou mental. As frágeis e instáveis relações de trabalho, caracterizados por vínculos flexibilizados e precários, cresce a sensação de incerteza e individualiza as questões relacionadas ao trabalho. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), nas últimas décadas houve um aumento predominante de transtornos mentais na população mundial (Bogo; Chapadeiro, 2019).

Dentre as múltiplas facetas que a nova morfologia do trabalho envolve, uma delas impacta substancialmente a saúde das/os trabalhadoras/es, especialmente a saúde mental. Bernardo; Nogueira; Bull (2011, p.84) afirmam que “[...] talvez seja possível dizer que problemas de saúde mental relacionados ao trabalho nunca tiveram tanto destaque como na atualidade”. De acordo com o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPS), no Brasil, há uma alta incidência em adoecimento mental entre a população em idade produtiva, as quais representam a terceira maior causa de afastamento do trabalho. Para Vives et al.

(2010), os maiores determinantes sociais de desigualdade e de adoecimento tem sido as condições de trabalho.

De acordo com Franco; Druck; Seligmann-Silva (2010) o impacto da precarização nas condições de trabalho ocorre de um desamparo orgânico, existencial e identitário que vem afetando as/os trabalhadoras/es proveniente das empresas e organizações que intensificam a multiexposição. Segundo as autoras, o desgaste mental das/os trabalhadores, originado por questões políticas, econômicas e culturais, influencia a esfera macrossocial, os contextos nacionais e as estruturas internas das organizações, consequentemente refletindo nos indivíduos em situações concretas de trabalho. As autoras também afirmam que, a humilhação, a vivência de incerteza, a injustiça e a imposição que violam valores éticos e morais, expondo o lado mais cruel da lógica da precarização laboral, são fatores que resultam num esvaziamento vivenciado a partir do empobrecimento do trabalho (Franco; Druck; Seligmann-Silva, 2010).

O desgaste da esperança associado ao risco de suicídio é uma reflexão preocupante abordada pelas autoras. Além da depressão, outros transtornos mentais associados à violência, tem contribuído significativamente para casos específicos de suicídio. Ritmos intensos, regimes de turno e jornadas prolongadas, encontram-se na contramão no que diz respeito aos biorritmos naturais das/os trabalhadoras/es, podendo desencadear inúmeros transtornos e adoecimentos mentais, como por exemplo a síndrome de burnout, ocasionada pelo esgotamento laboral (Franco; Druck; Seligmann-Silva, 2010). Lima (2003) aponta que a depressão, a síndrome do pânico, o estresse, o burnout, os transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras drogas, são as patologias mais comuns que vem afetando a classe trabalhadora.

Arraes (2024) aponta que os afastamentos do trabalho provocados por questões de ansiedade e depressão aumentaram 38% no ano de 2023. Ainda, uma pesquisa do ADP Research Institute revela que 67% dos trabalhadores no Brasil sentem que seu trabalho é influenciado pelo estresse e 31% reportam impactos diretos na sua saúde mental (Richardson e Antonello, 2023).

A sobrecarga das/os trabalhadoras/es, em razão da intensificação do trabalho, vem resultando em uma crescente exaustão e desgaste mental, principalmente nos setores da educação e saúde (Lima, 2022). De acordo com Vieira; Chinelli (2013), as condições de trabalho em que estão expostas essas/es trabalhadoras/es, tem sido alvo de inúmeras terceirizações. A transferência dos serviços de saúde pública para entidades privadas não

promove melhores condições de trabalho, ademais, por muitas vezes submete as/os profissionais a baixos salários e contratos instáveis (Gondim et al., 2018).

Por isso, é necessário refletir criticamente acerca da correlação entre a precarização do trabalho e a perda da saúde mental enfrentada pela classe trabalhadora brasileira nos dias atuais. Tendo em vista que a submissão das/os trabalhadoras/es, em particular no que tange ao ritmo do trabalho, as pressões cotidianas e a individualização dos processos de trabalho, se tornaram um fator importante no que diz respeito ao adoecimento mental (Sato; Bernardo, 2007). Diante das condições impostas pela onda neoliberal uma grande parcela da população vem sendo silenciada (Piobelo; Mota, 2021). Por isso:

Em contextos de crise econômica, a relevância do papel do governo é ainda maior. Cabe a ele, de forma assertiva, a elaboração e aplicação de políticas públicas e medidas emergenciais voltadas para o crescimento econômico com inclusão social, visando o desenvolvimento socioeconômico, a promoção do bem-estar social e a redução das desigualdades (Piobelo; Mota, 2021, p.122).

Ademais, é preciso, sobretudo, visibilizar a discussão como objetivo político de intervenção, visando ao enfrentamento e transformação das condições de trabalho, uma vez que os efeitos tem resultado no adoecimento (Souza, 2021). Tendo em vista que o adoecimento mental relacionado ao trabalho tem se intensificado em um cenário marcado pela flexibilização, precarização e maior individualização, é importante destacar que estes se manifestam de maneira singular em cada sujeito atravessados por fatores como classe social, gênero e raça. Afinal, de acordo conforme Piobelo; Mota (2021) é necessário caminhar visando transformações na estrutura ocupacional do país, as quais implicam consequentemente nos avanços sociais e na valorização da classe trabalhadora.

4 RESULTADOS DA PESQUISA: QUESTÕES RELACIONADAS AO TRABALHO QUE LEVAM AO ADOECIMENTO MENTAL DOS/AS TRABALHADORES/AS DA SAÚDE MENTAL

Nesta seção explicitam-se os procedimentos metodológicos da pesquisa e os resultados da pesquisa bibliográfica realizada a partir de dezoito (18) produções teóricas sobre o tema: o adoecimento mental dos/as trabalhadores/as dos serviços de saúde mental. Contempla os resultados dos objetivos específicos da pesquisa, sendo eles: caracterização das produções teóricas; contextualização dos serviços de saúde mental e o perfil dos/as trabalhadores/as; as condições e relações de trabalho que impactam na saúde mental das/os

trabalhadoras/es de serviços de saúde mental; e estratégias de prevenção e enfrentamento ao adoecimento mental no âmbito do trabalho. Para tanto, serão expostos e discutidos os principais resultados encontrados nas produções teóricas.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo exploratório e abordagem quanti-qualitativa, fundamentada no método dialético crítico e suas principais categorias: historicidade, totalidade e contradição. Sob essa perspectiva teórica, a pesquisa em Serviço Social requer um entendimento abrangente da totalidade da realidade em que se está inserido, possibilitando a compreensão dos movimentos que moldam tanto a realidade quanto a humanidade.

A dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas e culturais etc. Por outro lado, como a dialética privilegia as mudanças qualitativas, opõe-se naturalmente a qualquer modo de pensar em que a ordem quantitativa se torne norma (Gil, 2008, p. 14).

A categoria totalidade é compreendida como uma realidade concreta, dinâmica e permeada por múltiplos condicionamentos. Sua dinamicidade e movimento decorrem do caráter contraditório que as totalidades apresentam, pois como afirma Netto (2011, p. 57), “sem as contradições, as totalidades seriam totalidades inertes, mortas [...]”. A categoria contradição, Prates (2014) argumenta que ela vai além de uma relação de exclusão, sendo, na verdade, uma inclusão concreta e plena dos contrários, caracterizada como uma negação inclusiva. A categoria de historicidade reflete a processualidade e provisoriedade, representando as transformações e mudanças do homem, da realidade e dos fenômenos ao longo do tempo (Prates, 2014).

A pesquisa bibliográfica tem como objetivo o aprimoramento e a atualização do conhecimento por meio da investigação científica de obras já publicadas. Para Andrade (2010, p. 25):

A pesquisa bibliográfica é habilidade fundamental nos cursos de graduação, uma vez que constitui o primeiro passo para todas as atividades acadêmicas. Uma pesquisa de laboratório ou de campo implica, necessariamente, a pesquisa bibliográfica preliminar. Seminários, painéis, debates, resumos críticos, monográficas não dispensam a pesquisa bibliográfica. Ela é obrigatória nas pesquisas exploratórias, na delimitação do tema de um trabalho ou pesquisa, no desenvolvimento do assunto, nas citações, na apresentação das conclusões. Portanto, se é verdade que nem todos os alunos realizarão pesquisas de laboratório ou de campo, não é menos verdadeiro que todos, sem exceção, para elaborar os diversos trabalhos solicitados, deverão empreender pesquisas bibliográficas (Andrade, 2010, p. 25).

A pesquisa desenvolvida adota uma abordagem quanti-qualitativa, além do caráter

exploratório, que segundo Fontanelles et al. (2009) visa uma primeira aproximação do pesquisador com o tema, para torná-lo mais familiarizado com os fatos e fenômenos relacionados ao problema a ser estudado. Segundo Queiróz (1992), a pesquisa exploratória, consiste em conhecer a variável de estudo tal como ela se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere. De acordo com Minayo e Sanches (1993, p.240) o conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica, ou seja, adquirida através da abordagem quantitativa e qualitativa, e o método apresenta-se como um fio condutor para se formular esta articulação.

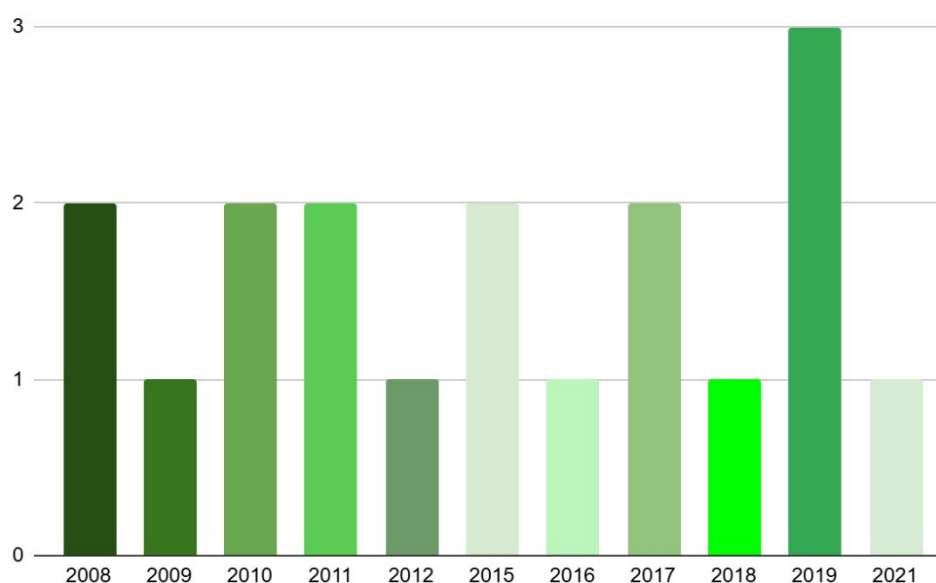
A pesquisa bibliográfica compreendeu dezoito (18) produções teóricas, as quais tinham semelhança sobre o tema: questões relacionadas ao trabalho que levam ao adoecimento mental dos/as trabalhadores/as da saúde mental. O levantamento das referências teóricas foi realizado a partir de uma pesquisa junto à plataforma de pesquisa do Google e com os descritores: saúde mental, trabalho, serviços de atenção psicossocial/centros de atenção psicossocial, precarização do trabalho e Serviço Social, tendo como recorte temporal as produções teóricas referentes ao século XXI.

Das produções teóricas encontradas, foram selecionadas aquelas que se debruçaram em pesquisas de campo com trabalhadoras/es de serviços em saúde mental. Os dados encontrados nas produções teóricas, foram organizados em quadros e planilhas construídas no Word, Excel e Google Sheets. As informações encontradas foram submetidas à análise de conteúdo com corte temático que consiste em: “[...] descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 1977, p. 105).

Os dados passíveis de serem quantificados foram submetidos à análise estatística simples e representados por meio de gráficos e quadros.

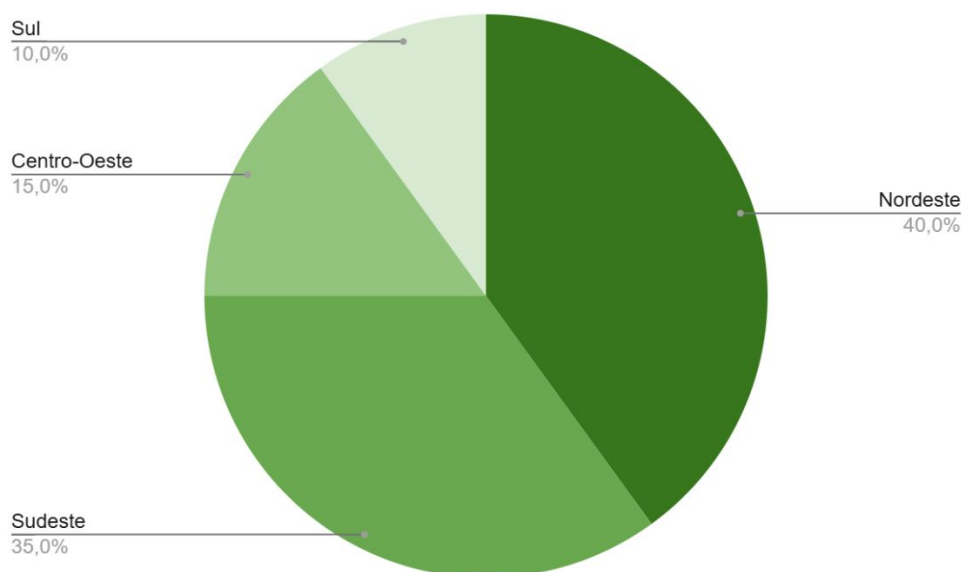
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PRODUÇÕES TEÓRICAS SOBRE A TEMÁTICA

Das dezoito (18) produções, três (03) eram do ano de 2019. Os anos de 2008, 2010, 2011, 2015 e 2017 compreenderam duas (02) produções teóricas cada ano. Os anos de 2009, 2012, 2016, 2018 e 2021 abarcaram uma (01) produção cada ano.

Gráfico 1 – Ano das produções teóricas

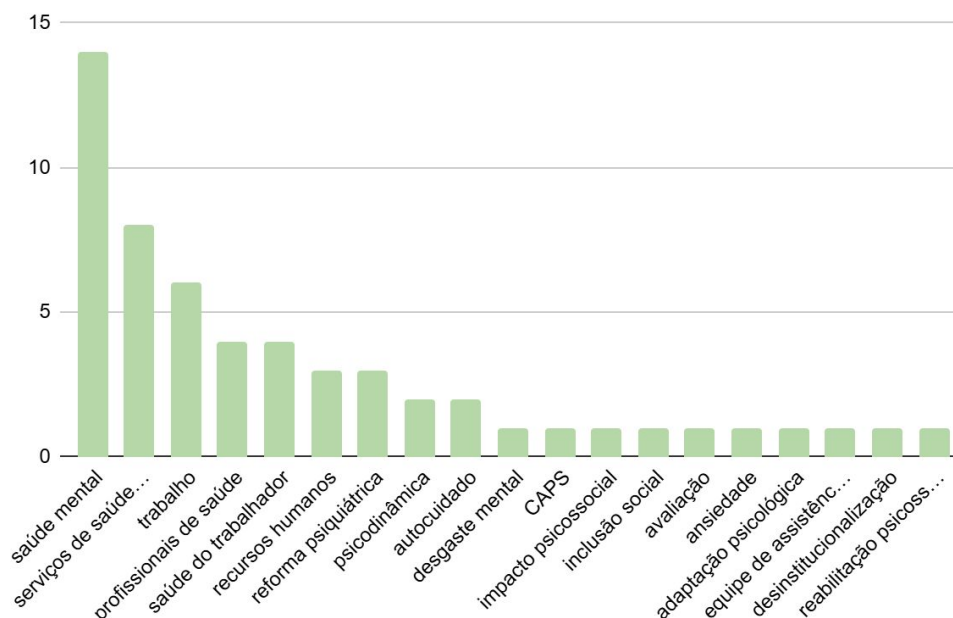
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Quanto às instituições de origem das/os autoras/es, a região Nordeste abrangeu 08 (40%) das produções teóricas, contemplando: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). A região Sudeste abrangeu 07 (35%) produções teóricas, contemplando: Universidade de São Paulo (USP), Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A região Centro-Oeste abrangeu 03 (15%) produções teóricas, contemplando: Universidade de Brasília (UnB), Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS). Por fim, a região Sul abrangeu 02 (10%) produções teóricas, contemplando: Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), conforme explicitado no gráfico a seguir.

Gráfico 2 – Regiões das instituições de origem das/os autoras/es

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Com relação a frequência com que as palavras-chave emergiram nas dezoito (18) produções teóricas, tem-se: quatorze artigos (25%) apresentaram a palavra-chave saúde mental, 08 (14,3%) apresentaram serviços de saúde mental, 06 (10,7%) apresentaram o trabalho, 04 (7,1%) apresentaram profissionais de saúde, 04 (7,1%) apresentaram saúde do trabalhador. Recursos humanos e reforma psiquiátrica emergiram em 03 (5,4%) produções teóricas, 02 (3,6%) apresentaram psicodinâmica, 02 (3,6%) apresentaram autocuidado. Desgaste mental, CAPS, impacto psicossocial, inclusão social, avaliação, ansiedade, adaptação psicológica, equipe de assistência ao paciente, desinstitucionalização e, reabilitação psicossocial foram citadas em pelo menos 01 (1,8%) produção teórica, conforme explicitado no gráfico a seguir.

Gráfico 3 – Frequência das palavras-chave

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Quadro 1 – Objetivos das produções teóricas

Produção	Objetivos
Produção I	Avaliar os modelos assistenciais de gestão e formação de trabalhadores de CAPS em Campinas-SP.
Produção II	Explorar a (in)satisfação no trabalho em saúde mental nos CAPS de Fortaleza-CE.
Produção III	Analisar os papéis e perfis de profissionais em serviços de saúde mental em Uberlândia-MG.
Produção IV	Analisar os impactos da lógica neoliberal na saúde pública e na saúde mental de trabalhadores de CAPS.
Produção V	Explorar a saúde mental dos trabalhadores dos CAPS em Goiânia-GO.
Produção VI	Analisar recursos e normas no trabalho em CAPS.
Produção VII	Examinar práticas de prevenção ao adoecimento mental no trabalho.
Produção VIII	Analisar a saúde mental de profissionais de CAPS no RJ.
Produção IX	Avaliar impactos psicossociais do trabalho em CAPS no Ceará.
Produção X	Analisar o perfil e a formação de profissionais do CAPS em MG.
Produção XI	Explorar impactos do trabalho em serviços de saúde mental em Mossoró-RN.
Produção XII	Avaliar vivências de trabalho em equipe no CAPS em São Carlos-SP.
Produção	Investigar equipes e condições de trabalho em CAPS de MT.

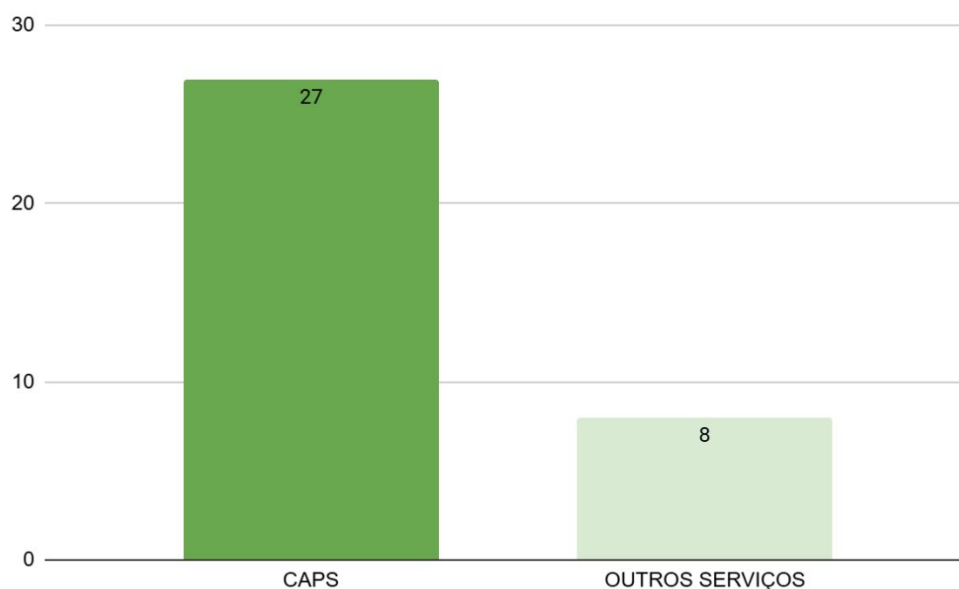
XIII	
Produção XIV	Identificar stress e burnout em profissionais de saúde mental.
Produção XV	Examinar representações sociais dos profissionais de CAPS sobre inclusão social.
Produção XVI	Avaliar satisfação e sobrecarga de trabalho em CAPS de Campina Grande-PB.
Produção XVII	Investigar prazer e sofrimento no trabalho em CAPS de MS.
Produção XVIII	Identificar fatores de ansiedade em CAPS de Cabedelo-PB.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

O quadro acima explicita os objetivos de cada produção teórica. Foi possível analisar que algumas produções teóricas apresentam objetivos semelhantes ou complementares, como por exemplo as produções II, V, XI, XVI e XIV, as quais abordam as temáticas de: saúde mental, condições de trabalho e satisfação profissional, elucidam também as questões relacionadas aos desafios enfrentados pelas/os trabalhadoras/es em saúde mental que resultam em estresse, burnout, insatisfação e condições inadequadas. As produções teóricas III, X, XIII e VI abordam o perfil das/os trabalhadoras/es, condições de trabalho, formação e gestão de equipe. As produções IV, IX e XVII exploram a relação entre saúde mental das/os trabalhadoras/es e o ambiente sociopolítico, incluindo os impactos da reforma psiquiátrica e das políticas neoliberais. As produções VII, XVIII e VIII se debruçaram em identificar fatores de risco e propor estratégias de prevenção e enfrentamento para a saúde mental das/os trabalhadoras/es.

4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E PERFIL DOS/AS TRABALHADORES/AS

Dos trinta e cinco (35) serviços de saúde mental mencionados nas dezoito (18) produções teóricas, a maioria, ou seja, vinte e sete (27) foram Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e oito (8) compreenderam outros serviços que também atendem demandas de saúde mental, conforme explicitado no gráfico a seguir.

Gráfico 4 – Serviços de Saúde Mental

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

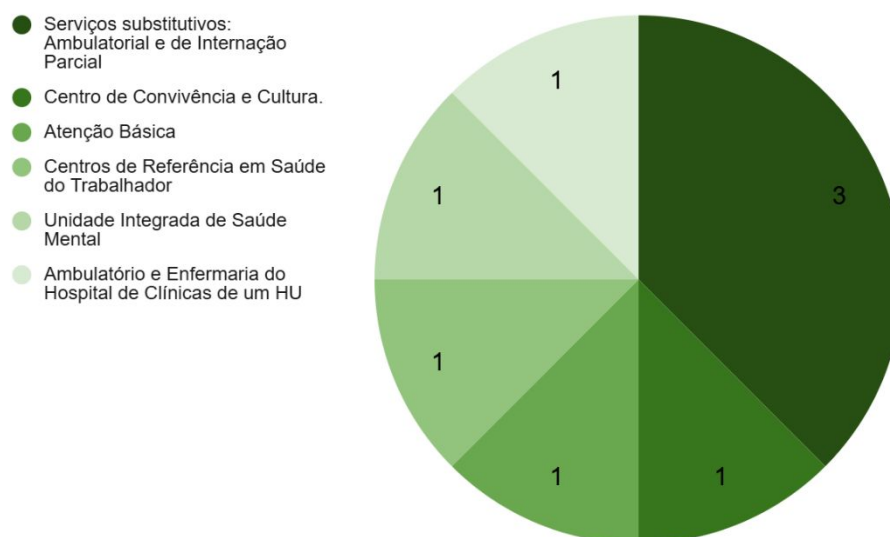
Desde o início da Reforma Psiquiátrica brasileira no final da década de 1970, tem-se debatido acerca da maneira de compreender e lidar com o adoecimento mental. Neste sentido e visando elaborar propostas para a superação do modelo clássico psiquiátrico instituiu-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No atual contexto brasileiro os CAPS são centrais no que diz respeito à organização da atenção em saúde mental. “Constituem-se nos tipos I, II e III, por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional, e em serviços relativos ao abuso de álcool e outras drogas (CAPSad) e para a infância e adolescência (CAPSi)” (Brasil, 2002, p. 1)

Instituídos pela Portaria Ministerial 336/GM, de 2002, com a Lei nº 10.216/2001, caracteriza-se os CAPS como serviço responsável pelo acolhimento e atendimento de pacientes/usuários em sofrimento psíquico graves e persistentes. Bogo; Chapadeiro (2019), destacam-o como um serviço territorial, visando através de um movimento político, social, cultural, jurídico e histórico, desinstitucionalizar e a desconstruir formas de olhar e de transformar as estruturas mentais. Além disso, preconiza, através da “reinserção” dos usuários no território, uma transformação nas políticas públicas de saúde mental (Amarante, 1996; Bezerra Jr., 1994; Silva, 2005).

Com relação aos outros oito (8) serviços pesquisados pelos autores nas produções teóricas, os mesmos compreenderam: três (3) serviços substitutivos, como ambulatorial e de

Interação Parcial, um (1) Centro de Convivência e Cultura, um (1) serviço de Atenção Básica, um (1) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, um (1) Unidade Integrada de Saúde Mental e um (1) Ambulatório de Enfermagem do Hospital de Clínicas de um Hospital Universitário.

Gráfico 5 – Outros serviços sobre os quais versaram as produções teóricas



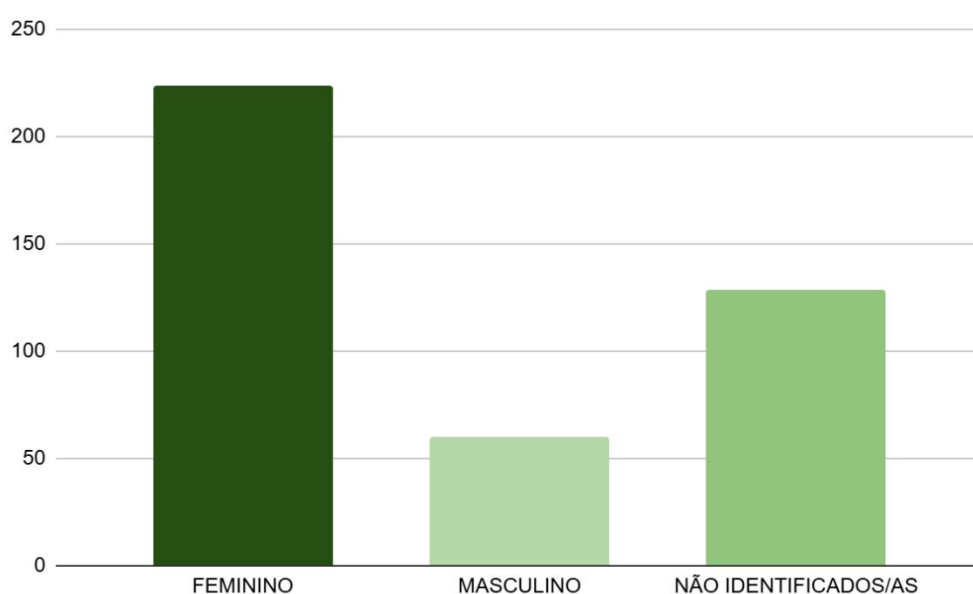
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Acerca da mudança na organização do trabalho, instituíram-se serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, sendo estes espaços de atuação dos profissionais da assistência à saúde mental, que consequentemente exige novas formas de relação entre os trabalhadores, incluindo a perspectiva interdisciplinar presente nos CAPS. Guimarães; Jorge; Assis (2011), destacam que o trabalho em saúde mental é permeado por inúmeros desafios, devido à complexidade de estruturação dos serviços.

A respeito da localização dos serviços escolhidos pelos autores das produções teóricas, identificou-se a frequência em que os estados apareceram: 04 (23,5%) no estado de São Paulo, 02 (11,8%) no Ceará, 02 (11,8%) em Minas Gerais, 02 (11,8%) no Rio de Janeiro, 02 (11,8%) na Paraíba e 02 (11,8%) em Mato Grosso. Os estados de Santa Catarina, Rio Grande do Norte e Goiás foram compreendidos em 01 (5,9%) produção teórica cada um. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2020), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) brasileira, conta com 3.164 serviços, destes a maioria está localizada nas regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste. A produção teórica IV não ofereceu este dado e por isso não foi contabilizada para a elaboração do gráfico abaixo.

Com relação às/aos trabalhadoras/es contemplados nas produções teóricas, foi possível identificar quatrocentos e treze (413) trabalhadoras/es nas dezoito (18) produções teóricas analisadas. Das/os quatrocentos e treze trabalhadoras/es, a maioria, isto é 54,24% se autodeclararam do gênero feminino e 14,53% se autodeclararam do gênero masculino, 31,23% das/os trabalhadoras/es não foram identificados, conforme explicitado no gráfico a seguir.

Gráfico 6 – Gênero dos/as trabalhadores/as



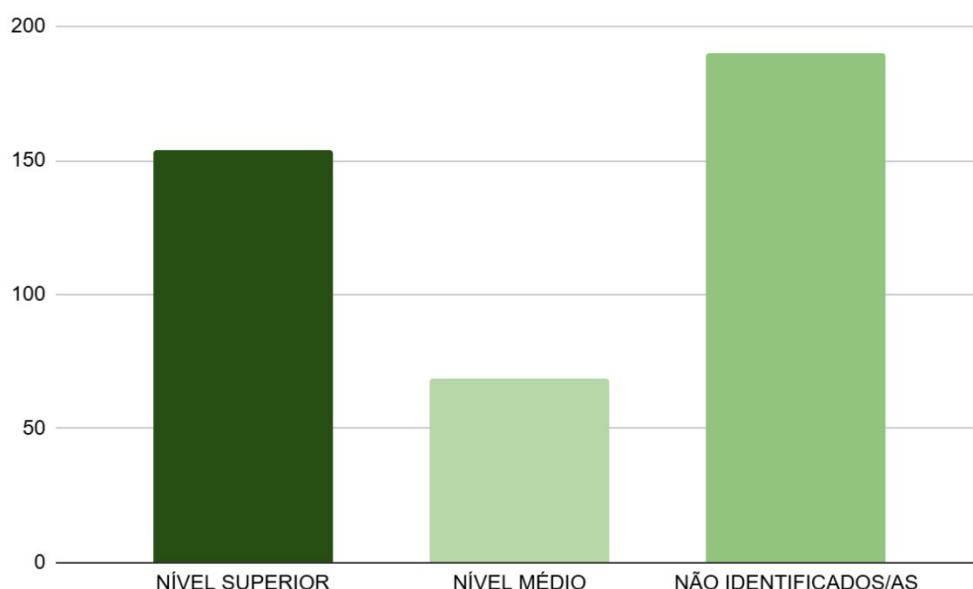
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Acerca da predominância da mulher no âmbito de trabalho da saúde, mais especificamente no âmbito da saúde mental, deve-se considerar que, na América Latina, entre 1960 e 1990, o número de mulheres economicamente ativas passou de 18 milhões para 57 milhões, ou seja, mais que triplicou. A participação feminina no mercado de trabalho aumentou significativamente, subindo de 18% para 27%, enquanto a participação masculina diminuiu, de 77,5% para 70,3%. Dados censitários revelam que a taxa bruta de participação feminina na força de trabalho passou de 13,6% em 1950 para 26,9% em 1980, e atingiu 47,2% no final dos anos 1990. No entanto, apesar desse crescimento expressivo da presença feminina no mercado de trabalho, não houve, necessariamente, uma redução significativa das desigualdades profissionais entre os gêneros (Wermelinger et al., 2010). As autoras afirmam que a participação feminina no setor de saúde, alcança quase 70% do total de trabalhadoras/es.

Houve um aumento da participação da força feminina no mundo do trabalho, ocorrendo, também, no trabalho em saúde. É extremamente importante destacar que o aumento da participação feminina no mundo do trabalho está diretamente relacionado à submissão da mulher à exploração do capital. Portanto, ao mesmo passo em que a mulher passa a conquistar espaços públicos no mercado de trabalho, compreende-se que também se submete a uma maior exploração do capital (Antunes, 1999).

Acerca do nível de escolaridade das/os trabalhadoras/es pesquisados nas produções teóricas, 37,29% destes possuíam nível superior e 16,71% possuíam nível médio, evidenciando os diferentes níveis que compõem as equipes dos serviços de saúde mental. A maioria, isto é, 46% das produções teóricas não informaram o nível de escolaridade das/dos trabalhadoras/es, conforme explicitado no gráfico a seguir.

Gráfico 7 – Nível de escolaridade das/os trabalhadoras/es

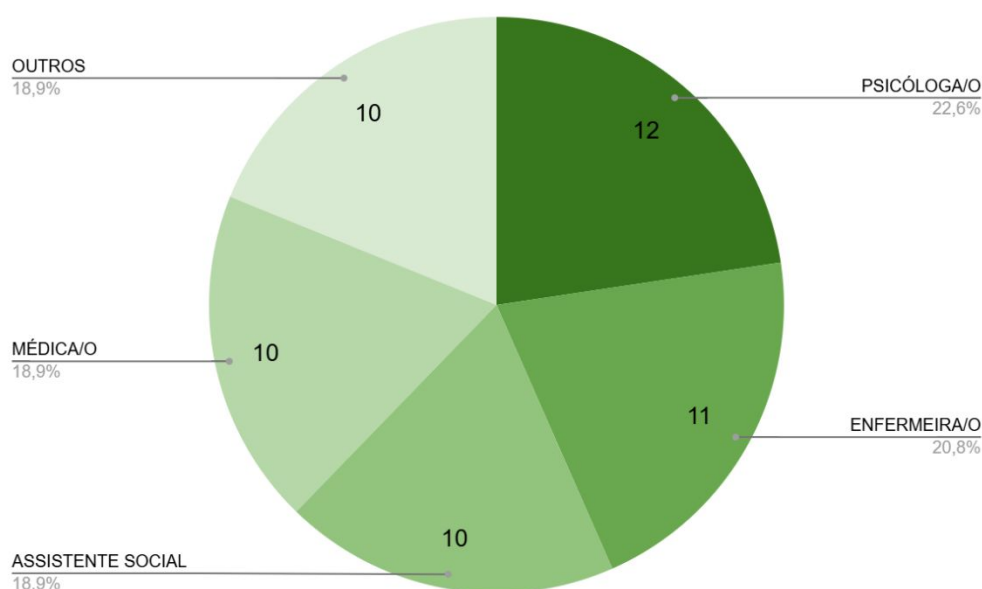


Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) (2024, p.2), apontam que entre 2012 e 2023, houve um aumento na proporção de trabalhadores com escolaridade superior à exigida por suas ocupações. No ano de 2012 cerca de 26% dos trabalhadores estavam nessa situação, percentual que cresceu para 38% em 2020, permanecendo estável até 2023. Destaca-se a importância de estudos abordarem esse dado, tendo em vista que o trabalho em serviços de atenção psicossocial é realizado em equipe interdisciplinares.

Em relação ao quadro profissional das/os trabalhadoras/es compreendidas nas dezoito (18) produções teóricas, foi possível identificar a frequência com que cada categoria profissional apareceu, quando mencionadas as equipes multiprofissionais dos serviços de saúde mental: 12 (22,6%) produções mencionaram as/os psicólogas/os, 11 (20,8%) mencionaram as/os enfermeiras/os, 12 (18,9%) mencionaram as/os assistentes sociais, 10 (18,9%) mencionaram as/os médicas/os e 10 (18,9%) produções teóricas citaram outras categorias profissionais, conforme explicitado no gráfico a seguir.

Gráfico 8 – Categoriais profissionais mencionadas nas produções teóricas



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

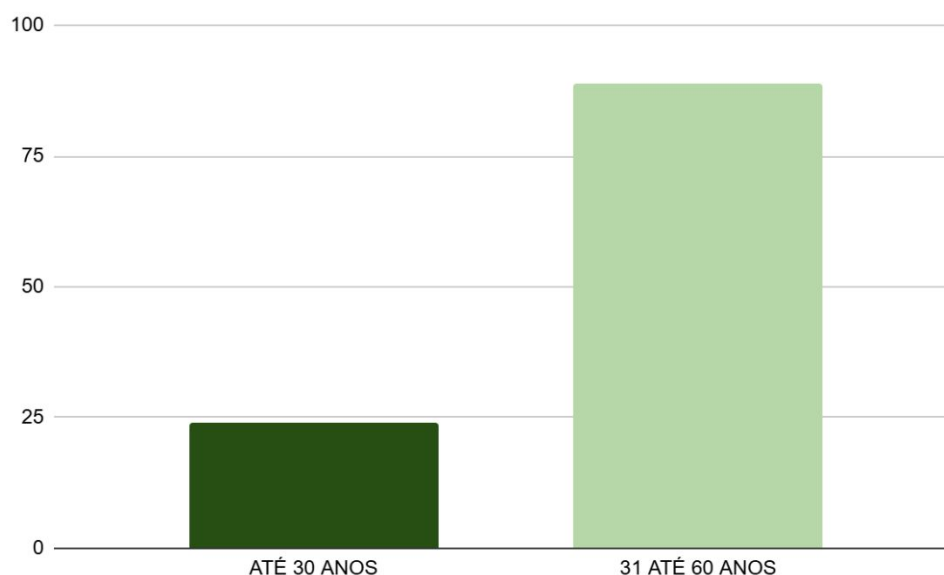
A equipe de saúde deve ser composta por profissionais de diferentes áreas, sendo que cada tipo apresenta características específicas em relação à quantidade e aos tipos de trabalhadores necessários, tendo em vista à ação interdisciplinar. A título de exemplo, para a estruturação mínima de um CAPS I, exige-se: um médico psiquiatra ou com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior de categorias distintas (como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional relevante) e quatro profissionais de nível médio (como técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). No CAPS II, são adicionados mais um profissional de nível superior e dois de nível médio (Brasil, 2004).

A interdisciplinaridade, segundo Vasconcelos (2002, p. 45) “[...] é a contribuição de uma ou mais disciplinas para o domínio de uma disciplina específica que se posiciona como campo coordenador das demais”.

É entendida como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação de elementos (Vasconcelos, 2002, p. 47).

Outro destaque a ser feito acerca do perfil das/os quatrocentos e treze (413) trabalhadoras/es, é a faixa etária destas/es. Foi possível identificar que somente 5,9% possuíam idade até trinta (30) anos, enquanto a faixa etária representada pelas/os trabalhadoras/es de trinta e um anos (31) até os sessenta anos (60) representou 21,55% do total. Não foram localizados dados sobre 72,55% das/dos trabalhadoras/es sobre os quais versaram as produções teóricas, conforme explicitado no gráfico a seguir.

Gráfico 9 – Faixa etária das/os trabalhadoras/es mencionados nas produções teóricas



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Conforme apontam Ng; Feldman (2010), dados recentes sobre o mercado de trabalho global indicam um aumento na idade média da força de trabalho, evidenciando uma tendência mundial de envelhecimento no perfil dos trabalhadores.

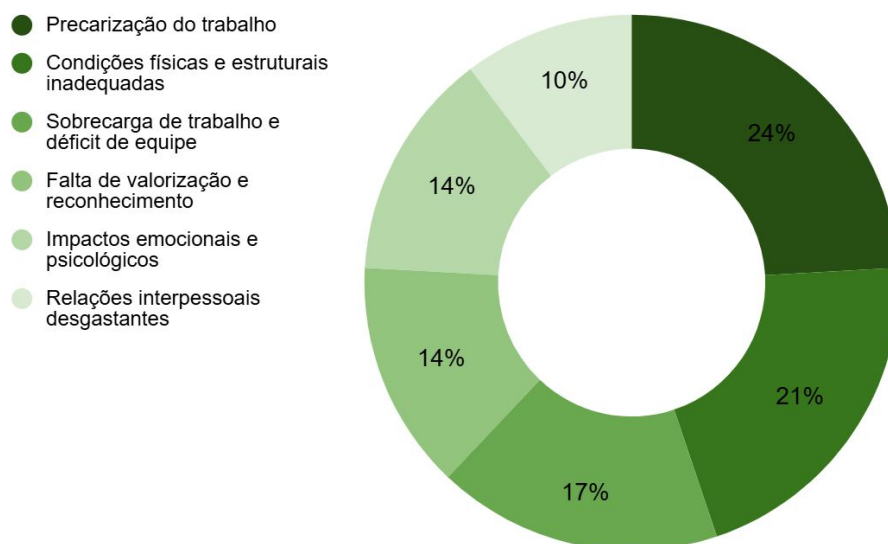
Em relação ao tempo de serviço em saúde mental das/os trabalhadoras/es, identificou-se que 60,6% destas/es trabalhavam há 5 a 10 anos na área, seguido de 21,2% que trabalhavam há 6 meses a 4 anos no âmbito da saúde mental e 18,2% que trabalhavam há mais de 10 anos.

Com relação ao caráter dos contratos de trabalho das/os quatrocentos e treze (413) trabalhadoras/es, identificou-se que, 10,2% foram contratadas/os em regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), seguido de 5,8% dos contratos em regime de Admissão de Caráter Temporário (ACT) e somente 5,6% eram concursados. Contudo, 78,5% das produções teóricas não contemplaram essa informação. A partir da flexibilização dos vínculos empregatícios observa-se total desproteção social e desrespeito aos direitos trabalhistas, sobretudo trabalhadoras/es com salários “achatados” e condições de trabalho insatisfatórias e, em consequência, a não democratização das relações de trabalho (Jorge et al., 2007).

4.3 CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO QUE IMPACTAM NA SAÚDE MENTAL DOS/AS TRABALHADORES/AS

A fim de compreender quais as condições e relações de trabalho que impactam na saúde mental das/os trabalhadoras/es, foi possível observar semelhanças entre as condições e relações relatadas nas produções teóricas. A precarização do trabalho foi a condição que apareceu com mais frequência, representando 07 (24%) das condições mencionadas. As condições físicas e estruturais inadequadas representaram 06 (21%) das produções teóricas. A sobrecarga de trabalho e insuficiência de equipe emergiu em 03 (17%) das produções teóricas. A falta de valorização e reconhecimento e os impactos emocionais e psicológicos vivenciados pelas/os trabalhadoras/es emergiram em 04 (14%) das produções teóricas. Por fim, as relações interpessoais desgastantes foram abordadas em 03 (10%) das produções teóricas.

Gráfico 10 – Condições e relações de trabalho que impactam na saúde mental das/os trabalhadoras/es



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

De acordo com Alves (2007), no Brasil, a precarização do trabalho é fruto de uma síndrome objetiva de insegurança de classe, manifestada por fatores como a instabilidade no emprego, na representação e nos contratos. Essa condição surge dentro de um contexto histórico específica: a era do neoliberalismo.

A instabilidade do trabalho causada por contratos temporários, terceirizações e vínculos precários são reflexo da precarização do trabalho, consequentemente gerando insegurança e medo na classe trabalhadora.

[...] A precarização do trabalho em saúde, caracterizada pela ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, pela inserção de trabalhadores com baixa qualificação profissional, além de condições de trabalho não satisfatórias. Diante do exposto, pode-se afirmar a ocorrência da flexibilização das relações de trabalho na área da saúde pública, viabilizada pelas modalidades de contratação de pessoal com formas e vínculos não estáveis com o Estado, formas diferenciadas de remuneração, ausência de uma política de educação permanente no trabalho, entre outras. Neste contexto, os trabalhadores são contratados diretamente pelo órgão público por meio de um vínculo temporário ou informal, ou, ainda, através de entidades terceirizadas como cooperativas, e atuam como autônomos (Jorge et al., 2007, p.418).

A Produção Teórica I (2011, p. 2149) apontou a precarização do trabalho em saúde como um problema na gestão do trabalho em saúde mental, expressa na flexibilização das relações, ao indicar que: “[...] a insegurança também da gente não ter concurso. Se hoje a

gente está aqui, mas amanhã não sabe”. É possível inferir que a flexibilização impõe ao trabalhador impactos profundos e adversos, traduzidos em tensões, insegurança e medo. Embora se evidencie a necessidade de lutar por direitos trabalhistas e melhores condições de trabalho, muitos trabalhadores vivem sob o temor constante de perder seus empregos, uma consequência direta da instabilidade do mercado. Essa questão é expressivamente retratada na declaração: “querer lutar por nossos direitos e não poder” (Produção Teórica I, 2011, p. 2149). Além disso, a convivência diária nos serviços de saúde mental entre trabalhadores com diferentes formas contratuais tem intensificado conflitos e disputas dentro das equipes. Essa realidade é ilustrada no seguinte trecho: “existe diferença entre os profissionais. Existe uma facção: são os concursados, os terceirizados, e isso gera conflitos. Eu fui a primeira terceirizada e eu não era bem aceita. [...] embora eu tenha conquistado o meu espaço ao longo do tempo” (Produção Teórica I, 2011, p. 2149).

Segundo Araújo e Moraes (2017), a partir da desregulamentação contratual e do afrouxamento das relações sociais de trabalho, novas formas de flexibilização tornaram-se viáveis. Entre elas, destacam-se aquelas relacionadas às jornadas de trabalho, como a implementação do banco de horas e as que envolvem alterações nas funções, responsabilidades e salários variáveis. Além disso, há uma constante mudança nos critérios que orientam as dinâmicas laborais, como os utilizados para avaliações de desempenho, admissões e demissões, criando um ambiente de trabalho permeado por regras e expectativas em constante transformação. Nesse cenário, a polivalência emerge como uma característica indispensável ao trabalhador (Seligmann-Silva, 2011).

As instalações precárias dos serviços, diante da falta de investimento, dificultam o trabalho dos profissionais, prejudicando tanto as condições de atendimento quanto o ambiente de trabalho. Na Produção Teórica I (2011, p. 2149), uma/um sujeito informou que: “[...] os problemas são os mesmos que a gente tinha há seis anos atrás. As limitações são as mesmas: problemas no que diz respeito às questões estruturais da unidade, limitações materiais. Isso é uma coisa crônica, são seis anos, isso é desgastante”. Já o funcionamento do CAPS em espaço físico alugado, com salas insuficientes ou sem climatização adequada, foi relatado como limitadores para realizar atividades como oficinas ou reuniões (Produção Teórica XIII, 2010, p. 348).

A sobrecarga de trabalho e a insuficiência de equipe, se destacam na lacuna existente entre o envolvimento destas/es trabalhadoras/es com as propostas da Reforma Psiquiátrica e a realidade, que consiste no insuficiente número de profissionais para realizar a assistência preconizada. Nesse cenário, a equipe encontra-se responsável por estruturar formas de manter

o serviço em funcionamento, assegurando o mínimo necessário para atender à complexidade que os serviços de saúde mental exigem, sem comprometer diretamente os usuários e evitar a desassistência. Essa configuração institucional reflete a aplicação da estratégia minimax (Blanch-Ribas; Cantera, 2011), onde a produtividade é sustentada com o menor investimento possível. Nesse sentido a sobrecarga dos profissionais leva ao adoecimento, “[...] afastamentos do trabalho por licença médica e, assim, sucessivos desfalques à equipe, reduzindo cada vez mais os trabalhadores no serviço” (Produção Teórica IV, 2017, p. 69).

O sofrimento mental das/os trabalhadoras/es também se manifesta na constante tensão entre a vida pessoal e a vida laboral, que por muitas vezes é atravessada por relações interpessoais desgastantes (Fontanella; Ricas; Turato, 2008). Essa preocupação é revelada no discurso que destaca a tentativa de “não levar problemas de trabalho para casa e vice-versa” (Produção Teórica I, 2011, p. 2151).

Guimarães; Jorge; Assis (2011) afirmam que o trabalho, uma vez que se constitui como dispositivo central na construção do sujeito, torna-se impossível dissociá-lo completamente da vida pessoal. Quando as condições de trabalho e a remuneração são insatisfatórias, o sofrimento pode se intensificar, gerando angústia, especialmente em profissionais submetidos a essas situações por longos períodos. Esse quadro é evidenciado no relato de uma trabalhadora que, desde o início do serviço, convive com essa realidade: “[...] ‘fico sempre com a impressão de que estou em falta’” (Produção Teórica I, 2011, p. 2151). Neste sentido, revela-se o sentimento de culpa, o qual reforça o sofrimento mental e associa-o a sensação de incompetência, baixa autoestima, redução da qualidade profissional e má acolhida dos usuários e colegas, resultando em posturas culpabilizantes tanto no trabalho quanto nas relações sociais (Rollo, 2007).

Silva; Costa (2008) destacam que as relações interpessoais dentro da equipe apresentam desafios significativos, como a intolerância entre colegas e as exigências relacionadas à responsabilização e produtividade dos pares. Segundo os autores, a dificuldade de lidar com colegas tecnicamente despreparados para atuar na área de saúde mental emerge como um dos principais obstáculos nas dinâmicas da equipe, refletindo a necessidade urgente de capacitação adequada para os profissionais desse campo.

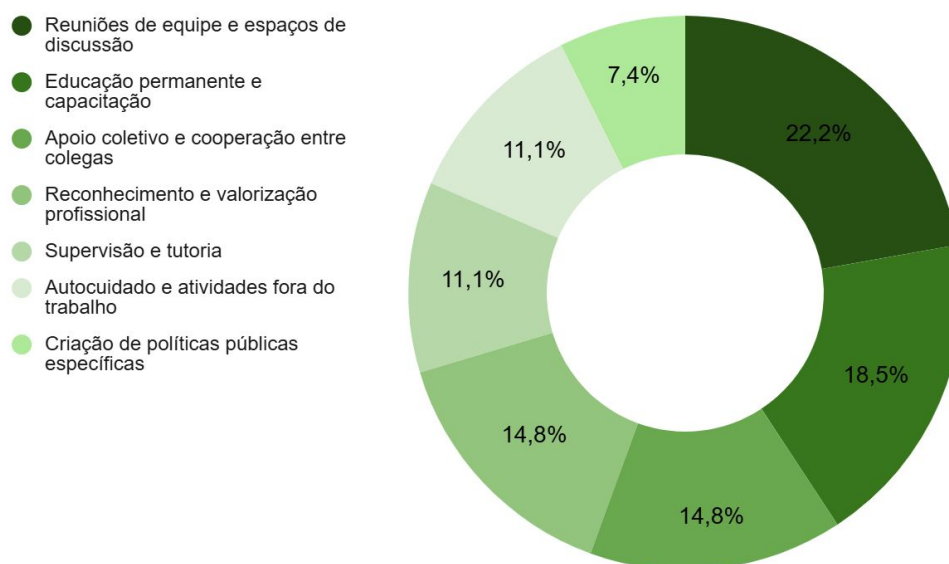
A falta de valorização e reconhecimento e os impactos emocionais e psicológicos vivenciados pelas/os trabalhadoras/es, segundo Athayde; Hannigton (2012) estão relacionadas à imprevisibilidade das situações desencadeadas ao lidar com a loucura. Além das rotinas vivenciadas pelas/os trabalhadoras/es nos serviços de saúde mental, que são marcadas pelo enfrentamento constante de situações-limite e pelo “trabalho-desestabilizador”. Os autores

associam essa percepção à falta de uma definição clara sobre a loucura, destacando que uma compreensão teórico-clínica mais aprofundada sobre o tema pode amenizar o desconforto dos profissionais no manejo das experiências relacionadas ao cuidado de pessoas em sofrimento psíquico.

4.4 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO AO ADOECIMENTO MENTAL NO ÂMBITO DO TRABALHO

Em relação às estratégias de prevenção e enfrentamento ao adoecimento mental no âmbito do trabalho, foi possível identificar nas dezoito (18) produções teóricas: 06 (22,2%) referências às reuniões de equipe e espaços de discussão, 05 (18,5%) à educação permanente e capacitação das/os profissionais, 04 (14,8%) apoio coletivo e cooperação entre colegas, 04 (14,8%) ao reconhecimento e valorização profissional, 03 (11,1%) à supervisão e tutoria, 03 (11,1%) ao autocuidado e atividades fora do trabalho, 02 (7,4%) à criação de políticas públicas específicas sobre a temática.

Gráfico 11 – Estratégias de prevenção e enfrentamento ao adoecimento mental no âmbito do trabalho



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Alves (2013) afirma que há a necessidade de ações dentro dos espaços de trabalho que sejam voltadas à saúde do trabalhador, bem como o apoio psicológico direcionado ao preparo emocional frente às possíveis situações conflituosas do âmbito do trabalho. Desse

modo, assim como elucidaram as produções teóricas, destaca-se a importância de haver espaços de discussão destinados à resolução de situações de conflito, as quais por muitas vezes acabam resultando no sofrimento e adoecimento mental das/os trabalhadoras/es (Alves, 2013). Os sujeitos mencionados na Produção Teórica V (2008, p. 96), destacaram a necessidade de um “[...] espaço, que os profissionais de saúde aprendam a lidar com questões emocionais geradas pelo ambiente de trabalho, pode contribuir para o alívio de tensões”. Osório (2003) corrobora com essa ideia ao afirmar que a equipe precisa ser estimulada a reciclar conteúdos e sentimentos relativos ao trabalho, tendo por base sua própria competência relacional.

Bellenziani et al. (2016) destacam que a gestão, por meio de intervenções específicas, pode desempenhar o papel de moderadora do estresse dos trabalhadores, promovendo a regularidade das reuniões de equipe e oferecendo capacitação direcionada às dificuldades enfrentadas pelos profissionais.

De acordo com Wandekoken et al. (2017) e Clementino et al. (2018), a Educação Permanente em Saúde (EPS) se apresenta como uma possível solução, onde o processo de aprender e ensinar se torna parte integrante da rotina do serviço. Eles enfatizam que a implementação da EPS exige o envolvimento ativo tanto dos trabalhadores quanto dos gestores.

Gouvêa et al. (2014) e Barros et al. (2016) sugerem que as organizações de saúde deveriam estabelecer programas voltados à saúde do trabalhador, com estratégias de humanização do trabalho e apoio psicológico e social, garantindo a saúde ocupacional dos profissionais.

Ramminger; Brito (2008, p. 46) ressaltam que a supervisão, por vezes, pode se limitar a temas administrativos ou clínicos, uma vez que “as demandas do cotidiano são tantas que o espaço do trabalhador dentro da supervisão acaba se estrangulando”. Entretanto, a supervisão tem o potencial de se tornar um espaço valioso para o compartilhamento de experiências, contribuindo não apenas para promover um modo de trabalhar mais saudável, mas também para qualificar os profissionais no desempenho de suas atividades.

As produções teóricas indicaram como prioridades da gestão: garantir a infraestrutura básica necessária para o bom desenvolvimento das ações, o que envolve uma estrutura física adequada, recursos materiais, transporte e profissionais qualificados, entre outros; revisar os processos de contratação dos profissionais de saúde mental; organizar o fluxo de atendimento de acordo com as orientações da Portaria nº 4.279, que regula a organização das redes de atenção à saúde no SUS, e do Decreto nº 7.508/11, promovendo uma abordagem integral, em

vez de uma visão puramente biológica; investir na implementação de Programas de Educação Permanente em Saúde (EPS), além de oferecer incentivos para os profissionais que atuam na rede de atenção à saúde mental. Também é fundamental criar espaços para reflexão coletiva sobre as práticas diárias, evitando que os serviços sejam realizados conforme as convicções pessoais de cada profissional sobre o que é considerado correto (Produção Teórica XVI, 2018).

Apesar da existência de programas e projetos já estabelecidos no campo das políticas públicas voltadas aos trabalhadores da saúde, ainda persiste uma lacuna significativa entre as ações praticadas e as necessidades identificadas. Há uma evidente insuficiência de políticas públicas organizadas e direcionadas à saúde desses profissionais. Essa lacuna é destacada por estudos que mostram que, ao realizar atividades de atenção e cuidado a usuários em sofrimento psíquico, os trabalhadores da saúde enfrentam, além dos riscos ocupacionais comuns à profissão, ambientes de trabalho marcados por alta tensão emocional (Bellenzani et al., 2016). Silva; Costa (2008) reforçam essa perspectiva ao apontar que as experiências com programas e vivências em saúde mental são raras no cotidiano desses profissionais, sendo escassas as iniciativas de cuidado voltadas diretamente a eles.

Por fim, para assegurar a qualidade dos atendimentos, a satisfação dos profissionais e a consolidação de uma política de recursos humanos alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica, o Relatório da III Conferência de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2001) estabelece diretrizes fundamentais. Entre elas estão a valorização dos trabalhadores, a oferta de qualificação contínua, uma remuneração justa, um plano de cargos e carreiras estruturado, a democratização das relações e discussões em todos os níveis de gestão, a inclusão da segurança e saúde mental no ambiente de trabalho, a supervisão clínica e institucional, além da garantia de uma jornada de trabalho adequada aos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fim de responder ao problema de pesquisa, quais questões relacionadas ao trabalho levam ao adoecimento mental dos/as trabalhadores/as da saúde mental, tendo em vista o objetivo geral de identificar estratégias de prevenção e enfrentamento em saúde mental, se mostrou essencial realizar uma busca histórica, a fim de compreender a temática. Nesse sentido, para dar concretude à pesquisa, aprofundou-se acerca da institucionalização da loucura no Brasil, seus contextos e suas determinações, para que desse modo fosse possível visualizar as questões que permeiam a temática no atual contexto brasileiro.

Com propósito de compreender a relação entre saúde mental e trabalho, se fez necessário abordar questões históricas e conceituais acerca da loucura, onde foi possível identificar que o processo sócio-histórico da saúde mental no Brasil é marcado por diversas concepções epistemológicas e simbólicas da loucura e do adoecimento mental, as quais influenciaram diferentes práticas, modelos de assistência e formas organizativas de cuidado.

A respeito da categoria trabalho e suas transformações, entende-se que é ele que fundamenta o ser social e é a atividade humana mais primitiva e primordial. Marx (2004) afirma que o trabalho é o elemento central na construção da sociedade, primeiro como condição de reprodução da vida, depois como instrumento de acumulação do capital. A relação com a saúde mental, dar-se-á a partir da exploração e apropriação da mão-de-obra da classe trabalhadora, por meio da priorização da produtividade, impondo exigências de desempenho, ritmos acelerados de trabalho e pressionando as/os trabalhadoras/es a alcançarem metas incompatíveis com as condições de trabalho ofertadas. Nesse contexto, reconhece-se o adoecimento mental enquanto um fenômeno social e não como uma simples questão individual.

Desse modo, tendo em vista a precarização das condições de trabalho, evidencia-se que as mesmas se tornam responsáveis pelo impacto na saúde mental das/os trabalhadoras/es. Uma vez que, a sobrecarga das/os trabalhadoras/es, em razão da intensificação do trabalho, vem resultando em uma crescente exaustão e desgaste mental, principalmente nos setores da educação e saúde (Lima, 2022).

Destacou-se a precarização do trabalho como a condição mais frequente relatada nas produções teóricas, seguida das condições físicas e estruturais inadequadas, além da sobrecarga de trabalho e insuficiência de equipe, a falta de valorização e reconhecimento e os impactos emocionais e psicológicos vivenciados pelas/os trabalhadoras/es e por fim, as relações interpessoais desgastantes. Segundo Araújo; Moraes (2017), a partir da

desregulamentação contratual e do afrouxamento das relações sociais de trabalho, novas formas de flexibilização tornaram-se viáveis. Dentre elas, destacam-se aquelas relacionadas às jornadas de trabalho, como a implementação do banco de horas e as que envolvem alterações nas funções, responsabilidades e salários variáveis. Além disso, há uma constante mudança nos critérios que orientam as dinâmicas laborais, como os utilizados para avaliações de desempenho, admissões e demissões, criando um ambiente de trabalho permeado por regras e expectativas em constante transformação.

Visando identificar as estratégias de prevenção e enfrentamento ao adoecimento mental no âmbito do trabalho, foi possível destacar que a necessidade de reuniões de equipe e espaços de discussão é a mais frequente, seguida da educação permanente e capacitação das/os profissionais, além do apoio coletivo e cooperação entre colegas, o reconhecimento e valorização profissional, a supervisão e tutoria, o autocuidado e atividades fora do trabalho e por fim a criação de políticas públicas específicas sobre a temática. Gouvêa et al. (2014) e Barros et al. (2016) sugerem que as organizações de saúde deveriam estabelecer programas voltados à saúde do trabalhador, com estratégias de humanização do trabalho e apoio psicológico e social, garantindo a saúde ocupacional dos profissionais.

Com base nos resultados desta pesquisa, destaca-se a necessidade de que pesquisas futuras aprofundem as especificidades do trabalho realizado nos serviços de saúde mental, explorando as particularidades dos processos de trabalho nos quais estas/es profissionais se inserem e elucidando os diversos fatores e indicadores envolvidos.

Contudo, esta pesquisa se torna importante, para ampliar a produção bibliográfica no Serviço Social, especialmente na relação de saúde mental e trabalho, especificamente as/os trabalhadores de serviços em saúde mental, campo de atuação da/o assistente social. A ampliação da produção acadêmica nesses temas contribui significativamente para o fortalecimento teórico e prático do Serviço Social, oferecendo insights valiosos para intervenções mais qualificadas. Nesse sentido, é fundamental dar continuidade ao debate sobre o assunto por meio da formação continuada como assistente social, incluindo a participação em processos seletivos para Mestrado em Serviço Social e/ou áreas correlatas, com o objetivo de aprofundar o estudo dessa temática.

REFERÊNCIAS

ABÍLIO, Ludmila Costhek. **Uberização do trabalho: subsunção real da viração**. Passa Palavra (Online), 2017. Disponível em: <http://passapalavra.info/2017/02/110685>. Acesso em: 21 nov. 2024.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. **Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso**. Cadernos de Saúde Pública. v. 35, n. 11. 2019.

ALMEIDA, Aline Siqueira de; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. **Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental**. Revista de Enfermagem e Atenção a Saúde. v. 4, n. 1, p. 79-88. 2015.

ALTINO, Lucas. **Criticadas por psiquiatras e incentivadas por Bolsonaro, comunidades terapêuticas para dependentes químicos serão ampliadas pelo governo Lula**. 2023. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2023/09/29/criticadas-por-psiquiatras-e-incentivadas-por-bolsonaro-comunidades-terapeuticas-para-dependentes-quimicos-continuam-no-atual-governo.ghtml>. Acesso em: 22 out. 2024.

ALVES, Giovanni. **Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório: o novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha**. Estudos do Trabalho, ano 5, n. 8, p. 1-31, 2011.

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura**. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.

ALVES, Giovanni. **Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho**. 2. ed. Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007.

ALVES, Whednagela de Lima; LAVOR Tadeu Lucas Filho. **Impactos psicossociais do trabalho na saúde mental de profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial no interior do Ceará**. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, 10(3), 429-441 p. 2021.

AMARAL, Leticia Hummel; CAPONI, Sandra. **Novas abordagens em psiquiatria no século XXI: a escola como locus de prevenção e promoção em saúde mental**. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, Araraquara, v. 15, n. esp5, p. 2820–2836, 2020.

AMARAL, Raquel Aires; RIETH, Carmen Esther (2015). **Sigilo e integralidade no cuidado em saúde mental: desafios à atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde**. Aletheia, 47(48), 64-78.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas - **Pequena história da psiquiatria no Brasil**. In: AMARANTE, Paulo. Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 83-96.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Franco Basaglia: novas histórias para a desinstitucionalização**. In: O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, pp. 65-106.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, 142 p. ISBN 978-85-7541-327-2.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=qNxZDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=Amarante+1994&ots=XVbvJGDF68&sig=rTagtX-1XQnWqzrqB6kgNBQCa5I#v=onepage&q=Amarante%201994&f=false>. Acesso em: 08 out. 2024.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2017, v. 21, n. 63 [Acessado 26 Setembro 2024], pp. 763-774. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0881>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0881>.

AMORIM, Henrique. **Centralidade e imaterialidade do trabalho: classes sociais e luta política**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 8, n. 3, p. 367–385, nov. 2010.

AMORIM, Marianna de Francisco; OTANI, Márcia Aparecida Padovan (2015). **A reabilitação psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão integrativa**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog., 11(3), 168-177.

ANJOS, Felipe Burle dos; MENDES Ana Magnólia; SANTOS Adalberto Vital; FACAS Emilio Peres. **Trabalho prescrito, real e estratégias de mediação do sofrimento de jornalistas de um órgão público**. Revista Eletrônica Sistema & Gestão Volume 6, Número 4, 2011, pp. 562-582.

ANTUNES, Ricardo. (2011). **Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho?** Serviço Social & Sociedade, (107), 405-419.

ANTUNES, Ricardo. (2014). **Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil**. Estudos Avançados, 28 (81), 39-53.

ANTUNES, Ricardo. (2008). **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho (13a ed.). São Paulo: Cortez.

ANTUNES, Ricardo. **O Privilégio da Servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018. 325 p

ANTUNES, Ricardo. **Trabalho e precarização numa ordem neoliberal**. In: GENTILI, Pablo; FRIGOTTO, Gaudêncio (Org.). A Cidadania Negada: políticas de exclusão na educação e no trabalho. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2001, p. 37-50. ANTUNES, Mitsuko

Aparecida Makino. *Psicologia no Brasil. Leitura Histórica sobre sua Constituição*. São Paulo: Unimarco/Educ, 2007.

ANTUNES, Ricardo. **As configurações do trabalho na sociedade capitalista**. Revista Katálysis, v. 12, n. 2, p. 131–132, jul. 2009.

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovani. **As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital**. Revista Educ. Soc., vol. 24, nº. 87, p. 335-351, maio/ago, 2004.

ARAUJO, Fernanda Hoeppers de. **Saúde mental e permanência estudantil: os impactos da saúde mental na permanência dos/as estudantes da universidade do estado de santa catarina (udesc)** / Fernanda Hoeppers de Araujo; orientadora, Marisa Camargo, 2024. 80 p.

ARRAES, Maria. **Saúde mental é direito do trabalhador**. Brasil de Fato, Recife, 1º maio 2024. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2024/05/01/saude-mental-e-direito-do-trabalhador>. Acesso em: 22 nov. 2024.

ARRUDA, Elso. **Resumo Histórico da Psiquiatria Brasileira**. Rio de Janeiro: JC/UFRJ, 1985.

ATHAYDE, Vladimir; HENNINGTON, Élida Azevedo. **A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 22, n. 3, p. 983–1001, 2012.

AZEVEDO, Luciana Jaramillo Caruso de. **Comunidades terapêuticas: o que são e a quem servem?** Mad in Brasil, 2022. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2022/08/comunidades-terapeuticas-o-que-sao-e-a-quem-servem/>. Acesso em: 11 dez. 2024.

BATISTA, Micheline Dayse Gomes. **Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil**. Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais, n. 40, p. 391-404, abr. 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/264943132>. Acesso em: 03 out. 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, Ana Carolina Florence de; BERNARDO, Marcia Hespanhol. **A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS**. Revista de Psicologia da Unesp, [s. l], v. 16, n. 1, p. 60-74, nov. 2017.

BELLENZANI, Renata, PARO, Daniela Megliorini; OLIVEIRA, Marina Cardoso de. (2016). **Trabalho em saúde mental e estresse na equipe: questões para a política nacional de humanização/SUS**. Revista Psicologia e Saúde, 8(1), 32-43. <https://dx.doi.org/10.20435/2177093X2016105>

BERNARDO, Marcia Hespanhol; SILVA Edith Seligmann; MAENO Maria; KATO Mina. **Ainda sobre a saúde mental do trabalhador**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 36, n. 123, p. 8–11, jan. 2011.

BERNARDO, Márcia Hespanhol. **Trabalho duro, discurso flexível: uma análise das contradições do toyotismo a partir da vivência de trabalhadores**. São Paulo: Expressão popular; 2009.

BERNARDO, Marcia Hespanhol; NOGUEIRA, Francisco Ronald Capoulade; BÜLL, Sandra. **Trabalho e saúde mental: repercussões das formas de precariedade objetiva e subjetiva.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 63, p. 83-93, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229049716009.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2024.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** São Paulo: Cortez, 2007.

BLANCH, Josep Maria Ribas; Cantera, Leonor. (2011) **La nueva gestión pública de universidades y hospitales. Aplicaciones e implicaciones.** In Agulló, Esteban et al. Nuevas formas de Organización del trabajo y la empleabilidad. Oviedo: Universidad de Oviedo, p.515-534.

BOGO, Mariane Santos Janczeski; CHAPADEIRO, Cibele Alves. **Perfil e formação do profissional do CAPS e sua compreensão do transtorno mental.** Aletheia, Canoas, v.52, n. 2, p. 21-35, dez. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942019000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 nov. 2024.

BORGES, Livia de Oliveira; Yamamoto, Oswaldo Hajime (2014). **Mundo do Trabalho.** In: ZANELLI, Jose Carlos, BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt. (2014). Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil. Porto Alegre, RS: Artmed.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Cai número de acidentes de trabalho e aumenta afastamentos por transtornos mentais: previdência em questão [Internet]. Brasília, DF: Informativo Eletrônico do Ministério da Previdência Social; 2012 [acesso em 15 ago 2016]. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/4_120326-105114-231.pdf

BRASIL. **Collecção das leis do Império do Brasil de 1852.** Tomo XIII, Parte I. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1852.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004 /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 17 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **20 anos da reforma psiquiátrica no Brasil.** 18/5 Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Portal BVSMS, 2022. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatrica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial/>. Acesso em: 08 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental dos Trabalhadores dos Serviços de Saúde:** diretrizes para formulação de políticas públicas em Emergências em Saúde Pública [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** gestão participativa: co-gestão. Brasília (DF); 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Define os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), suas modalidades e composição das equipes.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Seção 1, p. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. (2004). Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília – DF. Retrieved from http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf Brasil. (2011). Ministério da Saúde. A Rede de Atenção Psicossocial. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília – DF. Retrieved from http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

CABRAL, Sheylla Beatriz; DAROSCI, Manuela. **A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil:** uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). In: III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social., 2019, Florianópolis, 2019. p. 1-13.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma política e sanitária:** a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência & Saúde Coletiva, 12 (2): 301-306, 2007.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. **Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial:** entre a saúde coletiva e a saúde mental. Revista de Saúde Pública, v. 43, p. 16–22, ago. 2009.

CAPONI, Sandra. (2012). **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

CARDOSO, Luís Antônio. **A categoria trabalho no capitalismo contemporâneo.** Tempo Social, v. 23, n. 2, p. 265–295, nov. 2011.

CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria social:** problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984.

CLEMENTINO, Francisco de Sales et al. (2018). **Avaliação da satisfação e sobrecarga de trabalho dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, Rio de Janeiro, Brasil, v. 10, n. 1, p. 153–159, 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.153-159. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6013>. Acesso em: 28 nov. 2024.

COLMAN DUARTE, Evaristo Emigdio; DALA POLA, Karina. **Trabalho em Marx e Serviço Social**. Serviço Social em Revista, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 179–201, 2009. DOI: 10.5433/1679-4842.2009v12n1p179. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10058>. Acesso em: 1 nov. 2024.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; FARIA, Nicole Costa. **“E agora, José”? Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileiras na encruzilhada**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 31, n. 4, p. e310412, 2021.

COSTA, Isabel de Sá Affonso da; SALLES, Denise Medeiros Ribeiro; FONTES FILHO, Joaquim Rubens. **Influência das configurações organizacionais sobre valores no trabalho e preferências por recompensa**. Revista de Administração Pública, v. 44, n. 6, p. 1429–1452, nov. 2010.

CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro e et al. **Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho entre trabalhadores na Bahia: estudo descritivo, 2007-2012**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 25, n. 2, p. 363-372, June 2016. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000200363&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2024. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000200015>.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020.

DAKER, Maurício Viotti. **Reforma psiquiátrica: política, paradigma epistemológico, assistência e cultura**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 19, n. 2, p. 764–768, abr. 2012.

DASHTIPOUR, Parisa; VIDAILLET Bénédicte. **Work as affective experience: the contribution of Christophe Dejours’ ‘psychodynamics of work.’** Organ. 2017; 24 (1): 18-35. doi: <https://doi.org/10.1177/1350508416668191>

DEJOURS, Cristophe. (1993). **A loucura do trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho** (5a ed). Cortez.

DEJOURS, Cristophe; ABDOUCHELI, Elizabeth. (1994). **Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho**. In: Psicodinâmica do trabalho: contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. DEJOURS, Christophe et al. São Paulo: Atlas, 1994. p. 119-145.

DEJOURS, Cristophe. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação** (Tomo II). Brasília: Paralelo 15; 2012. 222 p.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 17, n. 2, p. e0020241, 2019.

DEMAEGDT, Cristophe, ROLO, Duarte; DEJOURS Cristophe. **Psychopathologie et psychodynamique du travail**. EMC - Pathologie professionnelle et de l’environnement. 2013; 8 (3): 1-11. doi: 10.1016/S1877-7856(13)58377-2

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DRUCK, Graça. **Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios?** Caderno CRH, Salvador, v. 24, n. 1, p. 37-57, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/qvTGPNcmnSfHYJjH4RXLN3r/?lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2024.

DRUCK, Graça. **A terceirização na saúde pública: formas diversas de organização do trabalho.** Trabalho, educação e saúde. 14 (1), 15-43. 2016.

DRUCK, Graça. **Flexibilização e precarização: formas contemporâneas de dominação do trabalho.** Caderno CRH, Salvador, v. 15, n. 37, p. 11-22, 2002. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/18740/12113>. Acesso em: 17 nov. 2024.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930).** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 352 p. (Coleção Loucura & Civilização).

FARIAS, Rielly Tenario Marinho; LIMA, Layana Silva; ALMEIDA, Kamilla Karinne de Oliveira. **Processo de Trabalho na Sociedade Capitalista: apontamentos sobre a questão social.** in: seminário nacional de serviço social, trabalho e política social. 2015, Florianópolis, p. 1-7.

FERNANDES, Danielle Cireno. **Precarização do trabalho.** In: OLIVEIRA, Dalila Andrade; DUARTE, Aadrina Maria Canella; VIEIRA, Livia Maria Fraga. Dicionário: trabalho, profissão e condição docente. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. CDROM

FERREIRA, Mário César. **Chegar feliz e sair feliz do trabalho: aportes do reconhecimento no trabalho para uma ergonomia aplicada à qualidade de vida no trabalho.** In: MENDES, Ana Magnólia (Org.). Trabalho e saúde: o sujeito entre a emancipação e a servidão. Curitiba: Juruá; 2010. p. 40-53.

FERREIRA, Mário César; MENDES Ana Magnólia. **“Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mal humor”:** atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. Estudos de Psicologia (Natal) 2001; 6(1):93-104.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva. et al. **Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 21, n. 61, p. 373–384, abr. 2017.

FIDALGO, Fernando; MACHADO, Lucília (Ed.). **Dicionário da Educação Profissional.** Belo Horizonte: NETE-UFMG/Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação – Universidade Federal de Minas Gerais, 2000.

FILIZOLA, Carmen Lúcia Alvez; MILIONI, Débora Brechesi; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. (2009). **A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe.** Revista Eletrônica De Enfermagem. 2008; 10(2):491-503. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm>. Acesso em: 18 nov. 2024.

FOINKINOS, Lorena; LUZ, Sântia. **Trabalho como categoria do homem e das relações sociais.** In: VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2017, São Luis. Maranhão. P 1-11.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO Egberto Ribeiro. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Caderno de Saúde Pública. 2008; 24:12-27.

FONTE, Eliane Maria Monteiro. **As sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil.** v. 1 n. 18 (2012).

FORTES, Sandra. et al. **Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 24, n. 4, p. 1079–1102, out. 2014.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. **As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010. DOI: 10.1590/S0303-76572010000200006.

GALHARDO, Priscila Bonato. **Subjetividade e saúde mental nos modelos flexíveis de trabalho.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, v. 6, n. 10, p. 83786-83797, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/19154>. Acesso em: 28 nov. 2024.

GAMA, Jairo Roberto de Almeida. **A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 1397-1417, 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312012000400008>.

GARCIA, Ivan Simões; MOREIRA, Eduardo Ribeiro. **A categoria trabalho em lukács segundo a dialética marxista.** Revista Direito e Práxis, v. 11, n. 2, p. 854–879, abr. 2020.

GONÇALVES, Aline Mara; VILELA, Sueli de Carvalho; TERRA, Fabio de Souza; NOGUEIRA, Denismar Alves. **Atitudes e o prazer/sofrimento no trabalho em saúde mental.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2016[cited 2017 Feb 18];69(2):266-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0266.pdf>

GOMEZ, Carlos Minayo; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. **Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 4, n. 2, p. 411-421, 1999.

GONDIM, Andressa Alencar et al. **O impacto do processo de precarização laboral em serviços de saúde.** Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 56-73, jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 13 nov. 2024.

GUIMARÃES, José Maria Ximenes; JORGE, Maria Salete Bessa; ASSIS, Marluce Maria Araújo. **(In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 4, p. 2145–2154, abr. 2011.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural.** 16 ed. São Paulo, Loyola, 2007. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=p>. Acesso em: 28 nov. 2024.

HARVEY, David. **17 contradições e o fim do capitalismo.** 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

HERNANDES, Elizabeth Sousa; FERNANDES, Waleska Batista. **Desmonte da política nacional de saúde mental: quem ganha o quê, por que e que diferença faz.** 2020. Disponível em: <https://anesp.org.br/todas-as-noticias/desmonte-politica-saude-mental>. Acesso em: 16 nov. 2024.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Para além da mistificação: o capital como relação social e seu contraditório processo de (re)produção.** Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea, [S. l.], v. 21, n. 53, 2023. DOI: 10.12957/rep.2023.78955. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/78955>. Acesso em: 28 nov. 2024.

IPEA. **Estudo revela aumento de trabalhadores com formação superior à exigida pelo mercado.** Portal Ipea, 2024. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/15252-estudo-revela-aumento-de-trabalhadores-com-formacao-superior-a-exigida-pelo-mercado>. Acesso em: 23 nov. 2024.

ISHARA Sérgio; BANDEIRA Marina; ZUARDI, Antonio Waldo. **Equipes de serviços psiquiátricos públicos: avaliação da satisfação.** Revista Brasileira de Psiquiatria. 2008;30(1):38-41.

JORGE, Maria Salete Bessa; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; NOGUEIRA, Maria Emanuela Ferreira; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; MORAIS, Ana Patrícia Pereira. **Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de despreciação do trabalho no sistema único de saúde.** Texto & Contexto enfermagem, 16(3), 417-425.

JÚNIOR, Benilton Bezerra. (1994). **De médico, de louco e de todo mundo um pouco.** In: GUIMARAES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo. Saúde e sociedade no Brasil dos anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, p.171-191, 1994.

KOLHS, Marta; OLSCHOWSKY, Ana; FERRAZ, Lucimare. **Sofrimentos e defesas no trabalho em um serviço de saúde mental.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, n. 4, p. 903–909, jul. 2019.

KOVÁCS, Ilona. **Reestruturação empresarial e emprego.** Perspectiva, Florianópolis, v. 21, n. 02, p. 467-494, jul./dez. 2003.

KUBO, Sergio Hideo; GOUVÊA, Maria Aparecida. (2012). **Análise de fatores associados ao significado do trabalho.** Revista de Administração, 47 (4), p. 540-554.

KREMER, Antônio; FARIA, José Henrique de. **Reestruturação produtiva e precarização do trabalho: o mundo do trabalho em transformação.** Revista de Administração – RAUSP, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 266-279, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2234/223417392005.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2024.

LABRONICI, Rômulo Bulgarelli. ANTUNES, Ricardo (org.). 2020. **Uberização, trabalho digital e indústria 4.0.** Mana, v. 27, n. 1, p. 1-4, 2021.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios.** Cadernos de Saúde Pública, v. 13, p. S07–S19, 1997.

LANCMAN, Selma (org). **Políticas Públicas e processos de trabalho em Saúde Mental.** Brasília: Paralelo 15, 2008. 224 p.

LIMA, Layssa Karen Soares de; Araújo, Poliana Rafaela dos Santos; CHAVES NETO, Gabriel; TRAJANO, Flavia Maiele Pedrosa; BRAGA João Euclides Fernandes. **Fatores apontados por profissionais como desencadeadores de ansiedade em centros de atenção psicossocial do município de Cabedelo.** Revista Brasileira De Ciências Da Saúde, 21(3), p. 269-274. 2017. <https://doi.org/10.22478/ufpb.23176032.2017v21n3.30023>

LINHART, Dàniele. **Modernisation et précarisation de la vie au travail.** Papeles Del CEIC.2009, nº 43.

LOPES, Claudia de Souza. **Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema.** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 2, p. 1-4, 2020.

LUKÁCS, Georg. **O trabalho.** In: Per uma Ontologia dell'Essere Sociale. Tradução Ivo Tonet. Roma: Editori Riuniti, 1981.

MACIEL, Marcelo de Abreu. **Saúde mental e atenção psicopessoal.** Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 4, p. 942-943, abr. 2008.

MACHADO, Maria Helena. **Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária.** In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; MANUEL Suárez, Julio. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p. 257-281.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México:** diferentes caminhos, muitos desafios. Ciencia e Saude Coletiva, v. 23, n. 7, p. 2197-2212, 2018.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios:** caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, p. e00129616, 2017.

MACHADO, Ana Caroline dos Santos Gimenès; STAMPA, Inez. **Configurações do trabalho no contexto capitalista contemporâneo.** Revista contemporânea, [s. L.], v. 3, n. 4, p. 3081–3098, 2023. Doi: 10.56083/rcv3n4-021. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/630>. Acesso em: 2 nov. 2024.

MACHADO, Carmem Silvia; LAVRADOR, Marcos. **Psicologia, medicalização e judicialização da vida:** breves considerações sobre o campo da saúde mental. Argumentum, v. 9, n. 2, p. 173-185, 2017.

MANDARINI, Marina Bernardo; ALVES, Amanda Martins; STICCA, Marina Greggi. **Terceirização e impactos para a saúde e trabalho:** uma revisão sistemática da literatura. Rev. Psicol., Organ. Trab., Brasília, v. 16, n. 2, p. 143-152, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572016000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 nov. 2024. <https://doi.org/10.17652/rpot/2016.2.661>.

MARQUES, Ana Paula Pereira. **Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego:** um périplo pelas “novas” formas de desigualdade social. Ciência & Saúde Coletiva, 18 (6), p. 1545-1554. 2013.

MARTINEZ Maria Carmen; PARAGUAY, Ana Isabel Bruzzi Bezerra. **Satisfação e saúde no trabalho:** aspectos conceituais e metodológicos. Caderno de Psicologia Social do Trabalho 2003; v, 6, p. 59-78.

MARX, Karl. **O Capital:** crítica da economia política: Livro primeiro. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988. (Tomo I).

MARX, K. **O Capital I.** Capítulo V – Processo de Trabalho e Processo de Valorização. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.

MARX, Karl. **O capital.** Livro I. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, Karl. **O capital:** crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1985a. Livro 1, v.1, t.1. (Os economistas).

MARX, Karl. **O capital:** crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1985c. Livro 1, v. 1, t.2 (Os economistas).

MARX, Karl. **Processo de Trabalho e Processo de Valorização.** In: ANTUNES, Ricardo (Org). A Dialética do Trabalho. Escritos de Marx & Engels. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

MATIAS, Thalita Eliziário Menezes; MENESES, Jaldes Reis de. **Análise das configurações no mundo do trabalho na contemporaneidade a partir das cooperativas do nordeste brasileiro.** In: VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luis. 2015, p. 1 -11.

MELO, Thiago Barbosa de Araújo. (2014). **Do Fordismo à Acumulação Flexível:** uma análise das mudanças no padrão de consumo (Monografia de bacharelado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Jan. 2014.

MENDES, Ana Magnólia, MORAES, Rôsangela Dutra; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. **Trabalho & Sofrimento:** práticas clínicas e políticas. Curitiba: Juruá; 2014.

MENDES, Karlla Stricker. **Sobre a categoria trabalho em Marx:** a apropriação do serviço social. In: Congresso Paranaense de Assistentes Sociais: "o trabalho do/a assistente social em tempo de retrocessos: defesa de direitos e lutas emancipatórias. Ponta Grossa, 2019.

MESSAS, Guilherme Peres. **O espírito das leis e as leis do espírito:** a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 15, n. 1, p. 65-98, jan. 2008.

MERCOM, Luciana Nascimento; CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid. **Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS:** uma revisão integrativa. Contextos Clínic, São Leopoldo, v. 13, n. 2, p. 666-695, ago. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822020000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 nov. 2024.

MIRANDA-SÁ JR., Luiz Salvador de. **Breve histórico da psiquiatria no Brasil:** do período colonial à atualidade. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 29, n. 2, p. 156-158, maio 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Apresentação. Memória da Loucura. 2005.** Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/apresenta.html>. Acesso em: 03 out. 2024.

MONTEIRO, Janine Kieling; VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, Ana Magnólia. **Trabalho & Prazer: teoria, pesquisas e práticas.** Curitiba: Juruá; 2015. 264 p.

MORAIS, Aurora Maria de. **O contexto das reformas trabalhistas do governo Temer: precarização do trabalho no Brasil.** Revista Serviço Social em Perspectiva, Monte Claros, p. 326-228, 2018. Disponível em: <https://testeprod.unimontes.br/sesoperspectiva/article/viewFile/731/493>. Acesso em: 14 out. 2024.

MOREIRA, Wanderson Carneiro; SOUSA, Anderson Reis de; NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa. **Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a covid-19: scoping review.** Texto & contexto [Internet]. 2020 [acesso 16 nov. 2024]; 29:e20200215. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0215>

MOTA, Ana Elizabeth. **O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MOURA, Glauêncina Alves; RONCALLI, Angelo Giuseppe; NORO, Luis Roberto Augusto. **Impacto do trabalho em profissionais de serviços de saúde mental em um município do nordeste brasileiro.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 36, n. 2, p. 401–410, abr. 2016.

MUNIZ, Hélder Pordeus. et al.. **Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 38, n. 128, p. 280–291, jul. 2013.

NABARRETE, Luiza Maria de Souza; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus De Oliveira. **A construção e contextualização das políticas públicas em saúde mental no Brasil.** Revista Contemporânea, 3(8), 10181–10202. 2023.

NARVAI, Paulo Capel. **A saúde mental no governo Lula.** A Terra é Redonda. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/a-saude-mental-no-governo-lula/>. Acesso em: 17 out. 2024.

NAVARRO, Vera Lúcia; PADILHA, Valquíria. **Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo.** Psicologia & Sociedade, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 14-20, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v19nspe/v19nspea04.pdf>. Acesso em: 11 out. 2024.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx.** 1ª Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NG, Thomas; FELDMAN, Daniel. **The relationships of age with job attitudes: a meta-analysis.** Personnel Psychology, 63,77-718. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2010.01184.x>

NOSELLA, Paolo. **Trabalho e Educação.** In: GOMEZ, Carlos Minayo et al., (Orgs.) Trabalho e Conhecimento: Dilemas na Educação do Trabalhador. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. **A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica.** Revista Urutágua. DCS/UEM n° 24 – maio/junho/julho/agosto de 2011.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **A compreensão do fenômeno psíquico na modernidade ocidental e a prática da saúde mental social e higiênica no Brasil.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 4, n. 8, p. 160-165, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. **Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios.** Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 11, p. e00156119, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS destaca necessidade urgente de transformar a saúde mental e a atenção.** 17 jun. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 29 out. 2024.

PADILHA, Valquíria. **Qualidade de vida do trabalho num cenário de precarização: a panacéia delirante.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 549-563, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462009000300009&script=sci_arttext. Acesso em: 11 out. 2024.

PAIM, Jairnilson et al. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges.** Lancet, London, v. 377, n. 9.779, p. 1.778-1.797, 2011.

PAULA, Karoline Vitorino da Silva de. **A questão da saúde mental e atenção psicossocial: considerações acerca do debate em torno de conceitos e direitos.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 18, n. 4, p. 836-840, 2008.

Pereira, Sofia Laurentino Barbosa. **A política de saúde mental brasileira em tempos neoliberais: projetos em disputa.** Sociedade Em Debate, 26(1), 72-87. 2019.

PÉREZ, Lucía Belén et al. **Trajetória das políticas de saúde mental na Argentina e no Brasil: ¿por que diferentes padrões de reforma?** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 34, p. 1-19, jun. 2024.

PIALARISSI, Renata. **Precarização do trabalho.** Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v. 17, n. 66, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs2.4.8/index.php/ras/article/view/11>. Acesso em: 25 nov. 2024.

PIOBELO, Felipe Peixoto; MOTA, Daniela Cristina Belchior. **A precarização do trabalho no contexto neoliberal: impactos na saúde mental.** Cadernos de Psicologia, Juiz de Fora, p. 107-125, 2021.

PITTA, Ana Maria Fernandes; GULJOR, Ana Paula. **A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social.** Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades, n. 246, p. 6, 2019.

PITTA, A M F et al. **Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros: estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 44, n. 9, p. 441-52, 1995. Acesso em: 28 nov. 2024.

PRANDONI, Raul Fernando Sotelo; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. **A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso destas palavras.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 13, n. 4, p. 633-640, dez. 2004.

PRAUN, Luci. **Reestruturação produtiva, saúde e degradação do trabalho.** Campinas: Papel social; 2016.

QUEIRÓZ, Maria Isaura Pereira de. **O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas:** algumas reflexões. In: LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo (org.). Reflexões sobre a pesquisa sociológica. São Paulo: Humanitas, 1999. p. 13-24.

QUINTANEIRO, Tânia; BARBOSA, Maria Ligia de Oliveira; OLIVEIRA, Maria Gardênia Monteiro de. **Um toque de clássico Marx, Durkheim e Weber.** Belo Horizonte, UFMG, 2003.

RAMMINGER, Tatiana; BRITO, Jussara Cruz de. **O trabalho em saúde mental:** uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 33, n. 117, p. 36-49, jan. 2008.

RAMMINGER, Tatiana; BRITO, Jussara Cruz de. **"Cada Caps é um Caps":** uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. Psicologia & Sociedade, v. 23, n. spe, p. 150-160, 2011.

REBOUÇAS, Denise; ABELHA, Lúcia; LEGAY, Leticia Fortes; LOVISI, Giovanni Marcos. **Satisfação com o trabalho em saúde mental:** um estudo de satisfação e impacto. Cad Saude Publica 2008; 24(3):624-632.

REIS, Ademar A. et al. **Tudo a temer:** financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122-135, dez, 2016.

RÉZIO, Larissa de Almeida; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. **Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso.** Escola Anna Nery, v. 14, n. 2, p. 346-354, abr. 2010.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde mental no Brasil.** São Paulo: Arte & Ciência, 1999. (Coleção Universidade Aberta). 192 p.

RICHARDSON, Nela; ANTONELLO, Marie. People at Work 2023: A Global Workforce View. ADP Research Institute, 2023. Disponível em: <https://br.adp.com/sobre-a-adp/central-de-imprensa/bem-estar-no-trabalho.aspx>. Acesso em: 23 nov. 2024.

ROLLO, Adail de Almeida. **É possível valorizar o trabalho em saúde num mundo “globalizado”?** In: Santos-Filho SB, Barros MEB. Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí; 2007.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização, uma outra via.** In: NICÁCIO, Maria F. S. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-60.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização:** a trajetória da saúde mental no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2021, e00313145. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00313

SAMPAIO, José Jackson Coelho. et al. **O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica:** um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4685–4694, dez. 2011.

SANTOS, Nádía Maria Weber. Loucura e sanidade psíquica: duas faces do desenvolvimento humano – alguns aspectos historiográficos (Brasil, 1808-2008). *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano* 2013 Mai 31; 1(1): 61-72.

SANTOS, Raísa Emanuelly; JONES, Débora Passos da Silva. **Saúde mental:** do estigma da loucura ao século xxi. *Medicina: avanços recentes e necessidades sociais*, [S.L.], p. 121-129, 28 ago. 2023. Atena Editora. <http://dx.doi.org/10.22533/at.ed.96123280811>.

SANTOS, Gabrielle Pereira dos; TAVARES, Juliane Barbosa; SANTOS, Vera Núbia. **Política social na era dos desmontes:** uma análise dos retrocessos na saúde mental. In: X Jornada Internacional Políticas Públicas. 16 a 19 de novembro de 2021.

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”:** particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, Ana Flávia de Oliveira; CARDOSO, Carmen Lúcia. **Profissionais de saúde mental:** manifestação de stress e burnout. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 27, n. 1, p. 67–74, jan. 2010.

SATO, Leny; BERNARDO, Márcia Hespanhol. **Saúde mental e trabalho:** os problemas que persistem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (4): 869-878. 2005.

SAÚDE BUSINESS. **O cenário da saúde mental no Brasil.** Saúde Business. Disponível em: <https://www.saudebusiness.com/mercado/o-cenario-da-saude-mental-no-brasil>. Acesso em: 17 out. 2024.

SAÚDE, Equipe de Jornalistas da Redação do Futuro da Saúde. **Saúde mental no Brasil.** Futuro da Saúde. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/saude-mental-no-brasil/>. Acesso em: 17 out. 2024.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. **Políticas Públicas e Saúde Mental.** In: TRINDADE, Zeide Araujo, ANDRADE, Ângela Nobre de. *Psicologia e Saúde: um campo em construção*. São Paulo: Casa do Psicólogo; p. 55-71

SCHRAIBER, Lília Blima; MACHADO, Maria Helena. **Trabalhadores da saúde:** uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, Sonia. *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 281-297.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental:** o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez; 2011.

SILVA, Carolina Flexa da; GOMES, Vera Lúcia Batista. **O trabalho do assistente social nos centros de atenção psicossocial – CAPS do município de Belém/PA:** contribuições para o tratamento da saúde mental dos usuários. *Serviço Social em Revista, Londrina*, v. 19, n. 1, p. 84-108, jul./dez. 2016. DOI: 10.5433/1679-4842.2016v19n1p84.

SILVA, Martinho Braga Batista e. **Atenção psicossocial e gestão de populações:** sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Revista Saúde Coletiva*, 15 (1), 127-150. 2005.

SILVA, Elisa Alves da; COSTA, Ileno Izídio da. **Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental:** estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 83-106, jun. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 13 nov. 2024.

SILVA, Elizamar Bezerra da; SILVA, Fernando Alves da; ALMEIDA, Gisleine Oliveira; SILVA, Juliana Ferreira da; GOMES, Katia Simone; SILVA, Larissa Pereira dos Santos; DOMINGUES, Selma Mendes; MAIA, Luiz Faustino Santos. **História psiquiátrica:** da reforma aos dias atuais. In: *Anais do I Seminário de Produção Científica em Ciências da Saúde*. Carapicuíba, 2018; 1:5.

SILVA, Roseilda Maria da; JUSTINO, Flavia Jaiane Mendes; SCHENATO, Vilson Cesar. **Reflexões históricas acerca da divisão social do trabalho e sua relação com a sociedade capitalista.** In: *Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social*. Florianópolis. 2015.

SILVA, Rafaela Gonçalves Dias da. **Saúde do trabalhador versus precarização do trabalho:** breves apontamentos. In: *XVI Encontro Nacional De Pesquisadores Em Serviço Social*, Rio de Janeiro: Anais, 2019. v. 1, p. 1-14.

SOUZA, Diego. **As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19.** *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, 2021, e00311143. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00311

SOUZA, Heloisa Aparecida; BERNARDO, Márcia Hespanhol. **Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho:** a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 44, p. e26, 2019.

SOUZA, Juliana Carvalho de; SANTOS, Ana Cristina Batista Dos. **Psicodinâmica do trabalho nas fases do capitalismo:** análise comparativa do taylorismo-fordismo e do Toyotismo nos contextos do capitalismo burocrático e do capitalismo flexível. *Revista Ciências Administrativas*, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 186–216, 2016. DOI: 10.5020/2318-0722.23.1.186-216. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rca/article/view/5260>. Acesso em: 28 nov. 2024. *Revista Ciências Administrativas*, 23(1), 186-216.

SOUZA, Maria Conceição B. Mello e; ALENCASTRE, Marcia Bucchi Alencastre; SAEKI, Toyoko. **Enfermeiros assistenciais das instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto:** caracterização, formação e atuação. *Rev. Latino-American. Enferm.* 2000 Out; 8 (5): 71-80.

TAYLOR, Frederick Winslow. (2012). **Princípios da administração científica.** São Paulo, SP: Atlas.

TOMAZ, Marcilea; CAPUTO, Lara Rodrigues; BEDIM, Vanisse Bernardes; DUARTE, Marco José de Oliveira. **A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos:** uma revisão. *Argumentum*, 12(2), 91–106. 2020. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.29203>

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. (2010). **Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS**. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português), 6(1), 1-22. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i1p1-22>

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental**. In: VASCONCELOS Eduardo Mourão (org). Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2002. p. 35-65.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e serviço social: o desafio da subjetividade e interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez; 2000.

VASCONCELOS, Amanda de; FARIA, José Henrique de. **Saúde mental no trabalho: contradições e limites**. Psicologia & Sociedade, v. 20, n. 3, p. 453–464, set. 2008.

VASOPOLLO, Luciano. **A precariedade como elemento estratégico determinante do capital**. Pesquisa & Debate, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 368-386, 2005. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/rpe/article/view/11876>. Acesso em: 11 nov. 2020.

Vieira, Monica; CHINELLI, Filippina. (2013). **Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(6), 1591-1600.

WANDEKOKEN, Kallen Dettmann; DALBELLO-ARAUJO, Maristela; BORGES, Luiz. Henrique. **Efeitos danosos do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**. Saúde em Debate, v. 41, n. 112, p. 285–297, jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 08 out. 2024.

WORLD ORGANIZATION HEALTH. **Investing in mental health: evidence for action**. Geneva: World Organization Health. Recuperado em: 27 de junho de 2018, de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf>.