



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM SOCIEDADE,
CULTURA E FRONTEIRAS – NÍVEL DE MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SOCIEDADE, CULTURA E FRONTEIRAS**

SUELI DE FARIAS SANTOS

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ATENDIMENTO A USUÁRIOS COM
TRANSTORNO MENTAL SEVERO E PERSISTENTE NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL II EM FOZ DO IGUAÇU**

**FOZ DO IGUAÇU – PR
2017**

SUELI DE FARIAS SANTOS

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ATENDIMENTO A USUÁRIOS COM
TRANSTORNO MENTAL SEVERO E PERSISTENTE NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL II EM FOZ DO IGUAÇU

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto sensu em Sociedade, Cultura e Fronteiras; nível
Mestrado da Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
Campus de Foz do Iguaçu para obtenção do título de
mestre.

Linha de pesquisa: Trabalho, política e sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Fernando José Martins.

FOZ DO IGUAÇU – PR
2017

SANTOS, Sueli de Farias.

Organização do trabalho de atendimento a usuários com transtorno mental severo e persistente no Centro de Atenção Psicossocial II em Foz do Iguaçu. / Sueli de Farias Santos. – Foz do Iguaçu, PR: UNIOESTE, 2017.

137f.

Orientador: Prof. Dr. Fernando José Martins

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Sociedade, Cultura e Fronteiras.

Bibliografia.

1. Palavra-Chave. 2. Palavra-Chave. 3. Palavra-Chave.

SUELI DE FARIAS SANTOS

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ATENDIMENTO A USUÁRIOS COM
TRANSTORNO MENTAL SEVERO E PERSISTENTE NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL II EM FOZ DO IGUAÇU**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre em Sociedade, Cultura e Fronteiras e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Sociedade, Cultura e Fronteiras – Nível de Mestrado, área de Concentração em Trabalho, Política e Sociedade, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Geusina da Silva
Universidade Federal da Integração Latino-Americana – UNILA
Membro efetivo (convidada)

Prof. Dra. Silvana Aparecida de Souza
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE
Membro efetivo

Prof. Dr. Fernando José Martins
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE
Orientador

Foz do Iguaçu, 20 de março de 2017.

Dedico este estudo a Deus, fonte inesgotável de amor, luz, inspiração e sabedoria. AMOR INFINITO...

Ao meu filho amado, Jefferson, amor da minha vida, amigo, companheiro de todas as horas, meu maior incentivador. TI AMO, orgulho da minha vida.

A Thayla e a Manuela, pelos abraços, sorrisos e ‘gritinhos’ de criança, que sempre nos renovam e trazem esperanças, alegria e um sorriso... MEUS AMORES.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Fernando José Martins, orientador, que, com muita sabedoria, paciência e conhecimento, acompanhou este estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Sociedade, Cultura e Fronteiras e a Vania Maria da Costa Valle, assistente do Programa, pela atenção e carinho que sempre dedicava, quando solicitada, para tirar nossas dúvidas.

Às professoras da banca de qualificação Profa. Dra. Silvana Aparecida de Souza e Profa. Dra. Eliane Góes pelas contribuições sugeridas para este estudo.

Às professoras da banca examinadora, Profa. Dra. Silvana Aparecida de Souza e Profa. Dra. Maria Geusina da Silva, por aceitarem compartilhar este momento tão importante e avaliar este estudo.

Aos companheiros do Grupo de Pesquisa Estado, Sociedade, Trabalho e Educação e do Grupo de Estudos Makarenko pelo incentivo.

À Lauriane Alle Buytendorp, chefe da Divisão de Saúde Mental do Município de Foz do Iguaçu, pela acolhida, companheirismo e autorização para a realização deste estudo no CAPS II.

À Claudia Santos Schwingel, assistente social e coordenadora do CAPS II Flávio Dantas de Araújo, também pela acolhida, companheirismo e paciência, durante os onze meses que trabalhei neste espaço. E, principalmente pela colaboração na pesquisa.

Aos profissionais do CAPS II, sujeitos de pesquisa, o meu muito obrigada por terem aceitado participar e contribuir com este estudo.

Aos usuários e familiares do CAPS II, o meu muito obrigada.

Às colegas de turma, “as meninas”, obrigada pelo carinho e incentivo de sempre...

Às minhas companheiras de caminhada Maristela e Noemi, obrigada por TUDO, em especial pela parceria...

À minha mãe (in memoriam) por ter me ensinado a ser quem eu sou, por no seu jeito carinhoso, simples e humilde ter sabido nos educar, estar sempre ao nosso lado, pois acolhia os meus amigos em casa, e assim cuidava de todos nós e nos protegia. Obrigado minha mãe por sempre ter estado ao meu lado me auxiliando e incentivando a estudar. AMOR ETERNO...

Ao meu pai, homem forte e decidido, que mesmo não entendendo o que é um mestrado, fica orgulhoso de dizer “minha filha vai se formar de novo”... TI AMO...

À minha irmã Cleuza, minha referência de força e determinação... AMO VOCÊ... Obrigada pelo presente maravilhoso que você e meu cunhado Ivã nos deram... a Manuela, nossa bebê...

Ao Renato, pela paciência, amor, companheirismo, e por ajudar o meu Jeff a cuidar da “mamis”... meus meninos... AMO VOCÊS. E ainda, à Luci e à Vanessa pelos momentos agradáveis que passamos juntos... VOCÊS ESTÃO NO MEU CORAÇÃO.

À família que adotei: Aline, Ivanir, Thalita e Thayla, obrigada pelo incentivo, paciência, carinho, companheirismo, amizade... AMO VOCÊS.

À minha afilhada Jhena, à Jhullie e à Vandri pelo carinho a mim sempre dedicados...

À minha amiga/irmã Luciana Zanetti, por estar sempre ao meu lado incentivando-me.

Aos meus amigos Carol, Elias, Juliana, Maria Geusina e Roseane... por sempre estarem do meu lado em todos os momentos. Vocês são pessoas especiais em minha vida... AMOOOOO.

SANTOS, Sueli de Farias. **Organização do trabalho de atendimento a usuários com transtorno mental severo e persistente no Centro de Atenção Psicossocial II em Foz do Iguaçu**. 2017. 137f. Dissertação (Mestrado em Sociedade, Cultura e Fronteiras) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

RESUMO

Este estudo tem por objetivo geral verificar se, na prática da organização do trabalho de atendimento a usuários com transtorno mental severo e persistente no Centro de Atenção Psicossocial em Foz do Iguaçu, há ação interdisciplinar. Deste modo, primeiramente buscou-se realizar uma discussão referente ao mundo do trabalho, iniciando pelo sentido ontológico do ser social, e na sequência o trabalho no modo de produção capitalista e as formas de organização do mesmo, através dos modelos taylorista, fordista e toyotista. No modelo toyotista, há uma intensificação na fragmentação e desregulamentação do trabalho e, conseqüentemente, dos direitos trabalhistas. Tratou-se da interdisciplinaridade e a sua relação com o trabalho. Para apresentar a realidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II do município, antes realizamos uma breve apresentação da política de saúde, a partir do processo da Reforma Sanitária, que culminou com a aprovação e implantação do Sistema Único de Saúde em 1988. Também ocorreu desde o final da década de 1970, o Movimento de Reforma Psiquiátrica, o qual iniciou a proposta de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental dos hospitais psiquiátricos, sendo substituído por uma rede de atenção de serviços. No entanto, na conjuntura política, econômica e social brasileira – no início dos anos 1990 – há abertura para o ideário neoliberal que avança de modo avassalador no país, com cortes especialmente nas áreas sociais. Porém, o movimento da Reforma Psiquiátrica continua na busca da desinstitucionalização e tem início pelo país a instalação dos CAPS, enquanto estratégia central deste processo. A Lei que regulamenta estes serviços somente é aprovada em 2001. Em dezembro deste mesmo ano, é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual entre outras propostas, tem-se a aprovação de equipes interdisciplinares para atuação nos CAPS. Assim, apresentamos a proposta em âmbito nacional para o funcionamento destes nos municípios. Na sequência, trazemos a conjuntura política, econômica e social em âmbito municipal, as conseqüências advindas, particularmente, à política de saúde, a partir da deflagração da Operação Pecúlio no Município, a qual investiga políticos, ex-secretários, diretores, empresários e funcionários públicos por fraudes contra a administração pública. Situação essa que rebate diretamente nas condições de trabalho dos servidores e, conseqüentemente, nos usuários dos serviços públicos. Portanto, apresentamos a organização do trabalho do CAPS II e as respostas dos sujeitos da pesquisa. Por fim, através das análises, é possível verificar que não há práticas interdisciplinares neste espaço sócio ocupacional de atendimento aos usuários com transtorno mental severo e persistente. Para responder ao que se propõe neste estudo, fundamentou-se na perspectiva do Materialismo Histórico e Dialético, optando pelo método de abordagem da Pesquisa Qualitativa. A técnica de pesquisa foi a exploratória de campo, utilizando para a coleta de dados a pesquisa bibliográfica e o questionário com perguntas abertas elaboradas pelo pesquisador e entregues ao sujeito de pesquisa, para que este responda e lhe devolva. O universo da pesquisa foi o CAPS II de Foz do Iguaçu, tendo como sujeitos de pesquisa os profissionais que atuam neste espaço sócio ocupacional, totalizando nove sujeitos.

PALAVRAS-CHAVE: Interdisciplinaridade, Organização do trabalho, Saúde Mental.

SANTOS, Sueli de Farias. **Labor organization of attendance to users with severe and persistent mental disorder in the Center of Psychosocial Attention II in Foz do Iguaçu.** 2017. 137f. Dissertation (Master's Degree in Society, Culture and Frontiers) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

ABSTRACT

This study has as general objective to verify if, in the practice of labor organization of attendance to users with severe and persistent mental disorder in the Center of Psychosocial Attention in Foz do Iguaçu, there is interdisciplinary action. Thus, we first sought to make a discussion about the world of labor, starting by the ontological sense of the social being, and then the labor in the capitalist mode of production and the its forms of organization, through the Taylorism, Fordism and Toyotism. In the Toyotism, there is an intensification in the fragmentation and desregulation of labor and, consequently, of labor rights. We discussed about interdisciplinarity and its relation to labor. In order to present the reality of the Psychosocial Care Center (CAPS) II of the municipality, we first briefly presented the health policy, starting with the Sanitary Reform, which culminated in the approval and implementation of the Brazilian Unified Health System, in 1988. It also happens, in the late 1970s, the Psychiatric Reform Movement, which began the proposal of deinstitucionalization of people with mental disorder in psychiatric hospitals, being replaced by a network of services to them. However, in the Brazilian political, economic and social conjuncture – in the early 1990s – there is an openness to the neo-liberal ideology that is advancing in an overwhelming way in the country, with cuts especially in social areas. Nevertheless, the Psychiatric Reform continues in the search for deinstitucionalization and the country has begun to install CAPS as the central strategy of this process. The Law regulating these services was only approved in 2001. In December of the same year, the III National Conference of Mental Health was held, in which, among other proposals, is approved the interdisciplinary teams for action in the CAPS. Hence, we present the proposal in national level for the operation of these in the municipalities. Following, we bring the political, economic and social conjuncture in municipal scope, and the consequences coming, particularly, to health policy, from the outbreak of Pecúlio Operation in the municipality, which investigates politicians, former secretaries, directors, businessmen and public servants for frauds against the public administration. This situation influences directly in the working conditions of the servers and, consequently, the users of the public services. So, we present the work organization of the CAPS II and the answers of the subjects of research. Finally, through the analyzes, it is possible to verify that there are no interdisciplinary practices in this socio-occupational place of attendance to users with severe and persistent mental disorder. In order to respond to what was proposed in this study, it was based on the perspective of Dialectical and Historical Materialism, opting for Qualitative Research method of approach. The research technique was the exploratory research, field research, using for the data collection the bibliographic research and the questionnaire with open questions elaborated by the researcher and delivered to the research subject, so that they respond it and hand it back. The research area was CAPS II of Foz do Iguaçu, having as subjects of research the professionals that work in this socio-occupational place, adding up to nine subjects.

KEYWORDS: Interdisciplinarity, Labor Organization, Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI – Associação Brasileira de Imprensa
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEM – Centro de Especialidades Médicas
CEMURA – Centro de Reabilitação Auditiva
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNSM – Conselho Nacional de Saúde Mental
COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CREFI – Centro de Reabilitação Física, Motora e Social
DF – Distrito Federal
ESF – Programas de Estratégia de Saúde da Família
FETAG – Federação dos Trabalhadores na Agricultura
FHC – Fernando Henrique Cardoso
IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MARE – Ministério de Administração e Reforma do Estado
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MPF – Ministério Público Federal
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores Saúde Mental
NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OSCIPs – Organizações Sem Fins Lucrativos e De Interesse Público
OSs – Organizações de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDT – Partido Democrático Trabalhista
PPP – Parcerias Público-Privadas
PSB – Partido Socialista Brasileiro
PSD – Partido Social Democrático
PSF – Programa Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
PTI – Projeto Terapêutico Individual
PTS – Plano Terapêutico Singular
RJU – Regime Jurídico Único
SAE – Serviço de Atendimento Especializado
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES – Secretarias Estaduais de Saúde
SIATE – Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências
SUDS – Sistema Único e Descentralizado em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TRE/PR – Tribunal Regional Eleitoral do Paraná
TRF – Tribunal Regional Federal
TSE – Tribunal Superior Eleitoral
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 O MUNDO DO TRABALHO E A INTERDISCIPLINARIDADE	20
1.1 – TRABALHO	22
1.2 – ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: TAYLORISTA, FORDISTA E TOYOTISTA... 26	
1.3 – PRECARIZAÇÃO E FRAGMENTAÇÃO DO TRABALHO: DESREGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO	33
1.4 – INTERDISCIPLINARIDADE E TRABALHO	41
2 POLÍTICA DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL NO BRASIL	54
2.1 – PROCESSO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	57
2.2 – CONTRARREFORMA DE ESTADO: DESMANTELAMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	65
2.3 - REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: PRIMEIROS PASSOS À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	75
2.4 – POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE	84
3 INTERDISCIPLINARIDADE E CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS: MANIFESTAÇÃO DO REAL	90
3.1 – A ORGANIZAÇÃO DOS CAPS DE ATENDIMENTO A USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL EM ÂMBITO NACIONAL E A INTERDISCIPLINARIDADE	91
3.2 – A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO CAPS II FLÁVIO DANTAS DE ARAÚJO NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU: APRESENTANDO A REALIDADE LOCAL	97
3.3 – INTERDISCIPLINARIDADE: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DA MANIFESTAÇÃO REAL	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	126
APÊNDICES	135
APÊNDICE 1 – Questionário.....	135
APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento e Livre Esclarecido.....	136

INTRODUÇÃO

No trabalho, através do intercâmbio com a natureza, o homem transforma a natureza e também a si mesmo. Neste momento de mediação, o trabalho produz o ser social e as relações sociais que desenvolvem o ser humano, constitui a sociabilidade humana. Contudo, o trabalho também está na base da atividade capitalista, no qual o homem trabalha para satisfazer as suas necessidades de subsistência e ainda cria a riqueza social. Todavia, o fundamento do trabalho é coletivo, mas o modo de produção capitalista fragmenta-o, culminando na ausência da interdisciplinaridade em diversos e diferentes serviços. Assim, neste estudo, tratar-se-á especificamente da organização do trabalho de atendimento a usuários com¹ transtorno mental severo e persistente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, em Foz do Iguaçu.

Para responder às necessidades e crises do próprio capitalismo, formas de organização do trabalho vão sendo constituídas e alteradas, com o fim de responder às precisões dos representantes do capital em detrimento do trabalho. Entre estas, se encontram o taylorismo, fordismo e o toyotismo. Na época presente brasileira, assistimos ao modelo do toyotismo, o qual indica a maior flexibilização do trabalho e seguido de maior intensificação da exploração do trabalhador, havendo uma ampliação aterrorizante da precarização, da desregulamentação, da fragmentação do trabalho e com consequências diretas à classe trabalhadora, pois essa realidade apresentada na conjuntura atual culmina em um desmoronamento das legislações de proteção ao trabalho. Com esta fragmentação, imposta pelo toyotismo, há um distanciamento ainda maior do trabalho coletivo, resultando em limites à prática interdisciplinar.

Acredita-se na importância da interdisciplinaridade devido à complexidade do objeto da política de saúde, o processo de saúde/doença. E, ao se pensar nas práticas dos profissionais de saúde – a partir da sua área disciplinar –, observa-se que há possibilidades de se construir uma prática interdisciplinar, sendo esta uma ação coletiva de construção e não uma imposição. Também não é uma discussão pronta e acabada, mas sim em permanente

¹ Várias foram e são as terminologias utilizadas ao fazer-se referência a uma pessoa com deficiência ou com transtorno mental. Ribas (2007) informa que, no contexto dos anos 1990, a Organização das Nações Unidas (ONU) recomendou a não utilização da expressão pessoas deficientes, mas sim, pessoas portadoras de deficiência. Esta adoção do termo perdurou até o final da mesma década, tendo sido substituída por pessoas com deficiência. Em concordância, Gugel (2006) – informando que a partir da discussão em múltiplos fóruns nos movimentos sociais das próprias pessoas com deficiência - propõe-se a utilização da terminologia Pessoa com Deficiência. Deste modo, neste estudo, será utilizado pessoas com transtorno mental. No entanto, quando de citação direta será utilizado conforme a referência do autor.

construção. Com base nas leituras de Frigotto (2008), concordamos ser esta uma prática necessária, mas também um problema, ou seja, um grande desafio a ser superado.

Desta maneira, entende-se que o tema ora proposto expressa relevância, pois o mesmo tem por finalidade o aprimoramento profissional e intelectual, bem como a partir da pesquisa fazer emergir um pensar e agir profissional em relação à prática interdisciplinar no espaço sócio ocupacional no qual a pesquisa empírica será aplicada e, deste modo, proporcionar melhoria dos serviços para a população usuária.

Consequentemente, através deste estudo e pesquisa propõe-se uma compreensão das formas de organização do trabalho no modo de produção capitalista, bem como de que maneira esta organização se dá na Política de Saúde, em especial na organização do trabalho de atendimento a usuários com transtorno mental severo e persistente no Centro de Atenção Psicossocial – (CAPS) II em Foz do Iguaçu. Política de Saúde entendida como Política Pública de Seguridade Social, direito de todos e dever do Estado, pensando-a em uma perspectiva ampla e complexa. Deste modo, faz-se necessário que a organização do trabalho – nos serviços desta política – também seja realizada numa perspectiva complexa, de totalidade, a qual é possível a partir de uma prática interdisciplinar. Contudo,

As lutas sociais pela democracia no Brasil contribuíram para afirmar na Constituição Federal a concepção de Estado Democrático de Direito, que pressupõe a imposição de limites à exploração do trabalho, a garantia de mecanismos de participação social, a liberdade de organização e de manifestação, a garantia de direitos e a instituição de um padrão de proteção social universal a todos e todas as brasileiras, do campo e da cidade, sem distinção (CRESS/PR, 2016).

Dessa forma, somente a partir da Constituição Federal de 1988, que a Saúde, juntamente com a Previdência Social e a Assistência Social, compõe o tripé da Seguridade Social, e foi diante desta concepção de Estado Democrático de Direitos que várias iniciativas legais foram criadas, no sentido de nortear a viabilização do direito à saúde, destacando-se as Leis Orgânicas da Saúde – Lei 8.080/90 e Lei complementar 8.142/90 –, as Normas Operacionais Básicas e as portarias que constituem serviços de saúde e ainda as legislações específicas da saúde mental, em especial a Lei Federal n.º 10.216 de 2001. Importante se faz destacar que estas aprovações aconteceram por intermédio de lutas sociais dos movimentos sociais e entre estes o Movimento de Reforma Sanitária e o de Reforma Psiquiátrica.

A proposta de um trabalho interdisciplinar nos CAPS, em âmbito nacional, vai acontecer a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de

2001, na qual são reafirmadas as proposições advindas do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Assim, na organização do trabalho do CAPS II, percebe-se através de observações, enquanto profissional de Serviço Social que atua neste espaço, que a prática interdisciplinar ainda é embrionária.

No entanto, acredito ser importante informar que a proposição inicial deste estudo era em relação ao atendimento dos usuários de urgência e emergência da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) João Samek, instituição na qual atuei enquanto Assistente Social desde a sua implantação no Município, em setembro de 2010 até setembro de 2015, pois me angustiava a ausência de uma prática interdisciplinar naquele espaço sócio ocupacional, sendo que cada profissional realizava o que entendia ser de sua competência disciplinar, raramente havendo um diálogo, uma troca de informações, durante a atenção à saúde do usuário deste serviço. Nesta direção, tinha-se como intencionalidade realizar este estudo para começar a instigar uma proposta de uma prática interdisciplinar naquele serviço de saúde, mesmo entendendo que mudanças encontram grande resistência, principalmente neste ambiente, no qual a prática do médico, ainda hoje, é colocada como primazia, e ainda devido ao corporativismo das próprias profissões, às amarras políticas, aos acordos políticos e, principalmente, à complexidade da organização do trabalho na saúde.

Não obstante, o Município estava discutindo, naquele momento, segundo semestre de 2015, a proposta de transferência dos serviços de urgência e emergência – UPA João Samek, Pronto Atendimento do Morumbi e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – para Parcerias Público-Privadas (PPP)², proposta esta que foi recusada pelo Conselho Municipal de Saúde e pelo Ministério Público. Porém, mesmo com a transferência dos serviços não acontecendo, recebi um documento de transferência de local de trabalho com a justificativa de economia de recursos financeiros com pessoal.

Deste modo, em primeiro de outubro de 2015, iniciei a minha atividade profissional no CAPS II, sendo este um novo desafio, pois nunca havia trabalhado com a política de saúde mental, mais especificamente transtorno mental severo e persistente, e o desafio continuava, pois tinha um projeto de pesquisa voltado para a UPA e tinha, a partir daquele momento, o exercício profissional no CAPS II. Porém, tinha a clareza que a pesquisa poderia continuar sendo na UPA sem nenhuma objeção. No entanto, o que objetivava com este estudo era buscar respostas para melhoria da prática profissional e, conseqüentemente, para melhoria no

² A qual através do DECRETO N.º 24.741, de 26 de Julho de 2016, Resolve Art. 1º ANULAR, ante o vício de motivação, todos os estudos e conclusões para contratação de Parcerias Público-Privadas (PPP) para gerir a área de urgência e emergência da Saúde Pública do Município de Foz do Iguaçu.

atendimento aos usuários dos serviços públicos, no qual atuo, a fim de melhor orientar os usuários na busca de seus direitos sociais.

Com essa nova situação, iniciou-se uma busca por compreender de que modo os serviços do CAPS II se organizavam, com quais princípios do SUS e do movimento histórico da Reforma Sanitária estavam sendo materializados e articulados. Os colegas profissionais diziam que o serviço apresentava-se organizado por meio de uma prática multiprofissional. Deste modo, buscaram-se as legislações afins e a proposta da reforma psiquiátrica, por ser nela que os serviços de saúde mental encontram-se embasados na contemporaneidade. Assim, a revelação estava posta, desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, o que se propõe para os serviços da rede de atenção ambulatorial em substituição ao Hospital Psiquiátrico convencional é que a realização dos serviços seja por intermédio de equipes interdisciplinares e multidisciplinares.

Igualmente, o objeto de pesquisa proposto inicialmente poderia ser aplicado no espaço sócio ocupacional ao qual estava inserida. Sendo, deste modo, alterado o local da pesquisa, e colocando o problema de pesquisa a partir desta nova realidade profissional que vem se apresentando a mim. Considerando o exposto, a pergunta é: acontecem práticas interdisciplinares na organização do trabalho de atendimento a usuários com transtorno mental severo e persistente no Centro de Atenção Psicossocial em Foz do Iguaçu?

Desta maneira, para buscar responder a questão norteadora deste estudo, tem-se por objetivo geral: Verificar se na prática da organização do trabalho de atendimento a usuários com transtorno mental severo e persistente no Centro de Atenção Psicossocial em Foz do Iguaçu há ação interdisciplinar. Este objetivo foi desdobrado nos seguintes objetivos específicos: averiguar a relação entre o mundo do trabalho, a organização do trabalho e a interdisciplinaridade no capitalismo contemporâneo; descrever a Política de Saúde na contemporaneidade, fazendo a interface com a Política de Saúde Mental e a prática interdisciplinar; evidenciar se a prática interdisciplinar poderá contribuir no atendimento a usuários com transtorno mental severo e persistente no Centro de Atenção Psicossocial.

Para responder às indagações a que se propõe, este estudo fundamenta-se no Materialismo histórico dialético, sendo que dialético é o método de abordagem da realidade. A dialética é a “[...] a estratégia de apreensão e de compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade (nos grupos, classe e segmentos sociais), de realização da crítica das ideologias e das tentativas de articulação entre sujeito e objeto, ambos históricos” (MINAYO, 2008, p. 108). Assim, o estudo se respalda no método dialético de análise e compreensão social, que para Gil (1999) busca aprender o objeto na totalidade, no movimento de sua

singularidade para o universal, posto que a realidade social não pode ser interpretada por seus fatos sociais de forma isolada, mas relacionando-se aos seus contextos políticos, econômicos, culturais e social em que está inserida.

Para a realização da pesquisa, optou-se pelo método de abordagem da pesquisa qualitativa, por esta possibilitar uma maior compreensão e abrangência dos objetivos e da temática em questão. Minayo (2008, p. 22) acrescenta que esta apresenta capacidades de “[...] incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, [...]” e ainda aponta que o debate qualitativo na área da saúde, tanto no campo teórico quanto no campo metodológico, é operacionalizado pela apreensão da historicidade e totalidade dos acontecimentos sociais, econômicos, políticos, culturais e ideológicos que a abarcam e a definem. E continua, “[...] isso se justifica no fato de as ciências da saúde não se instituírem como uma disciplina (e sim, como uma variedade delas) e nem como um campo separado das outras instâncias de interpretação da realidade” (MINAYO, 2008, p. 28). Assim, o campo da saúde constitui uma realidade complexa, que demanda de saber teórico e prático, os quais se apresentam de maneira distinta e ao mesmo tempo integrada. Desta forma, a abordagem qualitativa do objeto de estudo

se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 21-22).

Como técnica de pesquisa, optou-se pela exploratória de campo, sendo que ela se apresenta como uma possibilidade de conseguir uma aproximação com o que se deseja conhecer e estudar, bem como criar conhecimento, partindo da realidade de campo (MINAYO, 2008). A pesquisa é um processo de interpretação da realidade, sendo seu percurso marcado inicialmente pela leitura e delimitação das referências bibliográficas afetas ao objeto de estudo. A modalidade exploratória será utilizada, por vir de encontro com o visado nesta pesquisa, pois

compreende desde a etapa de construção do projeto até os procedimentos e testes para entrada em campo. Contém a escolha do tópico de investigação, a delimitação do problema, a definição do objeto e dos objetivos, a construção de hipóteses ou pressupostos e do marco teórico conceitual, a elaboração dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo. (MINAYO, 2008, p. 171)

Como instrumentos de coleta de dados será utilizada a pesquisa bibliográfica para dar suporte teórico-metodológico ao processo de estudo e ainda o questionário, com perguntas abertas elaboradas pelo pesquisador e entregues ao sujeito de pesquisa, para que este responda e lhe devolva, sem a presença do entrevistador (MINAYO, 2008). Tem-se como universo de pesquisa o Centro de Atenção Psicossocial II Flávio Dantas de Araújo de Foz do Iguaçu, tendo como sujeitos de pesquisa os profissionais que atuam neste espaço sócio ocupacional, sendo: um assistente social, dois enfermeiros, dois médicos psiquiatras, dois médicos residentes de psiquiatria, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, totalizando nove sujeitos.

Os questionários foram entregues no dia 29 de julho de 2016, e marcado para serem recolhidos uma semana depois, isto é, no dia 05 de agosto. Somente foi entregue para um médico psiquiatra, tendo em vista que o segundo encontrava-se em afastamento médico para tratamento de saúde, tendo se aposentado na sequência. Assim, em relação aos retornos dos questionários, um deles foi devolvido no mesmo dia da entrega, devidamente respondido. No dia 05 de agosto ao retornar para buscar os questionários, haviam três questionários respondidos. Por este motivo foi remarcado para buscar os demais no dia 09 de agosto, sendo que neste dia haviam mais três questionários respondidos, faltando apenas um. Então, o sujeito de pesquisa ficou de responder para o dia 11 de agosto, dia no qual foi realizado contato eletrônico com o mesmo, que informou que ainda não havia respondido, sendo combinado que assim que o sujeito respondesse, poderia enviar uma mensagem avisando que passaria para recolher, o qual não realizou contato até o momento.

Foi entregue aos sujeitos de pesquisa o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual depois de receber as informações necessárias em relação à pesquisa e ao questionário, bem como de que sua identidade não será divulgada e que os dados serão tratados de maneira sigilosa sendo utilizados apenas para fins científicos, os mesmos assinaram o referido termo. Devido à garantia de sigilo, os sujeitos serão identificados através de número, isto é, sujeito 1, sujeito 2 e assim sucessivamente.

Importante ressaltar que a proposta inicial desta pesquisa empírica era de entrevista semiestruturada, mas devido aos acontecimentos políticos do Município, inviabilizou-se tal proposta, levando em consideração as condições de trabalho que se apresentavam aos servidores públicos municipais no momento proposto para a realização das entrevistas. Exemplificando, o prefeito municipal encontrava-se em prisão domiciliar desde o dia 14 de julho e ordem judicial de afastamento do cargo de chefe do Executivo. “A determinação é do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4), em Porto Alegre (RS). Com o afastamento do prefeito, o Desembargador determinou que a Vice-Prefeita assumisse a condução da

Prefeitura Municipal de Foz”³. Os dois últimos secretários municipais de saúde encontram-se detidos para averiguação pela Operação Pecúlio⁴. A prefeita municipal interina declarou “situação excepcional de emergência na saúde pública de Foz do Iguaçu, até o dia 31 de dezembro de 2016 (145 dias), para a execução das ações necessárias à manutenção dos atendimentos em saúde básica, de urgência e emergência à população”⁵. Também, devido à falta de pagamento do médico psiquiatra do CAPS II, há mais de dois meses, – os atendimentos profissionais estavam sendo realizados através de contrato de prestação de serviços – o mesmo suspendeu o contrato desde o início do mês de agosto, e consequentemente os médicos residentes. Assim, do mês de agosto a dezembro/2016, o atendimento com médico psiquiatra e médicos residentes somente foi realizado na ala psiquiátrica do Hospital Municipal.

Assim, a falta de profissionais, falta de condições materiais para o trabalho, falta de refeições para os usuários – aos quais estava sendo servido somente almoço, sendo que pelas prerrogativas do serviço, é direito dos usuários que permanecem durante todo o dia, que seja servido também o café da manhã e lanche da tarde – e, por fim, o decreto determinando “que a partir de 01 de agosto de 2016 todos os servidores lotados na Secretaria Municipal da Saúde cumpram, na integralidade, suas cargas horárias de concurso”⁶, ou seja, de cumprimento de carga horária de oito horas diárias de trabalho – sendo que a carga horária vinha sendo de seis horas diárias, com uma dobra semanal, totalizando 36 horas. Esses motivos exemplificados inviabilizaram a realização das entrevistas aos sujeitos da pesquisa, naquele momento. Em relação à carga horária, houve várias reuniões com o sindicato e os servidores da saúde, juntamente com o órgão gestor. Assim, no início do mês de setembro, aconteceu o retorno à carga horária anterior e houve novamente, alteração de secretário municipal de saúde.

E, a título de informação, no início de setembro de 2016, fui solicitada para retornar às atividades profissionais na UPA João Samek, após uma visita do Ministério de Saúde, “devido à determinação da portaria da UPA, havendo necessidade do retorno desta profissional para o serviço condigno com o processo de qualificação da UPA”⁷, retornando assim, em 13 de setembro de 2016.

Diante do exposto, os resultados do estudo serão sistematizados em três capítulos, mais as considerações finais. No primeiro capítulo, será realizada uma breve revisão

³Informações obtidas pela imprensa local e nacional e também em <http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2016/07/prefeito-de-foz-do-iguacu-e-presos-durante-operacao-peculio.html>.

⁴ Informações obtidas pela imprensa local.

⁵ Para maiores informações ver DECRETO N.º 24.776, DE 10 de Agosto de 2016.

⁶ DECRETO N.º 24.754, de 29 de Julho de 2016.

⁷ Conforme memorando interno 216/16 de 12/09/16.

bibliográfica em relação ao trabalho e ao trabalho abstrato, através de clássicos nesta categoria. A sociedade capitalista tem por finalidade a máxima acumulação de capital e de riquezas, dessa maneira, principalmente pós-revolução industrial, foram instituídos e desenvolvidos modelos de organização do trabalho, como o taylorista, o fordista e a passagem para o modelo toyotista – flexibilização do trabalho –, os quais tem a denominação de reestruturação produtiva. A reestruturação produtiva apresenta mudanças na organização do trabalho e nas relações sociais de produção e reprodução da vida social. Também será apresentada a discussão da precarização e fragmentação, com a qual há uma desregulamentação do trabalho e dos direitos sociais trabalhistas e por fim será realizada a discussão da interdisciplinaridade e trabalho.

No segundo capítulo, buscar-se-á entender e descrever a trajetória do direito à saúde no Brasil, a partir da conjuntura da Reforma Sanitária através das suas articulações com os movimentos sociais. Posteriormente, será apresentado os dismantelamentos e rebatimentos advindos da contrarreforma de Estado, tendo como “pano de fundo” as transformações sociais ocorridas no pós 1990, através do ideário neoliberal, com corte e reformas nas políticas públicas, mais especificamente na Política de Saúde. No mesmo capítulo, também será apresentada a discussão e os primeiros passos do Movimento de Reforma Psiquiátrica rumo à desinstitucionalização e à substituição destes serviços por uma rede ambulatorial de atendimento aos usuários e familiares. Importante se faz informar que estes dois movimentos aconteceram no mesmo período histórico, sendo o movimento de reforma psiquiátrica um desdobramento do movimento de reforma sanitária, mas ao mesmo tempo se somava a este, pois são situações postas à mesma política, e ambos aos demais movimentos sociais em busca da redemocratização do país. E, para finalizar o capítulo, a proposta de um trabalho interdisciplinar para a política de saúde mental advinda e pactuada na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001.

No terceiro e último capítulo, será apresentada a proposição de funcionamento dos CAPS para atendimento a usuários com transtorno mental, enquanto proposta em âmbito nacional. No que se refere ao município, serão apresentados brevemente os acontecimentos que permeiam o cenário político do município, após a deflagração da Operação Pecúlio, que investiga fraudes e desvios de dinheiro dos cofres públicos do município. E, ainda, a indefinição em relação ao Prefeito Municipal, com novas eleições previstas para o início de abril de 2017. Conjuntura essa que rebate diretamente na organização do trabalho dos serviços públicos realizados no município. Na sequência, para análise da realidade, será descrita a maneira como o CAPS II de Foz do Iguaçu organiza o trabalho, para fazer a análise em

relação à forma com que este se organiza e se possibilita a efetivação de uma prática interdisciplinar, ou não. Para posteriormente apresentar e analisar os dados coletados por meio das respostas que sujeitos apresentaram nos questionários.

E, por fim, serão apresentadas as considerações finais.

1 O MUNDO DO TRABALHO E A INTERDISCIPLINARIDADE

Para compreender e responder ao que se propõe neste estudo, que tratará da organização do trabalho no atendimento dos usuários com transtorno mental severo e persistente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), primeiramente faz-se necessário apresentar discussões teóricas a respeito do mundo do trabalho. Iniciando com Marx, que nos apresenta o trabalho enquanto fundante para o ser social, em especial no sentido ontológico, no qual o homem, para responder às suas necessidades de sobrevivência na sua relação direta com a natureza, realiza um intercâmbio com a mesma, ocorrendo, deste modo, a transformação de ambos.

No entanto, o que difere o homem é que este, para responder a uma necessidade, primeiramente realiza uma antecipação do resultado na consciência, que o faz agir de modo objetivado, e ao realizar essa prática ele transforma algo, a natureza, sendo este um trabalho idealizado, pensado. Nesta transformação da realidade, ocorre uma relação, objetiva e subjetiva, que vai desencadear novas necessidades e novas possibilidades – a partir do novo que foi construído – e conseqüentemente impulsionam o homem a novas prévias ideações, novas imaginações e novas objetivações, dando origem a novas situações, e assim sucessivamente. Sendo a prévia ideação uma resposta a uma necessidade concreta, determinada pela história humana. E ainda, ao construir uma realidade objetiva, os homens também se constroem, pois adquirem conhecimentos e habilidades que não possuíam anteriormente (LESSA, 1999). Assim

Todo ato de trabalho, sempre voltado para o atendimento de uma necessidade concreta, historicamente determinada, termina por remeter para muito além de si próprio. Suas conseqüências objetivas e subjetivas não se limitam à produção do objeto imediato, mas se estendem por toda a história humana. (LESSA, 1999, p. 24).

Ao pensar no mundo dos homens, no estágio primitivo todos trabalhavam de forma direta, convertendo a natureza nos bens necessários à sobrevivência; com o desenvolvimento da sociedade, essa situação altera-se radicalmente. Tem-se início uma relação entre os homens, a qual Lessa (1999, p. 25, grifos do autor) vai denominar de reprodução social, pois esta não se limita ao trabalho enquanto tal. Nas sociedades divididas em classes, “[...] o trabalho apenas pode se realizar se houver um poder que obrigue os indivíduos a produzirem e

entregarem o fruto do seu trabalho à outra classe. [...] O ato de trabalho passa a ser também (mas não apenas) uma relação de poder entre os homens. [...]”⁸.

Assim, para Lessa (1999, p. 28) é a partir da divisão em classes, isto é, a que trabalha e produz a riqueza e a outra que se apropria do produto da classe trabalhadora, onde tem origem o trabalho alienado, o qual se desdobra em relações sociais de exploração, então, “a alienação nada mais é que isto: a desumanidade socialmente produzida pelos próprios homens”. Ao mesmo tempo, com o alargamento das relações de exploração do homem pelo homem, as transformações também aconteceram no mundo do trabalho. Ao invés de trabalhar para responder às suas necessidades básicas de sobrevivência, os homens trabalham, sim, para responder às suas necessidades de subsistência, mas não somente, trabalhando, também, para a acumulação de riquezas, não para si próprios, mas para os detentores do capital, para a classe dominante, aquela que se apropria da classe trabalhadora, comprando sua força de trabalho. E deste modo, temos o trabalho assalariado (LESSA, 1999).

E, assim, para dar sequência no estudo e compreender as formas de organização do trabalho que se apresentam na contemporaneidade, também o apresentaremos, na sociedade capitalista, sendo que este processo de trabalho, na maioria das vezes, se apresenta de maneira reduzida, isto é, nas condições materiais de existência, na esfera material e ainda no modo como este se organiza. As formas de organização do trabalho vão se modificando, historicamente, para dar respostas às crises do próprio capital e alcançar os objetivos do mesmo, dentro destes modelos podemos citar o taylorismo, fordismo e o toyotismo. Estas formas determinam a quem se busca favorecer com as alterações dos modelos de sua organização no capital, sem a preocupação com quem está na outra ponta do capital, ou seja, o trabalhador.

Assim, o modelo hegemônico de organização do trabalho que se apresenta no cenário brasileiro contemporâneo é o toyotismo, que propõe a flexibilização deste, que intensifica ainda mais a exploração do trabalhador em detrimento do capital, com o qual há uma ampliação da precarização, desregulamentação, fragmentação do trabalho e com consequências à classe trabalhadora, havendo um aniquilamento direto nas legislações de proteção deste. Com o toyotismo, a fragmentação do trabalho se amplia distanciando-se de uma prática interdisciplinar. Por fim, realizar-se-á a discussão da interdisciplinaridade, sendo esta apresentada como imprescindível para um refazer, reconstruir, – entendida dentro da materialidade histórica, da realidade concreta e não de fatos isolados, desconectados do real,

⁸ Ver em LESSA, Sergio. O processo de produção/reprodução social: trabalho e sociabilidade. In Capacitação em Serviço Social e política social, módulo 02. Brasília: CEAD, 1999.

porém que se coloca como um grande desafio a ser enfrentado pelos profissionais, – no espaço sócio ocupacional de atendimento aos usuários com transtorno mental severo e persistente do Centro de Atenção Psicossocial Flávio Dantas de Araújo de Foz do Iguaçu.

1.1 – TRABALHO

Segundo Lessa (1996), os homens vivem apenas quando concretizam continuamente uma transformação na natureza, transformação essa teleologicamente posta, sendo que o resultado final é construído anteriormente na subjetividade a partir de um fim, e assim as ações terão uma orientação. É essa modificação na natureza, o intercâmbio homem e natureza, a qual Marx denomina de Trabalho. No entanto, os atos do trabalho somente se desenvolvem tendo por mediação as relações sociais e a linguagem. “Já no seu momento primordial, o ser social comparece como um complexo constituído, pelo menos, por três categorias primordiais: a sociedade, a linguagem e o trabalho” (LESSA, 1996, p. 10).

Lessa (1996) – utilizando-se dos estudos de Luckács – afirma que compete ao trabalho “o momento predominante no desenvolvimento do mundo dos homens, já que é nele que se produz o novo que impulsiona a humanidade a patamares sempre superiores de sociabilidade” (LESSA, 1996, p. 10). Neste processo de sociabilidade que é atribuído ao trabalho a sua centralidade, devido ao seu caráter intermediário entre homem e natureza.

Para Engels (2004, p. 13) “o trabalho é a fonte de toda a riqueza [...] é condição básica e fundamental de toda a vida humana [...] que criou o próprio homem”. Sendo, portanto, o trabalho humano a única esfera de objetivação, na qual é possível um ser social colocar uma teleologia, sem a qual não há existência humana. Assim, o homem, partindo de uma necessidade, vai realizar uma interação com a natureza, quando há uma transformação de ambos. Nesta relação, há uma transformação da matéria-prima durante este contato, e ainda, de acordo com Marx (2004), o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, sendo que somente este realiza um trabalho objetivado, conforme se observa na seguinte expressão

Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colmeias. 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. Ele não

apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural, o seu objetivo. (MARX, 2004, p. 36).

Assim, o trabalho é exclusivamente humano e racional, sendo que os demais animais agem por instinto, enquanto que o homem antevê, tem uma finalidade, um resultado antecipado de seu trabalho idealizado mentalmente. Destarte, segundo Netto e Braz (2007, p. 32, grifos do autor), diferentemente das atividades naturais, o trabalho se explicita por uma relação mediada entre sujeito e objeto, e por assim ser, “entre o sujeito e a matéria natural há sempre um meio de trabalho, um instrumento (ou um conjunto de instrumentos) que torna *mediada* a relação entre ambos. E a natureza não cria instrumentos”. Corroborando, Lessa (2002), a partir da concepção de Lukács, na sua investigação ontológica do trabalho, retratou que

[...] é a atividade humana que transforma a natureza nos bens necessários à sua reprodução social. Nesse preciso sentido, é a categoria fundante do mundo dos homens. É no e pelo trabalho que se efetiva o salto ontológico que retira a existência humana das determinações meramente biológicas. Sendo assim, não pode haver existência social sem trabalho (LESSA, 2002, p. 27).

Na afirmativa de Netto e Braz (2007, p. 32, grifos do autor), toda atividade humana parte de uma finalidade e uma intencionalidade antecipada, na qual o trabalho se revela “uma atividade projetada, teleologicamente direcionada, ou seja: conduzida a partir do fim proposto pelo sujeito [...] *a realização do trabalho só se dá quando essa prefiguração ideal se **objetiva**, isto é, quando a matéria natural, pela **ação material** do sujeito, é **transformada***”. Então, o trabalho é dispêndio de energia humana para atingir um fim, no qual o homem, ao transformar a realidade, também é transformado por ela. Adquirir novos conhecimentos ainda constitui a sociabilidade humana.

E, por assim ser, na sociedade, o trabalho é essencialmente coletivo, isto é,

o trabalho jamais é um processo capaz de surgir, de se desenvolver ou, ainda, de se realizar, em qualquer tempo, como atividade isolada de um ou de outro membro da espécie humana. **O trabalho é, sempre, atividade coletiva:** seu sujeito nunca é um sujeito isolado, mas sempre se insere num conjunto (maior ou menor, mais ou menos estruturado) de outros sujeitos. Essa inserção exige não só a coletivização de conhecimentos, mas sobretudo implica convencer ou obrigar outros à realização de atividades, organizar e distribuir tarefas, estabelecer ritmos e cadências etc. (NETTO e BRAZ, 2007, p. 34, grifos do autor).

Contudo, através do trabalho do homem, com a sua ação, o sujeito transforma a matéria natural, a natureza, a si próprio, e faz emergir o ser social, sendo através do trabalho que a humanidade se constitui.

Porém, ao discutir a centralidade do trabalho, é importante diferenciar os seus conceitos. Face a isto, é importante fazer a diferenciação entre trabalho e trabalho abstrato. Neste sentido, Lessa (2002, p. 27) – utilizando-se da literatura de Marx e Engels – explica que existe uma clara distinção, sendo que o trabalho “é a atividade de transformação do real pela qual o homem constrói, concomitantemente, a si próprio como indivíduo e a totalidade social da qual é partícipe”. Deste modo, a autoconstrução humana é responsável pelo desenvolvimento da sociabilidade, enquanto que trabalho abstrato

é uma atividade mensurada pelo tempo de trabalho socialmente necessário e produtor de mais-valia. Corresponde à submissão dos homens ao mercado capitalista, forma social que nos transforma a todos em ‘coisas’ (reificação) e articula nossas vidas pelo fetichismo da mercadoria. (LESSA, 2002, p. 28).

A partir de então, este estudo tratará do trabalho abstrato, fazendo um recorte ao modo de produção capitalista⁹. O trabalho abstrato é trabalho homogeneizado, indiferenciado, que pode ser substituído, no qual quem determina o ritmo de trabalho é a máquina, em contraposição ao trabalho concreto, que exige uma inventividade humana. Nesta forma, o trabalhador somente é detentor de sua força de trabalho, enquanto que o capitalista detém os meios de produção que são necessários para “construção” de um produto. O dono do capital, por ser também o proprietário da matéria-prima e dos meios de produção – condições objetivas –, também vai adquirir a força de trabalho do trabalhador – condição subjetiva –, através da compra e, de tal modo, transformá-la em mercadoria¹⁰ que irá pertencer ao capitalista enquanto aquele estiver sob sua supervisão.

Assim, “originariamente, o trabalhador vendia sua força de trabalho ao capital por lhe faltarem os meios materiais para a produção de uma mercadoria. Agora, sua força individual de trabalho não funciona se não estiver vendida ao capital” (MARX, 2014, p. 416).

⁹“Denominação do modo de produção em que o capital, sob suas diferentes formas, é o principal meio de produção. (...) Qualquer que seja a sua forma, é a propriedade privada do capital nas mãos de uma classe, a classe dos capitalistas, com a exclusão do restante da população, que constitui a característica básica do capitalismo como modo de produção” (BOTTOMORE, 2001, P. 51).

¹⁰“Mercadoria ‘é, antes de mais nada, um objeto externo, uma coisa que, por suas propriedades, satisfaz necessidades humanas, seja qual for a natureza, a origem delas, provenham do estomago ou da fantasia. Não importa a maneira como a coisa satisfaz a necessidade humana, se diretamente, como meio de subsistência, objeto de consumo, ou diretamente, como meio de produção” (MARX, 2014, p. 57).

Neste ínterim, cria-se a jornada de trabalho, que inclui o tempo de trabalho necessário e o tempo de trabalho excedente. O primeiro, “é o tempo de trabalho requerido para produzir-se um valor de uso qualquer, nas condições de produção socialmente normais existentes e com o grau social médio de destreza e intensidade do trabalho” (MARX, 2014, p. 61), sendo deste que é retirado o que corresponde ao pagamento do salário do trabalhador. No tempo de trabalho excedente é produzida a mais-valia, “[...] o excedente toma a forma de lucro e a exploração resulta do fato da classe trabalhadora produzir um produto líquido que pode ser vendido por mais do que ela recebe como salário” (BOTTOMORE, 2001, p. 227). A forma de exploração do trabalho no capitalismo se dá através da extração da mais-valia pelo capitalista, a qual acontece durante o tempo de trabalho excedente, de tal modo que o dono do capital tende sempre a ampliar a jornada de trabalho, como forma de ampliação da mais-valia.

Dentro da jornada de trabalho, é definido, pelo capital, o valor a ser pago, isto é, o valor da força de trabalho, sendo que a mesma é definida pela força do trabalho físico – simples – e a força do trabalho intelectual – qualificado. Assim, o valor da força de trabalho

é determinado pela quantidade de trabalho necessária para sua produção. A força de trabalho de um homem consiste, pura e simplesmente, na sua individualidade viva. Para poder se desenvolver e se manter, um homem precisa consumir uma determinada quantidade de meios de subsistência. Mas o homem, como a máquina, desgasta-se e tem de ser substituído por outro homem. (MARX, 2004, p. 87-88).

Logo, o trabalhador é descartável para este modo de produção, pois ao não mais ser útil ao capital é substituído por outro trabalhador, até que este também se desgaste como se fosse uma máquina e também seja substituído e assim sucessivamente. Em concordância com Marx (2004), avalia-se que todos os dias o trabalhador vende a sua força de trabalho, cedendo temporariamente ao capitalista o direito de dispor dela para “fazer” mercadorias, as quais serão usufruídas por quem possa comprá-las, ou seja, a mercadoria resultante da força de trabalho do trabalhador não lhe pertence, é propriedade daquele que pagou pelo seu trabalho e dispõe da matéria-prima para realizá-la. Igualmente, ao vender a sua força de trabalho ao dono dos meios de produção, esta passa a ser tratada como coisa.

Assim, “fica desde logo claro que o trabalhador, durante toda a sua existência, nada mais é que força de trabalho, que todo o seu tempo disponível é, por natureza e por lei, tempo de trabalho, a ser empregado no próprio aumento do capital” (MARX, 2014, p. 306). Enfim, o trabalhador vende sua força de trabalho ao dono do capital, que põe em ação as condições para a transformação da matéria-prima em mercadoria, a qual é vendida no mercado, do

mesmo modo que a força de trabalho do trabalhador foi comprada para transformar a matéria-prima.

Neste ato, o trabalhador não se reconhece na mercadoria construída, havendo o que Marx denomina de estranhamento do trabalho, sendo que a mercadoria toma vida e o trabalhador é transformado em coisa, havendo uma troca, isto é, a coisificação do trabalho humano de tal modo que “as relações capitalistas constituem de produção de valores de mercadorias para acumulação de capital, através da expropriação da mais-valia e o trabalho livre provoca a separação entre a força de trabalho e a propriedade dos meios de produção” (BOSCHETTI, 2003, p. 58).

Portanto, neste processo, a relação capital/trabalho consiste na apropriação e expropriação do trabalho do trabalhador, sendo nesta relação que se funda o modo de produção capitalista. Logo, “todo o sistema de produção capitalista baseia-se na venda da força de trabalho como mercadoria pelo trabalhador” (MARX, 2014, p. 491). E, conseqüentemente para se efetivar esse processo de trabalho, o modo de produção capitalista cria modelos para organização da produção.

1.2 – ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: TAYLORISTA, FORDISTA E TOYOTISTA

A sociedade capitalista tem por finalidade a máxima acumulação de capital e de riquezas. Assim, “a riqueza das sociedades onde rege a produção capitalista configura-se em ‘imensa acumulação de mercadorias’, e a mercadoria, isoladamente considerada, e a forma elementar dessa riqueza” (MARX, 2014, p. 57). O que está presente, também, neste modo de produção, são as relações de trabalho, ou seja, a organização do trabalho, o que de acordo com Pinto (2010) foi submetido aos interesses de classe envolvidos, principalmente posteriormente às primeiras revoluções industriais.

A organização do trabalho foi elevada à categoria de matéria do conhecimento a ser conquistada com base na luta política e econômica explícita entre o empresariado (classe proprietária dos meios de produção e compradora de força de trabalho) e os trabalhadores (classe social expropriada nesse processo e cuja existência atual exige vender sua capacidade de trabalho em troca de salários). (PINTO, 2010, p. 16-17)

No início do processo de industrialização mundial, houve um grande aumento do trabalho, exploração do trabalho de mulheres e crianças nas fábricas, longas jornadas diárias, baixos salários, péssimas condições de trabalho, locais insalubres, mal ventilados, e graves doenças advindas do trabalho. Segundo Pinto (2010), com o avanço da mecanização houve uma intensificação deste trabalho, provocando, inúmeras lesões e acidentes graves.

Porém, segundo Marx (2014), com a indústria moderna, ocorre a revolução do instrumental de trabalho, ou seja, não há necessidade de tanta força muscular para operar a maquinaria, havendo uma desvalorização do trabalho adulto.

Por isso, a primeira preocupação do capitalista, ao empregar a maquinaria foi a de utilizar o trabalho das mulheres e das crianças. Assim, de poderoso meio de substituir trabalho e trabalhadores, a maquinaria transformou-se imediatamente em meio de aumentar o número de assalariados, colocando todos os membros da família do trabalhador, sem distinção de sexo e idade, sob o domínio direto do capital. (MARX, 2014, p. 451).

Com essa realidade posta, a força de trabalho era medida pelo necessário para manter a família, e não como trabalhador individual, e o restante do trabalho, o excedente, era do dono do capital, a mais-valia. Aumenta-se o grau de exploração, antes de um trabalhador adulto da família, e neste processo, da família toda, incluindo as mulheres e crianças, e ainda mantendo-os em condições de trabalho desumanas. Assim, em concordância com Marx (2014, p. 486) o capital opera “o roubo sistemático das condições de vida do trabalhador durante o trabalho”. Pode-se afirmar que essa condição apresentava-se no início do processo da maquinaria, perpassando por todas as formas de organização do trabalho e estando presente nos dias atuais.

Devido às precisões advindas desse contexto histórico de industrialização, em meados do século XIX havia a necessidade de uma organização do trabalho. De tal modo, estudiosos das mais variadas formações buscavam pela “construção de sistemas de organização cujos objetivos eram o aperfeiçoamento da qualidade e a diminuição do tempo gasto na realização de tarefas complexas” (PINTO, 2010, p. 22).

De acordo com o mencionado autor, neste mesmo período, Frederick Taylor se destacou, sendo “considerado o ‘pai’ da chamada ‘administração científica’, hoje constituída como matéria do conhecimento levada a cabo em situações que tratam da organização de quaisquer atividades de trabalho, desde a industrial, passando pela agrícola [...] governamental” (PINTO, 2010, p. 23) No entanto, foi na produção industrial a sua

predominância, principalmente no sistema fabril. Taylor era de família abastada, no entanto abandonou os estudos e passou a trabalhar como operário aprendiz em uma fábrica metalúrgica.

Dessa forma, Taylor percebeu que os trabalhadores tinham formas de controle de seu tempo de trabalho, como proteção de seus conhecimentos e salários. Conclui que, se subdividisse as diferentes atividades em tarefas simples, passando a medir a duração de cada movimento com um cronômetro, seria possível obter como resultado o tempo “real” gasto para concretizar cada operação. O objetivo desta organização é a realização do controle do trabalho e de seu ritmo, além de sua intensificação, cronometrando-se o tempo gasto, com o propósito de aumentar a extração de mais-valia dos trabalhadores. Então, “Deverão os trabalhadores cumprir tarefas diárias num tempo previamente determinado pela empresa, ficando a cargo dessa última a definição” (PINTO, 2010, p. 32).

Outra forma de organização foi elaborada por Henry Ford, o qual, conforme Pinto (2010), tinha por ideal desenvolver um motor revolucionário. Gounet (1999) acrescenta que Henry Ford tinha por finalidade fabricar o seu veículo por um preço relativamente baixo, para que pudesse produzir e vender em massa. No entanto, deparou-se com operários especializados, com conhecimento praticamente total daquilo que fabricavam. Ao perceber essa realidade, concluiu que demorava muito, e, assim, o veículo tornar-se-ia oneroso, e não seria especificamente aquilo que estava propondo, custo barato para fabricação e venda em massa.

Gounet (1999) relatava que Ford aplica métodos de consumo em massas e redução de custos na produção – do modelo taylorismo – para responder aos seus objetivos. Primeiramente, atira-se à produção em massa, com racionalização das operações, combate ao desperdício, em especial de tempo. Assim,

se a ‘racionalização’ taylorista permitia uma significativa intensificação do trabalho humano através do controle pela cronometragem dos tempos de operações parciais, no sistema fordista é a velocidade automática da linha de série (do objeto de trabalho, portanto) que impõe ao trabalhador (o sujeito do trabalho) a sua condição de disposição para o labor, estabelecendo, dentro de limites cada vez mais estreitos de tempo, a ‘melhor maneira’ de trabalhar. (PINTO, 2010, p. 38)

Com essa forma de organização do trabalho, o trabalhador torna-se um “apêndice da máquina”, conforme descreve Marx, pois Ford criou uma linha de produção, com regulação do trabalho, “[...] uma esteira rolante desfila, permitindo aos operários, colocados um ao lado do outro, realizar as operações que lhes cabem. [...]” (GOUNET, 1999, p. 19). Neste processo

o espaço para a iniciativa do trabalhador é praticamente nula, tornando-se parte da máquina, conforme é demonstrado no filme “Tempos Modernos”¹¹ de Charlie Chaplin, o qual retrata a sociedade industrial caracterizada pela produção com base no sistema de montagem e especialização do trabalho, o controle do tempo e conseqüentemente do trabalhador, em um processo de industrialização, tecnologia, máquinas, para aumentar lucros, com o acúmulo da produção e ainda a substituição do trabalho vivo (homem) pelo trabalho morto (máquina).

Ademais, para Gounet (1999, p. 19), o que ocorre é o parcelamento de tarefas, – aqui podemos utilizar a mesma referência ao filme acima citado – sendo que “[...] em vez de fazer um veículo inteiro, um operário faz apenas um número limitado de gestos, sempre os mesmos, repetidos ao infinito durante sua jornada de trabalho”. Como resultado dessa nova realidade imposta aos trabalhadores, acontece uma desqualificação, pois não se faz mais necessário que o trabalhador seja especialista, e conheça o conjunto do produto final, mas sim, somente aquela parte a qual está desenvolvendo, fragmentando o conhecimento.

No entanto, “Ford enfrenta um grave problema: podendo escolher, os operários preferem o método antigo, que constrange menos e valoriza mais, mantendo pelo menos sua qualificação” (GOUNET, 1999, p. 20). Por esse motivo, Ford não conseguia encontrar o número necessário de trabalhadores para realizar a sua produção. Assim, propõe um salário maior, o dobro do que se pagava, e logo, conseguiu os operários de que necessitava para o seu projeto, porém, o que foi ocultado aos trabalhadores eram as exigências, que também eram muito maiores que as anteriores, ou seja, passa a acontecer um domínio, inclusive da vida privada dos trabalhadores e sua família (GOUNET, 1999).

Do mesmo modo, Antunes (2000, p. 25) entende o fordismo, assim como Gounet (1999), enquanto um processo pelo qual a indústria e as relações de trabalho tenham perpassado e se consolidado, no qual os elementos básicos eram a produção em massa, “através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos, através do controle dos tempos e dos movimentos pelo cronômetro taylorista e da produção em série fordista”. No Brasil, “a industrialização se desenvolveu influenciada pelo taylorismo e pelo fordismo desde os anos 1930” (ANTUNES, 2006, p. 43). Sendo dominante até o início dos anos 1970, quando ocorreu a crise estrutural da organização fordista de produção.

Conforme Pinto (2010), em nível mundial se manteve tanto o sistema taylorista quanto o fordista de organização do trabalho, até o mesmo período, meados da década de

¹¹O filme “Tempos Modernos” de Charlie Chaplin é uma sátira à situação vivenciada após a grande crise de 1929/1932 e retrata, em forma de crônica, a vida urbana nos Estados Unidos, a situação do trabalho rotinizado, a fome, a miséria e o desemprego.

1970, quando sofreram impacto de várias ordens, entre estes houve instabilidade macroeconômica gerando cautela nos investimentos produtivos industriais. De tal modo, “a indústria redirecionou suas estratégias de padronização em larga escala para a crescente agregação tecnológica, maior qualidade e personalização de seus produtos” (PINTO, 2010, p.44). Com essa nova condição exposta, as mudanças no mercado econômico, também o modelo de organização apresentado até o momento, taylorista e fordista, não respondiam mais às exigências colocadas pelo mercado. Solicitando deste um novo modelo de organização do trabalho, sendo apresentado o modelo toyotista.

Na concepção de Antunes (2006) e Gounet (1999), o toyotismo se originou no Japão no pós-Segunda Guerra Mundial e objetivava estoques mínimos, isto é, produção de acordo com o consumo, no qual “a produção é puxada pela demanda e o crescimento, pelo fluxo” (GOUNET, 1999, p. 26). Incide um combate ao desperdício, uma flexibilização da organização do trabalho, uma redução de tempo para fabricação, mas sem reduzir produção, e o trabalhador operava com várias máquinas simultaneamente – diferentemente do sistema taylorista e fordista nos quais o trabalhador operava em uma só máquina – assim, o mesmo trabalhador operava diferentes funções na produção e na “transformação propriamente dita dos insumos e matérias-primas em produtos intermediários ou acabados (a produção direta)” (PINTO, 2010, p. 63). E, ainda quando tem mais de uma máquina para ser operada ao mesmo tempo, chama-se um colega para auxiliar, gerando com isso a não individualização do trabalho e o trabalho em equipe (GOUNET, 1999). Com essa nova realidade, tem-se como consequências imediatas que

[...] o trabalho não é mais individualizado e racionalizado conforme o taylorismo; é um trabalho de equipe; a relação homem-máquina torna-se a de uma equipe de operários frente a um sistema automatizado; em segundo lugar, o trabalhador deve tornar-se polivalente para operar várias máquinas diferentes em seu trabalho cotidiano, mas também para ajudar o colega quando preciso. (GOUNET, 1999, p. 27)

Seguindo na mesma linha de pensamento, com essas novas exigências, os trabalhadores tinham maiores responsabilidades dentro da mesma jornada de trabalho, com o objetivo de aumento da produtividade dos empregadores. “Cumprida essa fusão de várias funções e atividades, designou-se ‘multifuncionalidades’, ou ‘polivalentes’, aos trabalhadores por elas responsáveis” (PINTO, 2010, p. 63). Uma das consequências deste modelo é que os trabalhadores não eram mais especialistas e qualificados em uma única área ou função, devendo ser mais polivalentes, por isso o trabalho é “mais desespecializado e multifuncional,

de fato mais intensamente explorado” (ANTUNES, 2006, p. 44). Procedendo na redução do número de trabalhadores, no qual as máquinas são operadas com equipes mínimas, assim, neste sistema, a capacidade produtiva passava a ser realizada de forma flexível.

O sistema toyotista de organização tinha como fundamento uma metodologia de produção e de entrega mais rápidas e precisas que as demais, associada justamente à manutenção de uma empresa “enxuta” e “flexível”. Isso era obtido pela focalização no produto principal, gerando desverticalização e subcontratação de empresas que passavam a desenvolver e a fornecer produtos e atividade, com utilização de uma força de trabalho polivalente. (PINTO, 2010, p. 46).

Em relação à subcontratação, Gounet (1999) nos retrata que, neste modelo, também são incorporados a máxima flexibilidade e o menor custo, no qual geralmente os custos com salários dos trabalhadores são menores. Acrescenta que o toyotismo permite – ainda mais que o fordismo – uma maior exploração dos trabalhadores, primeiro através da intensificação do trabalho, com sua sobrecarga, além de impor maior rapidez, cumprir tarefas que antes não eram de sua responsabilidade, “[...] como o controle de qualidade ou a manutenção corrente das máquinas. Com o toyotismo, o trabalhador não tem mais um minuto para si” (GOUNET, 1999, p. 8). Também se intensifica uma tensão sobre o trabalhador; em seguida, executa uma redução salarial e deterioração nas formas de proteção social nas fábricas, sustentando-se na terceirização, através das subcontratações, o que agrava consideravelmente as condições sociais dos trabalhadores e prejudica inclusive as suas formas de organização sindical, pois estes ficam restritos a empresas menores (GOUNET, 1999).

Logo, para Gounet (1999, p. 30), “a flexibilidade da produção exige flexibilidade do trabalho e dos trabalhadores”. Nesta mesma perspectiva, opera-se com o mínimo de operários possível e se amplia a jornada de trabalho, por intermédio de horas extras ou ainda através de contratações temporárias. Em síntese

O toyotismo é uma resposta à crise do fordismo nos anos 70. Em lugar do trabalho desqualificado, o operário é levado à polivalência. Em vez da linha individualizada, ele integra uma equipe. No lugar da produção em massa, para desconhecidos, trabalha um elemento para “satisfazer” a equipe que vem depois da sua na cadeia. Em suma, o toyotismo elimina, aparentemente, o trabalho repetitivo, ultra-simplificado, desmotivante, embrutecedor. Afinal, chegou a hora do enriquecimento profissional, do cliente satisfeito, do controle de qualidade (GOUNET, 1999, p. 33).

No entanto, as consequências para os trabalhadores são devastadoras, pois toda essa flexibilidade vai rebater diretamente nos direitos de proteção social dos trabalhadores, pois ocorre também a flexibilização das legislações trabalhistas que regulamentam a força de trabalho, culminando em redução de direitos aos trabalhadores e conseqüentemente à crise ao movimento sindical e a desproteção social dos trabalhadores, principalmente devido ao crescente desemprego, que serve para garantir baixos salários e a contratação temporária de trabalhadores. “O desemprego é um dos fatores que garante as jornadas flexíveis de trabalho, elemento vital no acoplamento da escala de produção à demanda dos mercados de consumo, proposta central do toyotismo” (PINTO, 2010, p. 81).

Assim, com a mudança da produção em série e de massa e controle do tempo de trabalho para um processo com maior flexibilização da produção, bem como das relações de trabalho, determinam-se inovações às formas de produção e reprodução da sociedade capitalista, a qual tem por objetividade a maior lucratividade e, assim, há uma intensificação da exploração do trabalho em prol da acumulação do capital. Antunes (2006, p. 42, grifos do autor) acrescenta que para dar conta de um processo que permite maior concentração de capital, isto é, da acumulação flexível que tratava “de garantir a *acumulação*, porém de modo cada vez mais *flexível*”, a chamada reestruturação produtiva do capital fundamentou-se na empresa enxuta que “constrange, restringe, coíbe, limita o *trabalho vivo*, ampliando o maquinário tecnocientífico, que Marx denominou como *trabalho morto*. E redesenha cada vez mais a planta produtiva, reduzindo força de trabalho e ampliando a sua produtividade” (ANTUNES, 2006, p. 44, grifos do autor).

Em relação ao Brasil, conforme Silva e Yazbek (2006, p. 11), a constituição do mercado de trabalho que abrange as décadas de 1980 e 1990 constituiu-se como um período em que há uma crise externa do capitalismo, com o agravamento da situação social, aumento das desigualdades sociais e de renda, culminando em esgotamento da industrialização, com o desmonte do projeto nacional desenvolvimentista, optando-se por um projeto liberal-internacionalista. Como consequência, na década de 1990, define-se o alinhamento do Brasil à globalização financeira e a implementação de um conjunto de reformas que perpassam as condições necessárias às alterações para o projeto neoliberal, com reflexos no mundo do trabalho tais como: terceirização, crescimento da informalidade, aumento de pessoas desempregadas, precarização nas relações de trabalho, baixos salários, instabilidade, ausência da proteção social e aprofundamento de mecanismos de segmentação e discriminação.

Com essa realidade posta, acendeu mudanças na organização do trabalho, bem como nas suas relações sociais trabalhistas, nas relações de classes, interferindo diretamente na

classe trabalhadora, pois retira desta direitos sociais que foram conquistados a partir de muitas lutas e organizações sociais, tanto a nível mundial, principalmente durante e posteriormente à revolução industrial e, no Brasil, também foram conquistas realizadas a partir de lutas por direitos, como resultado da organização, mobilização e luta da classe trabalhadora.

Além disso, para que os trabalhadores garantissem meios para sua subsistência, aconteceram situações de lutas, conflitos e resistências a fim de que estes obtivessem os direitos sociais. Corroborando com o pensamento de Marx e Engels (1998), há duas classes sociais, que são os trabalhadores e a burguesia, os quais lutam por objetivos contrários e divergentes, havendo uma relação intensa de conflitos, sendo a partir desta que há resultados para a classe trabalhadora.

Assim, com a organização toyotista e o padrão de acumulação flexível, intensifica-se a fragmentação do trabalho. É uma obrigação posta à força de trabalho para que sejam aceitos salários menores ou iguais, porém com uma intensificação do trabalho, e ainda em péssimas condições. Pode-se afirmar que com a reestruturação produtiva houve um avanço na economia, mas também miséria, exclusão, resultando em força de trabalho disponível para o capital, devido ao alto índice de desemprego, culminando, por fim, em um elevado número de trabalhadores vivendo em situações permeadas pela desigualdade social e desprovidos do acesso à riqueza socialmente produzida.

O resultado desta relação de produção pode ser observado em toda parte, seja por meio do desemprego, da precarização das relações de trabalho ou do rebaixamento salarial, acontecendo formas de trabalhos precários, parciais, temporários, terceirizados, informais e conseqüentemente perda de direitos trabalhistas e sociais, ocorrendo um desmonte do sistema público de proteção social. Com a flexibilização produtiva, ocorre a desregulamentação do trabalho, a desproteção, ou seja, uma redução e até usurpação dos direitos sociais que foram conquistados com a luta dos trabalhadores.

1.3 – PRECARIZAÇÃO E FRAGMENTAÇÃO DO TRABALHO: DESREGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO

Com a discussão apresentada até o momento, é possível identificar as transições na organização do trabalho, com o fim de atender aos objetivos propostos pelo mercado capitalista, sendo possível notar ainda que as crises do capital são cíclicas, apresentando novas

e velhas formas nos diferentes momentos históricos, por isso também não é possível estudar as formas contemporâneas de organização, precarização e fragmentação do trabalho descolado de seu processo histórico e do tecido social que permeiam estas condições.

Por isso, também observamos que formas de precarização e fragmentação do trabalho, atuais, já foram velhas formas desta mesma situação, assim são fluxos e refluxos de uma realidade social permeada por antagonismos sociais, econômicos e de classe social. De tal modo, “a precarização social do trabalho é um novo e um velho fenômeno, por que é diferente e igual, por que é passado e presente e por que é um fenômeno de caráter macro e micros social” (DRUCK, 2011, p. 37)¹².

Com o propósito de compreender as consequências da precarização e fragmentação do trabalho, daremos andamento neste estudo. Sabemos, sobretudo, que esta realidade que se apresenta no Brasil é resultado também de um capital internacionalizado, conforme aponta Iamamoto (2008, p. 111), “O capital internacionalizado produz a concentração da riqueza, em pólo social (que é, também, espacial) e, noutra, a polarização da pobreza e da miséria, potenciando exponencialmente a lei geral da acumulação capitalista, em que sustenta a *questão social*”¹³ (grifo da autora).

Contudo, o mundo do trabalho passou, e continua passando, por uma série de transformações advindas, em especial, dos ajustes do capital com expectativa de contornar os efeitos de sua crise, próprias do capitalismo como já citado anteriormente. Desta forma, apresentam-se tendências que se configuram – denominada por Antunes (2014) – a nova morfologia do trabalho e que se exibem, em maior ou menor veemência, nos países onde o modo de produção capitalista encontra-se em vigor. Entretanto,

Em um mercado mundial realmente unificado, impulsiona-se a tendência à homogeneização dos circuitos do capital, dos modos de dominação ideológica e dos objetos de consumo – por meio da tecnologia e da multimídia. *Homogeneização esta apoiada na mais completa heterogeneidade e desigualdade das economias nacionais*. Acelera-se, pois, o desenvolvimento desigual, aos saltos, entre empresas, ramos de produção da indústria e de diferentes nações, e, no interior dos países, a favor das classes e grupos dominantes, reafirmando as tendências apontadas por Lênin (1976). A transferência de riqueza entre classes e categorias sociais e entre

¹²Durante a discussão em seu artigo a autora apresenta dados estatísticos para dar materialidade a sua análise, assim, para maiores informações, ver em DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? In Caderno CRH v. 24, n. spe 01, Salvador, 2011, p. 37-57.

¹³“A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão.” (IAMAMOTO, 1995, p. 77).

países está na raiz do aumento do desemprego crônico, da precariedade das relações de trabalho, das exigências de contenção salarial, da chamada “flexibilidade” das condições e relações de trabalho, além do desmonte dos sistemas de proteção social. (IAMAMOTO, 2008, p. 111, grifos da autora).

Assim, para a autora citada, a desregulamentação teve princípio na esfera financeira, mas amplia-se no mercado de trabalho e, conseqüentemente, em toda a realidade social e logo expande-se em desdobramentos “[...] às formas de organização dos processos de produção, da gestão e remuneração da força de trabalho, do mercado de trabalho, dos direitos sociais e trabalhistas e dos padrões de consumo” (IAMAMOTO, 2008, p. 143). Acrescenta também que este fato envolve um embate contra a organização e as lutas sindicais e os direitos conquistados.

Logo, a reestruturação produtiva atinge significativamente a organização dos processos de trabalho, o consumo e gestão da força de trabalho, assim como o seu conteúdo, por meio das relações e condições deste. “Envolve a intensificação do trabalho e a ampliação da jornada, a redução dos postos de trabalho e a precarização das condições e dos direitos do trabalho” (IAMAMOTO, 2008, p. 144).

Do mesmo modo, Druck (2011) acrescenta que na história do capitalismo estabeleceram-se diferentes padrões de acumulação do capital¹⁴, resultado de um conjunto de fatores econômicos, sociais e políticos, destacando as lutas de resistências dos trabalhadores, os quais colocaram limites ao processo de acumulação, estabelecendo a necessidade de implementação de direitos, tanto trabalhistas como sociais, de modo que os mesmos fossem aceitos, legitimados e garantidos, enquanto proteção social, pela sociedade e pelo Estado. No entanto, são estes direitos já garantidos com lutas, resistência e até mortes de muitos trabalhadores que, na contemporaneidade, estão sendo esfacelados.

Assim como Iamamoto, Druck (2011) escreve que a forma como o trabalho se apresenta atualmente é resultado de uma configuração mundial que se tornou hegemônica.

É a era identificada como de uma mundialização inédita do capital, apoiada num projeto político e econômico de cunho neoliberal e que se concretizou essencialmente através de uma reestruturação intensa e longa da produção e do trabalho. Parte-se, portanto, da caracterização de uma nova fase do capitalismo contemporâneo, também denominado de flexível (Sennet, 1999) ou de acumulação flexível (Harvey, 1995). E, nessa denominação, já está subjacente a compreensão de que o sistema capitalista, em seu

¹⁴“A acumulação do capital implica a concentração de meios de produção e do poder de mando sobre o trabalho nas mãos dos capitalistas individuais que competem entre si. Mas se expressa, também na expropriação dos capitalistas menores em um movimento de atração de capitais já existentes, isto é um movimento de centralização do capital”. (IAMAMOTO, 1995, p. 58).

desenvolvimento histórico, sofreu transformações significativas – especialmente no campo de trabalho e das lutas dos trabalhadores – que redefiniram a sua configuração, mesmo que mantivessem sua essência como um sistema cujas relações sociais se assentam sobre o trabalho assalariado, ou seja, pela apropriação do trabalho pelo capital, através da compra e venda da força de trabalho no mercado, independentemente das formas de contrato existentes ou predominantes. (DRUCK, 2011, p. 41)

Fica evidente na afirmativa da autora, e concordamos com a discussão apresentada, que o modo de produção em vigência está em busca dos superlucros, da acumulação, da mais-valia, do aumento dos lucros, dos ganhos para o capital, e, para tanto, não mede esforços para atingir seus objetivos, em detrimento aos trabalhadores, ajustando as formas de organização e gestão do trabalho, pautadas na flexibilização, precarização e fragmentação do trabalho, impetrando diretamente na classe trabalhadora, de maneira cruel e opressora, transformando-a em objetos para o capital, sendo considerados descartáveis, arcaicos, e da mesma forma substituindo-os por outro que julgar melhor, mais apto para o que está se buscando alcançar no momento. Portanto, “capital e trabalho assalariado se criam mutuamente no mesmo processo. Assim é que o processo de produção capitalista é um *processo de relações sociais entre classes*” (IAMAMOTO, 1995, p. 53, grifos da autora). E, para tanto, Druck (2011, p. 42) adiciona que o Estado¹⁵ desempenha “[...] um papel cada vez mais de ‘gestor dos negócios da burguesia’, já que ele age agora em defesa da desregulamentação dos mercados, especialmente o financeiro e o de trabalho”.

E, abordando a realidade brasileira, Druck (2011) vai expor que há tipos de precarização do trabalho, como, *vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais*, no qual produzem um mercado de trabalho segmentado, heterogêneo, com contratos precários, sem proteção social, revelando um alto grau de ocupação. Outro tipo apresentado é a *intensificação do trabalho e terceirização*, este tipo de trabalho impõe metas, amplia jornada de trabalho, “sustentada na gestão do medo, na discriminação criada pela terceirização, [...] nas formas de abuso de poder, através do assédio moral” (DRUCK, 2011, p. 48).

Um terceiro tipo exposto pela autora é a *insegurança e saúde no trabalho*, este acena às condições de (in)segurança e saúde no trabalho, pois na busca de maior produtividade, desrespeitam-se as normas, os treinamentos, as medidas de segurança, os riscos, sendo

¹⁵“A reprodução das relações sociais é reprodução da dominação: reprodução ampliada do domínio de classe. Este é um processo eminentemente político, em que as classes dominantes têm no Estado o instrumento privilegiado do exercício de seu poder no conjunto da sociedade”. (IAMAMOTO, 1995, p. 67).

indicador deste tipo de precarização o aumento do número de acidentes de trabalho,¹⁶ ignora-se também os limites e dificuldades dos trabalhadores, em prol de uma “competitividade exacerbada, rapidez ou velocidade ilimitada, tem gerado um cenário de adoecimento mental em expressões diversas [...]” (DRUCK, 2011, p. 49). O tipo seguinte que a autora trata é o da *perda das identidades individual e coletiva*, sendo marcante pela presença da ameaça constante da perda do emprego, afetando na solidariedade de classe devido à própria concorrência desencadeada entre os próprios trabalhadores, instigada pelo próprio mercado, condenando “[...] cada trabalhador a ser o único responsável por sua empregabilidade [...]” (DRUCK, 2011, p. 50).

O quinto tipo trazido pela autora é referente à *fragilização da organização dos trabalhadores*, o qual pode ser identificado a partir das dificuldades da organização sindical, das formas de lutas e resistências dos trabalhadores.¹⁷ E, por último, *a condenação e o descarte do Direito do Trabalhador*. A *fetichização* do mercado¹⁸ tem orquestrado e decretado uma “crise do Direito do Trabalho”.¹⁹ Portanto, a partir destes tipos de precarização social do trabalho, a autora reforça que há “uma precarização antiga e moderna metamorfoseada” (DRUCK, 2011, p. 55).

Para Antunes (2014, p. 13), no Brasil foi no decorrer da década de 1980 que houve os primeiros impulsos para o processo de reestruturação produtiva, sendo intensificado nos anos de 1990. Porém, no fim da ditadura militar, “já se faziam sentir os primeiros influxos da nova divisão internacional do trabalho”. Acrescenta que com a intensificação, ocorrida a partir dos anos 1990, este processo apresenta elementos tanto de continuidade, quanto de descontinuidade das fases anteriores de organização do trabalho. Culminando, em virtude disso, principalmente em um relevante acréscimo das relações de trabalho desregulamentadas, deterioração dos direitos sociais do trabalho. Houve, além disso, a ampliação do trabalho infantil, em especial no espaço domiciliar, como por exemplo, nos setores de confecção e têxtil, terceirizados e realizados em domicílios; este tipo de trabalho se dá devido à

¹⁶Os dados que demonstram esta afirmativa podem ser verificados em DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? In Caderno CRH v. 24, n. spe 01, Salvador, 2011, p. 37-57.

¹⁷Para maiores esclarecimentos referente à discussão da própria autora ver em DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? In Caderno CRH v. 24, n. spe 01, Salvador, 2011, p. 37-57.

¹⁸“Aqui a fetichização é usada no sentido marxista, quando o mercado e as mercadorias ‘assumem vida própria’, autonomizando-se em relação aos sujeitos sociais, e dessa forma, querem prescindir de qualquer limite à sua autonomia e liberdade, especialmente a liberdade de exploração do trabalho que, em tempos neoliberais, impõe a desregulamentação do estado e a retirada dos direitos”. (DRUCK, 2011, p. 52)

¹⁹Mais informações em DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? In Caderno CRH v. 24, n. spe 01, Salvador, 2011, p. 37-57.

externalização e terceirização da produção, o qual também teve um grande aumento neste período.

Da mesma forma, Antunes (2014, p. 20) também evidencia um crescente mercado feminino em diversos setores e ramos. Nesta situação, o autor cita uma pesquisa realizada nas empresas de *call center*, que apresenta um contingente com mais de 70% de mulheres, as quais trabalham com fone de ouvido, “[...] ficam quase todo o tempo sentadas, coladas no visor do microcomputador e no teclado, sob rígida vigilância das supervisoras, que exigem sempre maior produtividade e controlam o tempo médio de atendimento das trabalhadoras.[...]”. Assim, também há um grande adoecimento no trabalho. Neste tipo de trabalho, podemos identificar a continuidade da organização do trabalho fordista e taylorista²⁰.

Quanto às condições de trabalho, pode-se testemunhar, com base na pesquisa, que, em muitas dessas empresas de *call center* e *telemarketing*, há inclusive “bairros” que separam as trabalhadoras, para que elas não conversem e não diminuam os ritmos extenuantes de trabalho, rigorosamente cronometrados (ANTUNES, 2014, p. 20).

No entanto, Antunes e Alves (2004) também reforçaram, em outro estudo, que o crescimento do trabalho feminino não garante crescimento salarial, pelo contrário, são inferiores àqueles recebidos pelos trabalhadores do sexo oposto, identificando direitos sociais e de trabalho desiguais.

Antunes (2014) ainda trata da ampliação de trabalhos realizados através de prestação de serviços, trabalhos por contratos temporários, sem a devida anotação na carteira de trabalho, um crescente número de desemprego, elevação de formas precárias de contratação, subcontratação, aumento das lesões por esforço repetitivo (LER), especialmente como resultado dos trabalhos da era da informatização, planos de demissão voluntária, redução dos postos de trabalho, achatamento dos salários, trabalhadores em tempo parcial, trabalhos eventuais, os trabalhos informais, ou seja, redução dos direitos trabalhistas para a classe trabalhadora.

[...] A informalidade, em seus distintos modos de ser [...] supõe sempre ruptura com os laços de contratação e de regulação da força de trabalho, tal como se estruturou a relação capital e trabalho, especialmente ao longo do século XX, sob a vigência tayloriano-fordista, quando o trabalho regulamentado tinha prevalência sobre o desregulamentado (ANTUNES, 2014, p. 24).

²⁰Durante a realização deste estudo não citaremos todos os setores e ramos pesquisados pelo autor. Para maiores informações desta pesquisa, buscar em ANTUNES, Ricardo. A nova morfologia do trabalho e as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil nos anos 1990. In *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Vol. XXVII, 2014, p. 11-25.

Igualmente, a informalidade se caracteriza por trabalhadores sem carteira assinada, com isso, sem regulamentação trabalhista, sem data base, acordos coletivos de trabalho, desprovidos dos direitos sociais, como férias, 13º salário, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), em especial os benefícios previdenciários: aposentadoria, auxílio acidente de trabalho, auxílio-doença, pensões, com isso há uma intensa precarização das condições de trabalho e um desmonte das legislações trabalhistas de proteção dos trabalhadores.

Ou seja, no movimento pendular do trabalho, preservados os imperativos destrutivos do capital, oscilamos crescentemente entre a perenidade de um trabalho cada vez mais reduzido, intensificado e mais explorado, dotado de direitos e, de outro, uma superfluidade crescente, cada vez geradora de trabalho precarizado e informalizado [...] (ANTUNES, 2014, p. 24).

De acordo com Antunes e Alves (2004), há também uma tendência de exclusão dos jovens com idade de ingresso no mercado de trabalho formal, bem como de pessoas acima de 40 anos, consideradas “idosas” para o capital, os quais também vão se somar ao mercado de trabalho informal. Em contraponto, “o mundo do trabalho, nas mais diversas partes do mundo, no Norte e no Sul, tem se utilizado da inclusão precoce e criminosa de crianças no mercado de trabalho, nas mais diversas atividades produtivas” (ANTUNES e ALVES, 2004, p. 339), sendo estas relações das contradições presentes no modo de produção em vigência.

Em descontinuidade ao modelo taylorista e ao fordista, o modelo toyotista – expressão do modelo de acumulação flexível – busca por trabalhadores mais flexibilizados, com fácil adaptação a novos setores e postos de trabalho, bem como em novas funções, isto é, que esteja apto e disponível às necessidades do mercado. Logo, a classe trabalhadora abarca a totalidade dos assalariados que são despossuídos dos meios de produção (ANTUNES e ALVES, 2004).

Incorpora tanto o núcleo central do proletariado industrial, os trabalhadores produtivos que participam diretamente de criação de mais-valia e da valorização do capital [...] abrange também os trabalhadores improdutivos, cujo trabalho não cria diretamente mais-valia, uma vez que são utilizados como serviço, seja para uso público, como os serviços públicos, seja para *uso* capitalista. [...] também incorpora o proletariado rural, que vende a sua força de trabalho para o capital (ANTUNES e ALVES, 2004, p. 342).

Deste modo, o trabalhador para atender às suas necessidades de subsistência, coloca à disposição do mercado a sua força de trabalho, porque não dispõe das condições objetivas

para poder realizá-la por si só, assim, “sua capacidade de trabalho só pode ser objetivada quando demandada pelo capitalista” (CEOLIN, 2014, p. 246). Ademais, a classe trabalhadora²¹, para sua subsistência, vende sua força de trabalho, em troca de salário, como uma mercadoria. Assim compreender a classe trabalhadora, atualmente, de forma abrangente

[...] implica entender este conjunto de seres sociais que vivem da venda da sua força de trabalho, que são assalariados e desprovidos dos meios de produção. Como todo trabalho produtivo é assalariado, mas nem todo trabalhador assalariado é produtivo, uma noção contemporânea de classe trabalhadora deve incorporar a totalidade dos (as) trabalhadores (as) assalariados (as) (ANTUNES e ALVES, 2004, p. 343).

Assim, a partir dessas reflexões apontadas, fica evidenciada a flexibilização e a precarização da força de trabalho na contemporaneidade, a qual sofre com a desigualdade – econômica e socialmente – marcando pela disparidade entre ricos e pobres e efetivamente a separação entre as classes sociais²², e por essa razão, a classe trabalhadora vem sendo prejudicada com a usurpação de seus direitos e garantias, convertendo-se em precariedade e fragmentação.

A nova organização capitalista do trabalho é caracterizada cada vez mais pela precariedade, pela flexibilização e desregulamentação, de maneira sem precedentes para os assalariados. É um mal-estar do trabalho, o medo de perder o próprio posto, de não poder mais ter uma vida social e de viver apenas do trabalho e para o trabalho (VASAPOLLO, 2005, p. 375).

Assim, a flexibilização é apontada, por representantes de empresas, como necessária para combater o desemprego. No entanto, segundo Vasapollo (2005), a flexibilização não é uma maneira de aumentar postos de ocupação, mas sim, pode ser entendida como liberdade para demitir trabalhadores, sem penalidades, quando a produção e as vendas diminuem, liberdade para as empresas de reduzir salários, impondo aos trabalhadores que aceitem salários menores do que a paridade de trabalho exige, além de possibilitar à empresa subdividir a jornada de trabalho, de acordo com a necessidade e interesses da empresa e não

²¹“A Classe trabalhadora, ao fazer crescer a lucratividade da classe capitalista, reduz as possibilidades de obter os meios de vida do conjunto da população trabalhadora, já que, neste mesmo processo em que cria riquezas pra outros, cria também as condições para que se reproduza uma parcela de população excessiva para as necessidades médias do capital, isto é, em proporção à intensidade e extensão do processo de produção” (IAMAMOTO, 1995, p. 59).

²²“A reprodução ampliada do capital supõe a recriação ampliada da classe trabalhadora e do poder da classe capitalista e, portanto, uma reprodução ampliada da pobreza e da riqueza e do antagonismo de interesses que permeia tais relações de classes, o qual se expressa na *luta de classes*” (IAMAMOTO, 1995. p. 66, grifos da autora).

do trabalhador, de realização de contratos de tempo parcial, realização de trabalho por escalas, banco de horas e não pagamento de horas extras, dentre outras formas de precarização da força de trabalho, sendo assim “[...] difundido o trabalho irregular, precário e sem garantias” (VASAPOLLO, 2005, p. 376).

As condições aqui expostas culminam com um processo de esgotamento dos movimentos sindicais e de resistência dos trabalhadores, gerando um enfraquecimento das relações sindicais e de uma identidade de classe destes trabalhadores. Assim,

Cresce o trabalho desprotegido e sem expressão sindical, assim como o desemprego em larga escala. [...] Tais mudanças encontram-se na origem do sofrimento do trabalho e da falta deste, que conduz à ociosidade forçada enormes segmentos de trabalhadores aptos ao trabalho, mas alijados do mercado de trabalho, engrossando a superpopulação relativa para as necessidades médias do capital (IAMAMOTO, 2008, p. 119).

Por assim ser, os representantes do capital efetivam cada vez mais a flexibilização dos direitos, o aumento da extração de sobretrabalho, reforçando as formas de precarização e destruição dos direitos sociais, desmontando direitos e fragmentando cada vez mais o trabalho, sendo necessário buscar maneiras de reforçar as lutas dos trabalhadores, e pensar em uma prática voltada para a totalidade, por fim obtendo a compreensão da realidade concreta, da materialidade histórica, que é dialética, antagônica e contraditória. Dessa forma, percebe-se no cotidiano de atendimento aos usuários nos serviços públicos, que essa realidade também se apresenta, seja na perspectiva de minimização dos serviços, seja nas condições objetivas de trabalho dos profissionais, que culminam na efetivação da fragmentação do trabalho em contraponto à proposta de uma prática interdisciplinar.

1.4 – INTERDISCIPLINARIDADE E TRABALHO

Estudar e discutir interdisciplinaridade não são uma tarefa simples, nem tampouco fácil, afinal trata-se de uma temática que vem sendo desenvolvida há pouco tempo no Brasil, e cada autor traz a discussão a partir da sua perspectiva teórica, portanto é, sim, um grande desafio, pois não é um conceito unívoco.

De modo que, primeiramente far-se-á uma ligação entre a interdisciplinaridade e os interesses do capital, em relação à organização do trabalho. Posteriormente, serão

apresentados conceitos e discussão dentro da perspectiva dialética, identificando de que modo acredita-se que a interdisciplinaridade é importante e faz diferença na organização do trabalho, em especial, no atendimento aos usuários das políticas públicas, neste estudo com ênfase à política pública de saúde mental, especificamente transtorno mental severo e persistente.

Para Pombo (2008), não há estabilidade em relação ao conceito de interdisciplinaridade, mesmo assim, a palavra é muito utilizada e banalizada, sendo empregada em muitos contextos, seja ele epistemológico, nas universidades, pedagógico, nas escolas secundárias; midiáticos, nos meios de comunicação; bem como no contexto empresarial e tecnológico. A palavra interdisciplinaridade parte de uma raiz comum à disciplina, que significa ramos do saber, componente curricular, conjunto de normas e leis, porém adquire, por sua vez, diferentes e grandes significados. “Interdisciplinaridade é uma palavra que persiste, resiste, reaparece. O que significa que nela e por ela algo de importante se procura pensar” (POMBO, 2008, p. 15). Assim, de acordo com a mesma autora, o conceito de interdisciplinaridade sempre vem à tona quando nos confrontamos com os limites do nosso território de conhecimento.

Segundo Follari (2011, p. 124), “a interdisciplina surgiu nos anos setenta como reação do capitalismo diante de seus próprios problemas de legitimação”. Estudantes universitários, no final dos anos sessenta, haviam se tornando um problema por suas atitudes contrárias ao capitalismo, inicialmente na Europa, seguindo também na América Latina.

Estas posições encontravam apoio numa crítica interna do funcionamento da instituição universitária e do lugar do saber no capitalismo. Discutia-se a escisão teoria/prática e a falta de relevância social dos conteúdos curriculares. [...] Daí seguiu-se o recurso à interdisciplina como um dos elementos a serem levados em conta dentro da estratégia traçada (FOLLARI, 2011, p. 125)

Já para Alvarenga et al. (2011), a interdisciplinaridade se apresenta, a partir dos anos 1960 como uma busca de respostas a própria ciência moderna, a qual se caracteriza com limites de conhecimento, com caráter simplificador, dicotomizado e disciplinar, “apontando para a crise do paradigma hegemônico da ciência moderna” (ALVARENGA et al., 2011, p. 22).

Já para Jantsch e Bianchetti (2011), a interdisciplinaridade não pode ser ponderada, separada do modo de produção vigente, levando em consideração que este demanda de uma produção de conhecimento (filosofia e ciência) e tecnologia, para atingir os seus fins.

Igualmente, a interdisciplinaridade necessita ser pensada a partir da historicidade. Portanto, historicamente é possível identificar, “o processo de fragmentação do conhecimento, caminhando lado a lado com o processo de fragmentação do trabalho (especialmente a divisão técnica do trabalho)” (JANTSCH; BIANCHETTI, 2011, p. 173). Assim, ambos os processos se apresentaram, modificando-se e impondo-se historicamente. De tal modo que tanto o taylorismo quanto o fordismo “não são gratuitos e/ou descontextualizados; eles são um modo de viver o trabalho e o conhecimento possível pela materialidade histórica posta/construída” (JANTSCH; BIANCHETTI, 2011, p. 173).

Assim sendo, a própria formação dos trabalhadores, segundo Mueller; Bianchetti e Jantsch (2011), acontece de acordo com o momento histórico, ora se demandou uma formação taylorista, ora se ordena uma formação toyotista. Neste mesmo enfoque, os autores apresentam a discussão da interdisciplinaridade, a qual

passou a ser concebida e veiculada progressivamente como um conceito subsumido pelo capital, visando, em termos de discurso e de prática, demandar da instituição educativa um egresso cada vez mais adequado ao atual mercado capitalista: flexível e adaptável às mudanças do capital. Em síntese: seja na formação ou na atuação, demanda-se um trabalhador “interdisciplinar” (MUELLER; BIANCHETTI; JANTSCH, 2011, p. 184)

Igualmente, em determinado tempo histórico, a formação de trabalhadores solicita trabalhadores especialistas, porém, com as mudanças advindas das próprias crises do capital, o mercado passa a exigir e solicitar um trabalhador com formação mais flexível, que permita acumular funções e tenha habilidades para tais, um trabalhador multifacetado, multifuncional conforme denominado por Antunes. Assim, “[...] **a interdisciplinaridade passou a ser concebida e veiculada, desde o início da década de 1970, como um conceito salvador apropriado e fagocitado pelo capital** [...]” (MUELLER; BIANCHETTI; JANTSCH, 2011, p. 188, grifos do autor).

De acordo com a mesma fonte teórica, o termo acaba por ser utilizado visando a atender os objetivos do capital, dando elasticidade ao mesmo, utilizando-o de forma indiscriminada, de forma simplificada, gerando um esvaziamento do termo. Outrossim, “capacidade de trabalhar em equipe, abertura a trocas, sociabilidade, colaboração, comunicação permanente são, entre outras, características que se prescreve e se espera de quem pretende ingressar no chamado mercado de trabalho” (MUELLER; BIANCHETTI; JANTSCH, 2011, p. 184).

Assim, para Jantsch e Bianchetti (2011, p. 27), sob o mesmo ponto de vista, pressupor que a interdisciplinaridade só se fecunda no trabalho em equipe, formando uma espécie de sujeito coletivo, o qual “[...] é uma mera soma de indivíduos alinhados para um mesmo trabalho, constituindo a tão propalada ‘equipe’ que possibilita qualquer ‘trabalho em parceria’. Trata-se de um pressuposto taylorista-fordista mascarado”. Deste modo, não fugimos dos padrões de organização do trabalho que se colocaram, no mundo capitalista, historicamente, possibilitando-nos a dizer que os modelos de trabalho que temos atualmente estão centrados na “parceria”, o que nos remete ao taylorismo e ao fordismo, já discutidos no início deste estudo.

Assim, Mueller; Bianchetti e Jantsch (2011) trazem que a discussão de ciência, conhecimento e disciplinas, para os empresários, representantes do capital, encontra-se focalizada e tem uma preocupação imbricada à perspectiva instrumental do conhecimento, vinculada, sim, com a força produtiva, e com aquilo que se considera importante para a manutenção da lógica capitalista.²³ No entanto, mesmo nos apresentando esta discussão, os referidos autores não endossam a teorização da interdisciplinaridade voltada à acumulação do capital.

Dando continuidade à discussão, para Jantsch e Bianchetti (2011, p. 174), a historicidade e a natureza dos objetos não permitem reduzir a interdisciplinaridade ao querer, a uma vontade de alguém, pois onde ela se põe, a interdisciplinaridade também se impõe “[...] embora em muitos casos de produção/socialização do conhecimento a interdisciplinaridade, mesmo sendo uma necessidade, não se ponha, seja pela cultura permeada de positivismo ou por outros motivos”.

Jantsch e Bianchetti (2011, p. 176) afirmam que a “interdisciplinaridade exige um refazer, um reconstruir e reestruturar de qualquer instituição universitária”. No entanto, acreditamos que esta condição se coloca também para os demais espaços institucionais, no qual neste estudo, especificamente, trar-se-á para o espaço sócio ocupacional da saúde pública, a organização do trabalho de atendimento a usuários com transtorno mental severo e persistente. Assim, considerando esta uma prática necessária e que precisa ser assumida como prioritária pelos profissionais, conforme colocada também pelos autores, e corroboro com a discussão, esta também apresenta um caráter político.

²³Para maiores informações referentes à formação do trabalhador, interdisciplinaridade e mundo do trabalho ver MUELLER; BIANCHETTI; JANTSCH. Interdisciplinaridade, pesquisa e formação de trabalhadores: as interações entre o mundo do trabalho e da educação. In: JANTSCH, Ari Paulo e BIANCHETTI, Lucídio (orgs.). Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. 9ª ed. Atualizada e ampliada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

E deste modo, concordamos com Frigotto (2008), que apresenta a interdisciplinaridade como uma necessidade, mas também como um problema para as ciências sociais, pois se coloca como um grande desafio. Mas argumentaremos, no decorrer deste estudo, sobre esta conclusão antecipada, a qual se coloca como uma inquietação e angústia profissional e motivo desta investigação.

Retomando a discussão a partir de Jantsch e Bianchetti (2011, p. 176), o interdisciplinar está se colocando na atualidade, “[...] não porque os homens decidiram, mas sim pela pressão, pelas necessidades colocadas pela materialidade do momento histórico. A materialidade histórica exige a presença da ciência e da tecnologia em qualquer espaço de atuação [...]”.

Em concordância com Jantsch e Bianchetti (2011), tanto a fragmentação na organização do trabalho quanto a do conhecimento humano está diretamente equivalente ao modo de produção em vigor. Por isso, acreditamos em uma discussão de interdisciplinaridade a partir da historicidade, da realidade concreta, da materialidade histórica e não as discussões desconexas do real. Dessa forma, quando delimitamos um objeto a ser estudado ou mesmo uma prática a ser atuada, não é possível abdicar das múltiplas determinações e mediações históricas que o constituem. Jantsch e Bianchetti (2011, p. 25) também chamam a atenção para os perigos da fragmentação do conhecimento, pois esta “leva o homem a não ter domínio sobre o próprio conhecimento produzido”.

Logo, para Follari (2011), a interdisciplina apresenta desafios a serem enfrentados, citaremos aqui três deles, primeiro que a disciplina não pode ser negada, ela é indispensável para que a interdisciplinaridade seja rica em determinações. Outro desafio apresentado é

aprender a definir previamente os papéis nos grupos de trabalho para evitar os enormes equívocos derivados da não definição de tais papéis. Uma discussão prévia suficientemente prolongada evitará os erros dos que acham que o interdisciplinar é que todos façam de tudo, ou cada um o papel do outro. Cada detentor de uma profissão deve restringir-se a trazê-la a debate e estar aberto para colocar-se em sintonia com os outros saberes, mas não pode extinguir sua própria especificidade (FOLLARI, 2011, p. 135).

Na visão de Follari (2011), seria ideal, que envolta de um projeto comum, diversas disciplinas se juntassem para construir um avanço, o qual só poderá ser construído por meio da contribuição do conjunto e apego rigoroso em relação à própria disciplina. Também se faz necessário resolver os temas mais proeminentes socialmente no qual “[...] o interdisciplinar possa operar e buscar as vias institucionais para colocá-lo em prática, sem ignorar as

dificuldades, resistências e oposições que se pode esperar em relação às práticas e papéis que se pretende modificar” (FOLLARI, 2011, p. 135-136).

Para Etges (2011), não podemos reduzir interdisciplinaridade a um denominador comum, pois não é isso que se pretende. Ao contrário, busca-se reforçar os princípios da criatividade e da diversidade. Logo,

A interdisciplinaridade não poderá jamais consistir em reduzir as ciências a um denominador comum, [...]. Pelo contrário, deverá ser um mediador que possibilita a compreensão da ciência, além de formas de cooperação a um nível bem mais crítico e criativo entre os cientistas. [...] A interdisciplinaridade é um elemento mediador de comunicação. (ETGES, 2011, p. 83-84)

Portanto, “[...] toda a construção do conhecimento científico interdisciplinar [...] se dá em fases ou momentos, não lineares, sequenciais ou etapistas, da relação do sujeito pesquisador com o objeto” (FARIA, 2015, p. 91), e, de acordo com o mesmo autor, esses momentos podem ser classificados em três categorias: uma aproximação precária do sujeito pesquisador com o objeto (tese); uma aproximação construída (antítese); e por último a apropriação do objeto pela consciência como produção do conhecimento, sendo nesta fase que se realiza uma síntese “das inúmeras contradições do real na forma de um real pensado” (FARIA, 2015, p. 92).

Assim, para Faria (2015, p. 92), “[...] o método de produção do conhecimento tem por fundamento a primazia do real sobre a ideia, entendendo, contudo, que o real para ser apropriado pela consciência necessita da mediação do pensamento [...]”, recusando o empirismo e o idealismo, sendo que esta se realiza por meio de uma “[...] interação dialética, tensionada e dinâmica, marcada pela complexidade e pelas contradições entre o sujeito e o objeto” (FARIA, 2015, p. 92).

Deste modo, ao pensar em um objeto de estudo, concordamos com Faria (2015, p. 93) que os fatos são apresentados dentro de uma concretude, pois, “os fatos precisam ser mediados pela consciência e pela práxis humana para ser apreendidos como tais e não em sua aparência ou superficialidade”. Do mesmo modo, não podemos simplesmente retirar ou escolher um objeto para ser estudado, como se ele estivesse fora da realidade concreta, e depois de estudá-lo, devolver para esta realidade. Assim, “os fatos empíricos devem ser integrados na totalidade ou vão permanecer abstratos, superficiais e teoricamente enganadores” (FARIA, 2015, p. 93).

No entanto, para Faria (2015), o conhecimento é construído, e quanto mais se conhece, mais indagações surgem e as verdades são, constantemente, destruídas e reconstruídas, e o conhecimento ocorre a partir de uma práxis, porém, a verdade nunca é absoluta, “[...] pois ela é sempre referente ao momento e às condições históricas e materiais” (FARIA, 2015, p. 94).

Julgamos que se faz necessário diferenciar interdisciplinaridade dos demais termos com os quais disputa terreno na área das ciências e nas diferentes áreas de atuação profissional, tendo em vista a grande utilização para diversos fins e até a banalização dos termos como já apresentado por Pombo (2008). Assim, Alvarenga et al. (2011) traz a acepção de alguns autores na tentativa de definir o termo interdisciplinaridade em contraponto a outros, como a multidisciplinaridade e a transdisciplinaridade. Portanto, utilizaremos da discussão apresentada pelos autores a partir de Jantsch, por ser esta que mais se aproxima da discussão de interdisciplinaridade que se busca realizar neste estudo. Assim, os termos são definidos de acordo com os diferentes níveis de cooperação entre as disciplinas e os objetivos a que se propõe.

Para os autores, a multidisciplinaridade é entendida como a “variedade de disciplinas que são propostas simultaneamente, mas sem a aparência explícita das relações que podem existir entre elas. [...] Sistema com um só nível e com objetivos múltiplos” (ALVARENGA et al., 2011, p. 39); e, portanto, sem nenhuma cooperação. Pluridisciplinaridade como sendo a “justaposição de disciplinas diversas, situadas geralmente no mesmo nível hierárquico, cujo agrupamento promove o destaque das relações que existem entre elas. [...] Sistema com um só nível e com objetivos múltiplos” (ALVARENGA et al., 2011, p. 39); isto é, existe cooperação, mas sem coordenação. Já a disciplinaridade cruzada é a “axiomática de uma só disciplina imposta a outras do mesmo nível hierárquico, o que cria uma polarização das disciplinas sobre a axiomática própria de uma disciplina. [...] Sistema com um só nível e com um só objetivo” (ALVARENGA et al., 2011, p. 39), ou seja, ditadura de uma disciplina, devido ao controle rigoroso que a mesma impõe. Enquanto que a interdisciplinaridade é

axiomática comum de grupo de disciplinas conexas definida em nível ou subnível hierárquico imediatamente superior, o que introduz uma noção de finalidade [...] Sistema de dois níveis e com objetivos múltiplos, com coordenação procedente do nível superior [...] as disciplinas científicas são então coordenadas por uma axiomática comum, por um ponto de vista ou um objetivo comum. É, portanto, de uma axiomática comum, e não de uma disciplina, a definição dessa coordenação (ALVARENGA et al., 2011, p. 40).

E, por fim, a transdisciplinaridade apresentada como a “coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do aparelho de ensino/ inovação sobre a base de uma axiomática geral introduzida em todos os níveis a partir do nível dos objetivos [...] Sistema com níveis e objetivos múltiplos” (ALVARENGA et al., 2011, p. 40), visando uma finalidade comum dos sistemas pela coordenação. Assim,

Interdisciplinaridade é a resposta à crítica que se faz ao paradigma da ciência moderna, especialmente naquilo que faz emergir um conflito inconciliável entre as áreas do conhecimento. [...] provoca um momento de forte intensidade na produção do conhecimento, pois resulta da interação entre as disciplinas. [...] A concepção que sustenta a noção de interdisciplinaridade é aquela que procura englobar os conhecimentos oriundos das várias áreas das ciências sociais e das humanidades e também das ciências naturais com a finalidade de estudar os fenômenos sociais em seus vários aspectos (FARIA, 2015, p. 106).

A Interdisciplinaridade é vista também como uma maneira alternativa de produzir conhecimento científico, libertando-se das amarras limitadoras do conhecimento disciplinar, o qual é limitado, específico, promovendo e permitindo novas formas de entendimento da realidade, em vista da complexidade do mundo contemporâneo. De tal modo,

a interdisciplinaridade é uma prática que se desenvolve plenamente no campo empírico do processo científico, ou seja, na pesquisa e na formulação da teoria. [...] Se apresenta, então, como um modo de organização e articulação de saberes disciplinares na prática da pesquisa, nutrindo-se delas sem dissolvê-las [...] (FARIA, 2015, p. 106).

Segundo Faria (2015), para conseguir atingir a articulação dos saberes e a compreensão das múltiplas determinações, se faz necessário romper as fronteiras disciplinares, circular entre elas, com a finalidade em torno de um objetivo comum, no entanto, sem aboli-las, mas sim compartilhando saberes das diferentes disciplinas, pois sem o conhecimento próprio de cada, não há possibilidade de uma prática interdisciplinar, afinal a interdisciplinaridade não é a exclusão das disciplinas, mas sim a cooperação entre elas, ou seja, o profissional que se engaja em uma proposta interdisciplinar necessita ter bases sólidas para atingir o fim a que se propõe o trabalho em questão.

A interdisciplinaridade decorre da necessidade de se dar conta de novos problemas, de diferentes naturezas e com níveis de complexidade crescentes, [...]. A natureza complexa, dinâmica e contraditória desses problemas exige não só diálogos entre disciplinas próximas, dentro da mesma área de conhecimento, mas também diálogos entre disciplinas de áreas diferentes,

como uma interação entre os saberes disciplinares, e entre estes e os não disciplinares oriundos da sociedade, das relações de produção das condições materiais de existência e das culturas (FARIA, 2015, p. 107).

Assim sendo, além dos saberes disciplinares, também não se pode deixar de lado a realidade social, as relações sociais, na qual se encontra inserido o objeto em questão, pois se faz necessário pensar o objeto na sua totalidade histórica e material. Assim, “a condição de ‘circular livremente’ entre as fronteiras estabelecidas nas e pelas disciplinas é uma prática interdisciplinar” (FARIA, 2015, p. 107). Deste modo, segundo Faria (2015) ao olhar para um objeto, este irá se apresentar às diferentes disciplinas, com suas determinações sociais, complexidades, contradições, isto é, com suas necessidades, por esse motivo, este objeto não tem disciplina, sendo a partir dele que se constrói o conhecimento.

E assim, ao pensar na organização do trabalho de atendimento a usuários com transtorno mental severo e persistente, é imprescindível fazê-lo a partir das suas condições materiais de produção e de sobrevivência, sua realidade familiar, socioeconômica e de saúde. De tal modo, espera-se que as diferentes disciplinas os tratem nessa concretude, percebendo-o no seu todo, nas determinações que se manifestam no seu cotidiano, que não são somente específicas da sua condição de não saúde, deslocadas do real, mas sim resultam de uma realidade social que é antagônica, contraditória, e das condições sociais que permeiam a mesma. Sendo, portanto, imperativa uma prática interdisciplinar para dar conta dessa realidade complexa, sendo indispensável ainda as condições de trabalho para tal prática. Dessa forma, é importante frisar que todas estas determinações do real estão presentes em um objeto de estudo, assim se o olhar for

disciplinar separa cada parte do problema conforme a disciplina. O multidisciplinar e o pluridisciplinar colocam cada parte do problema lado a lado para, a partir de uma discussão, poder agrupar as diversas concepções. O interdisciplinar considera que a compreensão do objeto demanda os olhares de todas as disciplinas simultaneamente, pois entende que todas se relacionam, ou seja, que são aspectos de um mesmo fenômeno. [...] A interdisciplinaridade, portanto, procura produzir, como síntese de suas práticas, um conhecimento comum a todas as disciplinas, porém que ultrapasse as contribuições de cada uma delas (FARIA, 2015, p. 109-110)

Sendo, portanto, um grande desafio realizar uma prática interdisciplinar, pois a mesma não se apresenta de maneira pronta e acabada, é um processo contínuo, lento e permanente de aprendizagem, pois não é uma simples aproximação de disciplinas, mas uma construção também permanente e contínua e, acreditamos, com diversas e diferentes barreiras

a serem superadas, respeitando, assim, as diferenças, “[...] a interdisciplinaridade deve contemplar a diversidade para obter a unidade” (FARIA, 2015, p. 134).

Raynaut (2011) também traz que a prática interdisciplinar continua sendo um desafio a ser superado, é a arte de dialogar entre as disciplinas, porém tendo sempre convictos os limites que se colocam entre elas, implicando respeito ao saber das demais, e acrescenta também que “a interdisciplinaridade não é decretada, ela se constrói. [...] Ela parte necessariamente da consciência viva, em cada um, dos limites da sua própria disciplina e dos desafios a serem superados para responder à complexidade do mundo atual” (RAYNAUT, 2011, p. 102-104).

Frigotto (2008, p. 43) também nos apresenta a interdisciplinaridade como sendo uma necessidade e um problema para as ciências sociais. Assim, traz que este caráter de necessidade não é uma arbitrariedade e uma abstração, mas sim provem da maneira do “[...] homem produzir-se enquanto ser social e enquanto sujeito e objeto do conhecimento social.” Dessa forma, “[...] Não é o *agir que decorre do ser*, mas é o *modo de ser que decorre do agir*. É a ação que delinea, circunscreve e determina a essência dos homens. É na e pela prática que as coisas humanas efetivamente acontecem, que a história se faz” (SEVERINO, 2011, p. 140, grifos do autor). Frigotto (2008) adiciona que o homem na busca de satisfazer as suas necessidades, estabelece as relações sociais.

Severino (2011, p. 140) contribui com esse debate afirmando que “a prática produtiva dos homens não se dá como trabalho individual”, mas sim, é expressão necessária de um sujeito coletivo, o que ocorre como resultado de tecido social, constituído a partir de todas as relações sociais.

Assim, “a necessidade da interdisciplinaridade na produção do conhecimento funda-se no caráter dialético da realidade social [...]” (FRIGOTTO, 2008, p. 43), ao pensar no nosso problema a ser investigado – em conformidade com o autor –, as múltiplas determinações que o constituem – mesmo ele estando delimitado – encontram-se inseridas numa realidade social adversa, contraditória e antagônica. Este se apresenta materializado no tecido da totalidade, no qual faz parte indissociável, bem como buscando conhecer e identificar as múltiplas determinações históricas que permeiam o objeto estudado, remetendo-nos à materialidade histórica.

Inesperadamente, aspectos que são apresentados como necessidade da interdisciplinaridade, de certa forma, igualmente se definem como problema. Para Frigotto (2008), pode se apresentar como um problema devido aos limites do sujeito em relação à construção do conhecimento de determinada realidade, bem como pela sua complexidade e

seu caráter histórico. Os limites do sujeito tanto podem se apresentar na formação (diferentes concepções teóricas e ideológicas), quanto nos traços culturais. Ainda, as determinações histórico-materiais e culturais são as que mais impõem limites, pois os seres humanos são resultantes das relações sociais. “Isto porque é nesta materialidade que imperativamente se produz o ser social. E é nesta materialidade (sempre histórica e social) que os homens produzem as ideias, teorias e concepções” (FRIGOTTO, 2008, p. 49).

Frigotto (2008) aponta vários desafios que permeiam o plano prático, os processos de pesquisa e pedagógicos para um trabalho interdisciplinar, trazendo o

inventário crítico da matriz cultural e intelectual dominante em nossa sociedade [...] cultura que escamoteia sistematicamente o conflito, e as crises, embora a sociedade viva em profundo conflito e crise. Dilui-se o conflito capital-trabalho mediante estratégias paternalistas. Minimiza-se a desigualdade social e a profunda discriminação racial. Faz-se apologia ao consenso, à conciliação e à harmonia.

Frigotto (2008) também apresenta como limite, a dominância de uma formação fragmentária positivista e metafísica e das condições de trabalho (divisão e organização) ao qual se encontra submetido o educador. O autor está tratando aqui do educador, mas gostaríamos de trazer este mesmo limite para o campo sócio-ocupacional ao qual este estudo será realizado. Traz também o especialismo na formação e o pragmatismo e ativismo, os quais vêm se colocando enquanto obstáculos para um trabalho interdisciplinar. Adicionaríamos ainda as relações de produção e reprodução da vida social, as determinações culturais, sociais e ontológicas do ser social e para tanto, utilizaremos de Marx para reforçar este entendimento, com a seguinte afirmativa “o modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina a sua consciência” (MARX, 2008, p. 47).

Para Severino (2011), o saber ao se propor a desvendar os nexos lógicos do real e os nexos políticos do social, está utilizando o primeiro enquanto instrumento do fazer, e o segundo, enquanto instrumento do poder.

Por isso mesmo o saber não pode se exercer perdendo de vista esta sua complexidade: só pode mesmo exercer-se interdisciplinarmente. Ser interdisciplinar, para o saber, é uma exigência intrínseca, não uma circunstância aleatória. Com efeito, pode constatar que a prática interdisciplinar do saber é a face subjetiva da coletividade política dos sujeitos. Em todas as esferas de sua prática, os homens atuam como sujeitos coletivos. [...] Com efeito, o saber é resultante de uma construção histórica, realizada por um sujeito coletivo. [...] Tanto quanto o agir, também o saber

não pode se dar na fragmentação: precisa acontecer sob a perspectiva da totalidade (SEVERINO, 2011, p. 151-152).

Desta forma, podemos considerar, segundo o autor e concordamos com ele, que a interdisciplinaridade é ainda condição da prática social, isto é da práxis, a qual é concebida, para Pinto (2011), enquanto um intercâmbio do homem e a natureza, por intermédio das relações estabelecidas, sendo que seu alicerce é o trabalho, enquanto as respostas às suas necessidades de subsistência, como já tratadas neste estudo, mas para tanto institui relações sociais organizadas, com um fim determinado. “A práxis é uma atividade racional, mas que não se baseia na depuração da ‘razão’ ou no aperfeiçoamento de um saber como pura cognição subjetiva” (PINTO, 2011, p. 214).

Afinal, para que a práxis aconteça, em uma perspectiva de prática interdisciplinar, é essencial uma conversação legítima, intensa, inesgotável entre as disciplinas, entre profissionais, sendo uma troca, um envolvimento, uma sociabilidade, um imbricamento entre os sujeitos envolvidos em prol de uma mesma situação, de um objeto de pesquisa e de uma ação a ser desvelada, desmistificada, pesquisada, ou ainda de uma ação interventiva.

Portanto, ao se pensar se há uma prática interdisciplinar de atendimento aos usuários com transtorno mental severo e persistente do CAPS de Foz do Iguaçu, fazia-se necessário primeiramente conhecer as formas de organização do trabalho, para assim analisar de que maneira são constituídos os serviços da política de saúde, se estes serviços são estabelecidos pensando em uma perspectiva de totalidade ou fragmentados, mesmo que a resposta já se conheça, pois as políticas sociais públicas vêm se organizando em nosso país de forma pontual, fragmentada, segmentada, desarticulada com as demais políticas. Dentro dos próprios serviços de saúde, podemos perceber essa realidade, quando os próprios serviços de atenção básica e especializada não conseguem trabalhar de forma articulada. Nesse sentido, não estamos nem nos referindo aqui à interdisciplinaridade, mas sim em articulação entre os serviços.

E como já citado neste estudo, a organização do trabalho colocada pelo modo de produção capitalista e pelo ideário neoliberal – incorporado no Brasil, de forma avassaladora a partir dos anos 1990 – fragmenta ainda mais as relações de trabalho do que já se havia fragmentado até então, dificultando, muitas vezes, que propostas de trabalhos interdisciplinares, mesmo com proposituras legais, consigam ser implementados na prática cotidiana dos profissionais, seja pela forma que os serviços são organizados, seja pelas condições de trabalho que permeiam os espaços sócio ocupacionais, seja pela própria

concepção dos profissionais, que ainda continuam com formações especialistas e fragmentadas, impostas pelo próprio modelo que se apresenta de formação profissional disciplinar.

No entanto, ao pensar no usuário dos serviços, estes precisam ser compreendidos e tratados na sua totalidade, pensando-o a partir da sua realidade concreta, da sua historicidade, dos seus aspectos culturais, sociais, econômicos, das condições e situações advindas do ambiente familiar – quando estes a têm – para não, entre outras situações, culpabilizá-los pela sua condição, de modo a excluí-los. Neste aspecto, percebemos como de total importância uma prática interdisciplinar dos profissionais para que estes consigam apreender o usuário na sua totalidade e, assim, possibilitar avanços na atenção à saúde e concebê-lo na sua condição de sujeito de direitos.

Na sequência, iremos nos aproximar da política de saúde a partir do movimento de reforma sanitária, bem como da política de saúde mental, através desta mesma conjuntura histórica e ainda incluindo o movimento de reforma psiquiátrica, o qual teve por finalidade inicial a desinstitucionalização dos sujeitos com transtorno mental dos denominados hospícios, manicômios ou condições asilares, propondo-se serviços por intermédio de uma rede de atenção ambulatorial. Constituindo desta proposta os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, o qual é o nosso local de estudo. Também perpassaremos a discussão pelos desmanches ocorridos na política de saúde a partir dos anos 1990, com a contrarreforma do Estado, e ainda trataremos do cenário da política de saúde mental na contemporaneidade, em especial a partir da aprovação da Lei Federal n.º 10.216 de 2001 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em dezembro do mesmo ano.

2 POLÍTICA DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Neste capítulo, nos propomos a realizar uma apresentação da política social de saúde e da reforma psiquiátrica, a partir do processo de abertura política brasileira, isto é, década de 1980, por ser este o momento no qual se coloca em cena os movimentos em prol da redemocratização do país e das políticas públicas de Seguridade Social. Iniciamos, portanto, a discussão em torno da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, sendo por intermédio da segunda que são instituídos os serviços de atendimento aos usuários com transtorno mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em âmbito local, e a proposta de um trabalho interdisciplinar que teve sua propositura na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001.

Assim, de acordo com Vianna (2002, p. 1), a política social é uma modalidade de Política Pública, e como ação de governo, se apresenta com objetivos específicos. “[...] é importante considerar seu caráter político, e, portanto circunstancial, o que equivale a dizer historicamente inteligível. Como política pública, portanto, a política social deve ser entendida em sua dimensão política e histórica”.

Para Behring e Boschetti (2007), as políticas sociais são respostas às expressões da “Questão Social”, e tem sua maior incidência, no Brasil, no pós-segunda guerra mundial, por ser este um período de longa depressão, sendo nestes momentos históricos que as políticas sociais têm seu apogeu. Assim:

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p 51).

Ademais, o modelo de proteção social adotado no Brasil, como resposta do Estado às expressões da “questão social”, tem sua intervenção iniciada, mais precisamente, a partir da década de 1930, momento em que emerge no cenário brasileiro o processo de industrialização e, simultaneamente, as primeiras reivindicações da classe trabalhadora. Sendo neste período que “o Brasil passou a adquirir um novo desenho econômico, político e social [...]. O Estado assumiu, como núcleo centralizador e responsável direto, o papel de organizador da sociedade” (BATISTA, 2014, p. 76). No entanto, o modelo de proteção social é organizado de forma dual, isto é, de um lado, o modelo assistencial, para os mais pobres, vulneráveis, em

caráter emergencial, aos trabalhadores sem vínculos formais trabalhistas, no que se refere à saúde, atendimentos realizados nas Santas Casas de Misericórdia. De outro lado, o modelo de seguro social²⁴, aos trabalhadores com vínculos formais contratuais e seus dependentes legais, uma cidadania regulada pela condição de trabalho.

Deste modo, a organização em torno da proteção social no Brasil persistiu com esta abordagem até a década de 1980, tendo sido nesse momento que aconteceram movimentos sociais²⁵ em torno da abertura política do país, pelas Diretas Já e fim da ditadura militar que havia se instalado no Brasil em 1964, e conseqüentemente por direitos sociais amplos e universais, os quais têm sua aprovação e promulgação na Constituição Federal de 1988. Assim, com a promulgação da Constituição Cidadã, como ficou conhecida a Constituição Federal de 1988, a concepção de Seguridade Social, inserida no capítulo “Da Ordem Social”, composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social, representa um dos maiores progressos no que se refere à proteção social, enquanto resposta às reivindicações históricas dos movimentos de resistência dos trabalhadores, entre estes movimentos estavam o movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

Então, no que tange as propostas da Reforma Sanitária, podemos destacar como principal,

[...] a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2010, p. 19).

²⁴“Modelo bismarckiano de seguro social é o sistema implementado por Bismarck na Alemanha no final do século XIX que introduziu caixas estatais, em geral regionalizadas com controle central, de seguro saúde, de seguro velhice e de seguro acidente com contribuições compulsórias.” (FALEIROS, 2000, p. 44). Assim, a partir da década de 1930, o Brasil adotou este modelo para as políticas sociais e após a aprovação da Constituição Federal, o manteve na política de Previdência Social. “A política social de Bismarck tinha por objetivo o enfrentamento do movimento operário e conformava uma proposta intencional de organização do universo do trabalho – o corporativismo submetido ao Estado – e de controle social” (Vianna, 2002, p. 4)

²⁵“Movimentos sociais são ações sociopolíticas construídas por atores sociais coletivos pertencentes a diferentes classes e camadas sociais, articuladas em certos cenários da conjuntura socioeconômica e política de um país, criando um campo político de força social na sociedade civil. As ações se estruturam a partir de repertórios criados sobre temas e problemas em conflitos, litígios e disputas vivenciados pelo grupo na sociedade. As ações desenvolvem um processo social e político-cultural que cria uma identidade coletiva para o movimento, a partir dos interesses em comum. [...] Os movimentos geram uma série de inovações nas esferas pública (estatal e não estatal) e privada; participam direta ou indiretamente da luta política de um país, e contribuem para o desenvolvimento e a transformação da sociedade civil e política” (GOHN, 2006, p. 251).

No entanto, movimentos contrários a essa defesa – da política de saúde universal, como das demais políticas sociais, com ganhos reais aos movimentos sociais e a classe trabalhadora – começam a se organizar, devido à sua insatisfação com a aprovação de direitos sociais, que demonstrava riscos ao projeto hegemônico da burguesia. Assim, as eleições presidenciais, a primeira após a ditadura militar, têm dois candidatos com representações expressivas, de um lado Luís Inácio Lula da Silva, representante da classe operária e de outro Fernando Collor de Mello, representante da burguesia, sendo o segundo eleito.

Com a entrada de Collor, o modelo nacional-desenvolvimentista, implementado na década de 1930, cede o seu lugar para o receituário neoliberal que estava em curso nos países centrais e periféricos. Assim, com a derrota de Lula nas urnas, “[...] o quadro objetivo e subjetivo de resistência ao receituário neoliberal perdeu consistência [...]” (BATISTA, 2014, p. 90). O Presidente eleito inicia seus projetos de reforma, com altas taxas inflacionárias, um forte esquema de corrupção, levando-o à sua destituição por intermédio de um *impeachment* realizado pelo Congresso Nacional em 1992, assumindo o seu vice, Itamar Franco (FALEIROS, 2000).

Assim, na década de 1990, se apresenta de modo intenso um processo de reforma ou contrarreforma do Estado, implantado efetivamente a partir do Governo de Fernando Henrique Cardoso, através do Ministério de Administração e Reforma do Estado projeto (MARE), no entanto, estas reformas perduram até os dias atuais, sendo esta uma luta permanente entre movimentos opostos. Para Batista (2014, p. 92), Collor, ao assumir a presidência, faz da classe trabalhadora seu alvo de ações negadoras, em especial, ao atacar a “[...] organização da classe trabalhadora, buscando efetivar, com qualidade, os propósitos fascistas intrínsecos ao receituário neoliberal”. Itamar e FHC mantêm a mesma prática, atacando a organização da classe trabalhadora e procurando concretizar os propósitos neoliberais. De tal modo,

No Brasil, conquistar, manter e ampliar direitos tem sido uma batalha constante, cujos resultados são ínfimos. O que é pior: em alguns momentos, ocorreram retrocessos nos avanços já materializados. O esvaziamento da Constituição de 1988 é um exemplo palpável da prática realizada pelos intelectuais a serviço da medíocre e violenta elite brasileira (BATISTA, 2014, p. 75).

Assim, a política de saúde, apesar de ter conseguido algumas inovações, encontra-se muito aquém da proposição constitucional, havendo uma enorme distância a ser percorrida entre a proposta e a efetivação desta política.

No que tange à Reforma Psiquiátrica, movimento este que aconteceu concomitantemente ao da Reforma Sanitária, como um desdobramento deste, tem como proposta inicial a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, denominados de hospícios ou manicômios, transitando para um modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais por meio de uma rede de atenção ambulatorial, entre as quais os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), local da realização da pesquisa empírica deste estudo.

2.1 – PROCESSO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

De acordo com Bravo (2000), a Política de Saúde formulada no período pós-segunda guerra mundial era de caráter nacional e organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. As principais alternativas adotadas para a saúde pública neste período inicial foram com enfoque em campanhas sanitárias, coordenação dos serviços estaduais de saúde, interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, criação de serviços de combate às endemias e reorganização do Departamento Nacional de Saúde. A medicina previdenciária tem início com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com a pretensão de estender seus benefícios para um número maior de assalariados, porém, como forma de “antecipar as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla” (BRAVO, 2000, p.106), baseada no modelo bismarckiano de proteção social.

Bravo (2000) e Behring e Boschetti (2007) retratam que durante o período da ditadura militar o processo em face da questão social, por parte do Estado, se dá por intermédio de práticas de repressão e assistência, tendo em vista manter sob controle as forças do trabalho que despontavam. Neste período, há um acréscimo das políticas sociais, na qual se amplia e burocratiza a política assistencial, para aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizando as tensões sociais da época para que o regime se legitimasse, além de servir também como mecanismo de acumulação do capital.

No que refere à política de saúde, neste período os programas desenvolveram-se privilegiando o setor privado, assumindo as características capitalistas, implantando, no período, o modelo de privilegiamento do produtor privado. Configurando, desta forma, “[...] um sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 137).

Em linhas gerais, para Faleiros (2000), o período da ditadura militar foi caracterizado por forte censura, prisões, torturas, repressão violenta, ausência de eleições, mortes, desaparecidos, exilados. Behring e Boschetti (2007) acrescentam que a partir de 1974 começam a aparecer os sinais de esgotamento do projeto do regime militar, em função, principalmente, dos impactos da economia internacional, e por assim ser, os anos seguintes serão marcados pela abertura lenta e gradual do regime, num processo de transição para a democracia.

Bravo (1996) retrata que com a crise do “*milagre econômico brasileiro*”, que começa a ser demonstrada a partir dos anos de 1974 e as implicações acarretadas à população, coloca-se em cena a emergência de forças sociais em prol da redemocratização do país, entre estas, conforme Faleiros (2000) e Bravo (1996), o sindicalismo operário, especialmente os sindicalistas do ABC Paulista, os quais se manifestaram contrários ao regime por intermédio de greves, categorias profissionais, intelectuais, trabalhadores rurais, parcela da igreja que questionavam a repressão, também empresários que estavam insatisfeitos, e ainda neste período foi fundado o Partido dos Trabalhadores (PT) em 1980.

Dentre as *principais questões identificadas no período*, ressalta-se o aprofundamento da dívida externa, a elevação da taxa inflacionária, a recessão econômica, que tornou aguda a situação de desemprego e ampliou o processo de pauperização das classes trabalhadoras, com o crescimento da mortalidade infantil e da morbidade por doenças infecciosas. O avultamento dessas questões gerou tensões sociais e violência urbana dificilmente controláveis pelo sistema, o qual teve de enfrentar também déficits no orçamento público (BRAVO, 1996, p. 34, grifos da autora).

Dentre os movimentos políticos oriundos deste período, temos: o movimento da anistia; o estudantil; o contra o custo de vida; e o da classe operária, com grande visibilidade social e política. Segundo Bravo (1996), ainda o movimento feminista; dos negros; da questão urbana dos setores populares; em defesa da ecologia. Contudo, neste estudo, os com vinculação mais direta são o Movimento da Reforma Sanitária e o Movimento da Reforma Psiquiátrica. No entanto, ressaltamos que os resultados advindos destes movimentos somente se apresentaram enquanto conquistas democráticas, em função das lutas sociais e políticas, por estarem atrelados aos demais movimentos pela abertura política do país da década de 1980, que culminou com a aprovação da Constituição Federal de 1988.

Deste modo, Paim (2009, p. 31) apresenta que a Reforma Sanitária nasce como uma ideia, um pensamento inicial que se vinculava “[...] de um lado à crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva e, de outro, à busca de alternativas para a crise

da saúde durante o autoritarismo”. Bravo (1996) afirma que o movimento sanitário tem seu início em meados da década de 1970, através da organização dos setores progressistas de profissionais da saúde pública, e se orientaram pelos seguintes princípios:

um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos; um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde doença; um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação (FLEURY, 2009, p. 748).

Assim, este movimento se constituiu no princípio por um conjunto de intelectuais e técnicos, porém ao longo dos anos recebeu o reforço e a contribuição das lutas dos diferentes e diversos setores da sociedade civil, que tinham naquele momento uma finalidade em comum, que era a redemocratização do país e a luta pela concepção de políticas sociais amplas e universais, de proteção social e, entre estas, a saúde. Paim (2009) informa que o Processo de Reforma Sanitária nasce como movimento em prol da mesma, e a partir da aprovação na VIII Conferência Nacional de Saúde, este passa a ser um Projeto. Igualmente, Fleury (2009, p. 747) conta que “a construção do projeto da reforma sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde”, e deste modo, segundo a mesma autora, este movimento vai se constituindo e se organizando através de diferentes locais, como, “a universidade, os sindicatos de profissionais de saúde, os movimentos populares, o Congresso Nacional, em torno de uma proposta comum. A saúde passa a ser vista como um objeto concreto e complexo, síntese de múltiplas determinações” (FLEURY, 2009, p. 747).

Ao mesmo tempo, a saúde na década de 1980, para Bravo (1996), passa a contar com a participação de novos sujeitos na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para este setor, deixando de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política. A autora destaca nesta conjuntura,

[...] os profissionais da saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno dos temas *Saúde e Democracia* e de elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar a temática nos seus programas e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor, além

dos movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 1996, p. 61-62, grifos da autora).

E de tal modo, a luta pela Reforma Sanitária vai se consolidando, ampliando-se e “[...] se insere no quadro geral da luta de classes²⁶ no país e só pode ser efetivada em um Estado democrático [...]” (BRAVO, 1996, p. 16). Portanto, depois de acontecidas outras Conferências Nacionais de Saúde, a VII Conferência, ocorrida em março de 1980, foi um passo importante para o movimento, porém, para Bravo (1996), o marco fundamental para a discussão da Saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília (DF), com a participação de aproximadamente 4.500 pessoas, dentre elas, mil delegados. “[...] Os setores empresariais da saúde não participaram, em protesto contra o princípio da conferência, que fundamentou no conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado [...]” (BRAVO, 1996, p. 77). Este evento político representou um marco histórico para a política de saúde e para a sociedade.

A saúde a partir de então, passa a ser considerada mais ampla e abrangente, como

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 4).

Portanto, o projeto de Reforma Sanitária, aprovado na VIII Conferência e que consta em seu relatório final, é resultante de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados aos movimentos populares, representados através dos delegados, e conforme consta na introdução do próprio Relatório final da conferência, este não foi um processo simples e fácil, houve embates, debates, discussões e conflitos para a aprovação da proposta de projeto de Reforma Sanitária, especialmente no que tange a separação da saúde da previdência, a estatização e responsabilização do Estado, a origem do financiamento da mesma, entre outros. Importante enfatizar que a luta pela saúde foi intensa, na qual se presenciou e deparou-se com “fortes interesses econômicos do setor privado, a exemplo da

²⁶“A luta de classes possui um componente político, ideológico, cultural, possui formas de embate social (barricadas, greves, manifestações públicas, revoluções etc.)” (LESSA, 2000, p. 27)

Federação Brasileira dos Hospitais e da indústria farmacêutica, que conseguiram [...] assegurar sua participação no SUS, com acesso, portanto, aos recursos públicos” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 145).

Outrossim, uma das principais estratégias do movimento da Reforma Sanitária foi a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), com expansão e fortalecimento do setor estatal, nos três níveis de governo. Entretanto, segundo Paim (2009), a proposição do SUS já vinha sendo discutida desde 1979, mas retomada e ampliada na VIII Conferência. Assim,

O conceito de saúde e a necessidade de reestruturação do setor com a criação do Sistema Único de Saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional separando saúde de previdência, com estatização progressiva através de uma ampla Reforma Sanitária, foram avanços na perspectiva de acumular forças para a efetivação da reforma (BRAVO, 1996, p.77).

Apesar disso, para que as discussões e aprovações realizadas nesta conferência, considerada, segundo Bravo (1996), como pré-constituente em relação à área da saúde, se concretizassem era necessário garantir as propostas e conteúdo da mesma no texto constituinte. Assim, posteriormente à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, segundo Paim (2009), ocorreu a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), sistemas de transição para o SUS, e foi instalada uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e o desenvolvimento dos trabalhos da Assembleia Constituinte. Também em decorrência da conferência, houve desdobramentos e a realização de outras conferências de temas específicos, no qual destacamos a Conferência de Saúde Mental.

Deste modo, baseando-se em Behring e Boschetti (2007) e Fleury (2009), podemos refletir que, no Brasil, foi somente a partir da aprovação e promulgação da Constituição Federal de 1988 que passou a haver uma perspectiva de constituição de um padrão público universal de proteção social,

[...] para a implementação dos direitos sociais, conforme estabelecido no artigo 6º da Constituição Federal. Este institui como direitos a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência social (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 156).

Assim, esta aprovação representou, no aspecto legal, o compromisso de afirmativa e alargamento dos direitos sociais em contraponto à grave crise que se alastrava em todo o país, bem como as demandas de altos índices de desigualdade social como legado da formação

sócio histórica do Brasil, das tradições políticas, econômicas e culturais em vigência até esta década.

Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social, busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos (FLEURY, 2009, p.745)

Di Giovanni (1998) diz que toda sociedade criou de alguma forma sistemas de proteção social, em graus diferenciados, seja no âmbito da própria família, comunitário, institucional ou estatal. Refere-se, assim, às formas que as sociedades se encontram e se desenvolvem, pois há graus de institucionalização diferentes entre os grupos, e ainda leva em consideração os aspectos sociais, históricos e culturais da sociedade. Esses sistemas decorrem de

certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio e as privações. Incluo neste conceito, também tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto de bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas, na vida social. Incluo, ainda, os princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades. Isto significa que as sociedades sempre alocaram recursos e esforços em suas atividades de proteção social (DI GIOVANNI, 1998, s/p).

Assim, enquanto resultado deste processo de aprovação da Constituição Federal, a saúde separa-se da condição previdenciária, rompendo com a lógica do seguro social atrelado à contribuição prévia, como era o caso da política de saúde que estava em vigência até então. Assim, a Saúde, a Previdência Social e a Assistência Social, juntas, constituem o tripé da Seguridade Social brasileira²⁷, na qual a previdência social continua com seu caráter contributivo, de seguro social – somente tem acesso aquele que dela contribui. A saúde passa a ser universal, direito de todos e dever do Estado, não contributiva. E a assistência social fica caracterizada para aquele que dela necessitar, não contributiva, resultando num modelo de Seguridade Social que mistura o contributivo e não contributivo, num *mix* de proteção social, ou como denominou Vianna (1998) de modelo americanizado (perverso) do sistema de Seguridade Social. Assim,

²⁷“A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, Art. 194 da Constituição Federal de 1988).

Parte-se da concepção de que as Políticas de Seguridade Social são concebidas na ordem capitalista como o resultado de disputas políticas e, nessa arena de conflitos, as políticas sociais, resultantes das lutas e conquistas das classes trabalhadoras, assumem caráter contraditório, podendo incorporar as demandas do trabalho e impor limites, ainda que parciais, à economia política do capital. Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo (CFESS, 2010, p. 18).

E, para nortear a viabilização do direito à saúde, foram aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/90 e Lei complementar nº 8.142/90, bem como as Normas Operacionais Básicas e resoluções afins. Destacam-se como fundamentos da proposta de Reforma Sanitária:

[...] a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações (CFESS, 2010, p. 19).

Assim sendo, para Bravo (1996), o texto constitucional, com relação à Saúde, atende grande parte das reivindicações do movimento sanitário, prejudicando interesses empresariais do setor hospitalar e não alterando a situação da indústria farmacêutica, no entanto, “[...] apesar das conquistas alcançadas no texto constitucional, enfrenta difíceis tarefas para a viabilização da reforma sanitária no Brasil” (BRAVO, 1996, p. 82). Ou seja, em âmbito nacional e local, mesmo com a aprovação da legislação, os defensores da reforma sanitária, enfrentam ainda hoje muitas dificuldades para se colocar em prática as ações defendidas e garantidas na Constituição Federal e legislações da política de saúde. Reforça também que a universalidade do direito tem provocado resistência dos formuladores do projeto de saúde voltada para o mercado, por este ter como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, ou seja, opostas às concepções coletivas e universais do projeto de Reforma Sanitária. De tal modo,

[...] já havia algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular diante da ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988 (BRAVO, 2000, p. 111).

Já na década de 1990, apesar dos avanços trazidos pela constituição, podemos visualizar o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pelo Neoliberalismo, “[...] de forma que o conceito retardatário, híbrido, distorcido ou inconcluso de seguridade social brasileiro [...] encontrou dificuldades antigas e novas ainda maiores para se consolidar” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 158).

Ao mesmo tempo, presenciamos desde a sua aprovação até os dias atuais, que a política de saúde vem se consolidando, com parcos investimentos, com declínios e ganhos a depender do resultado da “queda de braços” da luta de classes que é constante no que tange a efetivação desta política. Temos uma taxa tributária, na qual, enquanto usuários dos serviços de saúde, já “pagamos” pelos serviços, no entanto, na visão dos representantes do capital e do mercado financeiro que estão em busca dos chamados superlucros, estes buscam novamente cobrar pelos serviços, incentivando que a saúde seja paga e de responsabilidade do mercado, e propondo-se uma política pobre aos pobres e uma política de mercado àqueles que podem pagar por ela.

O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham direito; o sistema de imunização e de vigilância epidemiológica e sanitária; os progressos na alta complexidade, como os transplantes, entre outros (CFESS, 2010, p. 22)

No entanto, para os sanitaristas e demais movimentos organizados em torno de uma política de saúde universal para todos, mesmo com as garantias legais instituídas através da Constituição Federal e legislações afins – que foram conquistadas através de uma luta árdua pela Reforma Sanitária –, nos deparamos, desde a sua aprovação, com reformas e dismantelamentos dessa política, porém não é admissível conceber que a prática de desmonte das políticas de saúde, pública e universal, permaneça, sendo necessário combater e romper com este desmonte, que se apresenta nos dias atuais de forma tão intensa e perversa, concordando com Vianna (1998). Por isso, essa é uma luta permanente e contínua.

2.2 – CONTRARREFORMA DE ESTADO: DESMANTELAMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE

No Brasil, o ajuste estrutural do Estado, ocorrido a partir dos anos 1990, pauta-se num processo que foi denominado de contrarreforma do Estado brasileiro, que vem arrebatando de forma perversa os direitos sociais como um todo, assumindo uma perspectiva neoliberal, combinada com a ideologia e política dominantes, contrariando as prerrogativas instituídas pela Constituição Federal. Direitos estes que foram conquistados pelo movimento em prol da abertura democrática do Estado brasileiro, portanto, neste estudo, trataremos de forma sucinta os impactos que atingiram diretamente a política de saúde.

O projeto de reforma sanitária, aprovado recentemente, na VIII Conferência Nacional de Saúde, fica praticamente esquecido e o projeto privatista de saúde, se recoloca na cena política e conseqüentemente vem conquistando hegemonia. Nele se insere as propostas de cunho neoliberal, que se assemelham às propostas do Banco Mundial e do grande capital.

A política neoliberal recrudescer a estrutura histórica da sociedade brasileira, centrada no espaço privado e na divisão social sob a forma da carência popular e do privilégio dos dominantes, pois a nova forma do capitalismo favorece três aspectos de reforço dos privilégios: 1) a destinação preferencial e prioritária dos fundos públicos para financiar os investimentos do capital; 2) a privatização como transferência aos próprios grupos oligopólicos dos antigos mecanismos estatais de proteção dos oligopólios, com a ajuda substantiva do fundo público; 3) a transformação de direitos sociais (como educação, saúde e habitação) em serviços privados adquiridos no mercado e submetidos à sua lógica. No caso do Brasil, o neoliberalismo significa levar ao extremo nossa forma social (...) (Chauí, 2000, p. 99).

Deste modo, a área social – com enfoque neste estudo, na política de saúde – vai sofrer diretamente os impactos acometidos pela situação de desmonte das políticas sociais em detrimento das políticas econômicas impostas pelo ajuste neoliberal, com conseqüências e, segundo Soares (2001, p. 45), limitações que “[...] tem gerado grandes iniquidades, aprofundando ainda mais o quadro de desigualdade social” tanto para a federação e especialmente aos municípios, por não ter condições de respostas às demandas sociais crescentes de saúde que se colocam. Dessa forma,

As políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional/estadual, caindo numa visão focalista onde o local é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais "eficientes" e acordes às necessidades da

população (não por acaso reduzida hoje a "comunidade"). Retrocedemos a uma visão "comunitária" onde as pessoas e as famílias passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem estar. Por trás de um falso e importado conceito de "*empowerment*" está o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma estão na mais absoluta pobreza (SOARES, 2001, p. 45-46).

Conforme Soares (2001), as reformas constitucionais vêm sendo discutidas, desde o início dos anos 1990, porém, é no governo de Fernando Henrique Cardoso – FHC que este projeto de Reforma do Estado se materializa, com a criação de um Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), que elabora o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, em 1995, e a partir deste os demais documentos são gerados. Sendo, portanto, colocada como procedência da gravidade da crise fiscal e da inflação a presença do Estado no setor produtivo. “[...] Dessa forma, a Reforma do Estado passa a ser apenas um instrumento para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia” (SOARES, 2001, p. 47).

Soares (2001) informa ainda que para o MARE, os aspectos que levaram à crise são fiscais, compreendidos como perda de "poupança" pública, apontados principalmente pelos gastos oriundos da área social; sendo aspecto da crise o esgotamento da "estratégia estatizante" de intervenção do Estado e, por fim, a forma "burocrática" de administrar o Estado. Para solucionar estes aspectos de crise, apontam-se como necessários o ajustamento fiscal, reformas econômicas "orientadas para o mercado", reforma da previdência social, com a finalidade de cortes em direitos sociais, isto é, de benefícios e gastos; reforma do aparelho de Estado com vistas a aumentar a "governança"²⁸.

Faleiros (2000) acrescenta que a política de reformas de FHC teve três eixos:

[...] maior abertura possível da economia aos capitais internacionais, [...] privatização do patrimônio público e redução dos direitos sociais com a desregulamentação das leis trabalhistas. [...] O modelo político é o de maior favorecimento do mercado e de redução do Estado, priorizando os que vivem da especulação em detrimento dos que vivem do trabalho (FALEIROS, 2000, p. 52).

Deste modo, Soares (2001, p. 48, grifos da autora) apresenta que o movimento basilar utilizado foi a “[...] transferência para o setor privado daquelas atividades que podem ser ‘controladas pelo mercado’. Isto é feito através da privatização de todas as estatais”. Em relação às políticas sociais de educação, saúde, cultura e pesquisa científica, a estes foram

²⁸ Foram mantidos os termos apresentados com aspas pela autora em seu texto original.

atribuídos a execução através de um setor denominado “público-não-estatal”, realizados por intermédio da descentralização, sendo colocado como único critério que a Instituição seja caracterizada como de “utilidade pública” (Soares, 2001). Assim, os direitos sociais passam a se assentar num patamar de mercadoria, em substituição aos direitos de cidadania, colocando-os em uma prática denominada “progressiva mercantilização do atendimento às necessidades sociais, decorrente da privatização das políticas sociais” (IAMAMOTO, 2008, p. 206). Outra situação que ainda se apresenta às políticas sociais é a refilantropização, em especial, para a Política de Assistência Social.

Portanto, as propostas que se apresentam no contexto brasileiro são de não universalidade do acesso à saúde, de focalização do atendimento, de formas terceirizadas dos serviços, de desresponsabilização do Estado na execução dos serviços, repassando essa responsabilidade à sociedade civil e ao mercado, o que institui, como já tratado, um processo de dualidade dos serviços, ou seja, para aqueles que podem e para aqueles que não podem pagar pelos serviços e seguem, portanto, o ideário neoliberal²⁹

Sob a égide do neoliberalismo, as estratégias do grande capital nos anos 1990 não se limitaram às reformas de natureza econômica. [...] A palavra reforma, historicamente vinculada às lutas das classes subalternas e à perspectiva de ampliação de direitos, foi capitaneada pela ideologia neoliberal, [...] resultando num processo de contrarreformas, cujo objetivo central consiste em reduzir e eliminar os direitos conquistados historicamente pela classe trabalhadora (SIMIONATTO; LUZA, 2011, p. 216)

Assim, o impacto causado pela contrarreforma do Estado, como ressalta Behring e Boschetti (2007, p. 156, grifos da autora), desencadeou-se numa série de consequências às políticas sociais, como a restrição e redução de direitos, transformando-as em ações pontuais e compensatórias, prevalecendo o “[...] trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: *a privatização, a focalização e a descentralização*”. De acordo com Behring e Boschetti (2007), esse processo comumente denominado de reforma do Estado, constitui-se na verdade em uma contrarreforma, pois esta regressiva e destrutiva adaptação brasileira à lógica do capitalismo mundial, em relação aos direitos conquistados na Constituição de 1988, as autoras definem como uma contrarreforma do Estado.

²⁹Elementos apresentados por Behring e Boschetti (2007, p. 61-62) como essenciais do liberalismo para compreender a reduzida intervenção estatal em relação às políticas sociais: predomínio do individualismo; o bem-estar individual maximiza o bem-estar coletivo; predomínio da liberdade e competitividade; naturalização da miséria, predomínio da lei da necessidade, manutenção de um Estado mínimo; as políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício; a política social deve ser um paliativo.

Para Simionatto e Luza (2011), a discussão e a prática da reforma foi sendo inserida e ganhando materialidade nas diferentes esferas de governo, em especial com a finalidade de suscitar alterações na função do Estado, sobretudo nas políticas sociais e no esvaziamento da participação democrática da sociedade civil. Juntam-se às esferas estatal e privada, a esfera pública não estatal, da qual fazem parte as organizações sem fins lucrativos e de interesse público (OSCIPs)³⁰, as empresas privadas em suas ações de responsabilidade social, o terceiro setor.

Com estas reformas, o Estado vem deixando de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, tornando-se o promotor e regulador, ao transferir para o setor privado as atividades que anteriormente lhe cabiam. A privatização se apresenta com diferentes faces, em algumas situações, apontada enquanto “modernização gerencial”, no entanto o próprio financiamento do setor é apontado por Soares (2001, p. 55) como uma das faces mais perversas, pois privilegia “[...] velhos e novos ‘atores’ no cenário da prestação privada de serviços de saúde: os hospitais e clínicas particulares conveniadas com o SUS e os seguros privados de saúde”. A autora ainda chama a atenção para outra face que “[...] tem sido a privatização ‘por dentro’ do setor público. É a introdução da lógica mercantil no interior dos serviços públicos, aonde se privilegia a ‘microeconomia’ do custo/benefício em detrimento da qualidade [...]” (SOARES, 2001, p. 56).

Dessa maneira, de acordo com Bravo (2000), a partir do processo de reforma do Estado, dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista. Os formuladores do projeto voltado ao mercado são contrários à universalidade do direito, e vêm substituindo por valores individualistas, corporativos, focalistas, os valores solidários, coletivos e universais preconizados na Constituição Federal (CFESS, 2010), com a intencionalidade do fortalecimento de um projeto privatista. Assim,

O projeto da saúde articulado ao mercado ou à reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado,

³⁰“Em 1999, foram instituídas na esfera federal as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), que propõem a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, e institui o termo parceria” (BRAVO, 2010, p 213).

descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (CFESS, 2010, p. 22)

Para Simionatto e Luza (2011), vem ganhando destaque, especialmente no âmbito dos hospitais públicos, a transferência de recursos públicos para a iniciativa privada, através de organizações sociais³¹ (OSs), fundações, privatização, terceirização, com o discurso da redução dos gastos sociais. Esse modelo de atenção à saúde culmina em prejuízos, precarização, usurpação de direitos dos usuários dos serviços, isto é, acarreta em práticas de seletividade, focalizadas, e enfoque privatizante, remetendo-se à lógica do mercado, descaracterizando direitos sociais. Outro agravante que acontece ainda é a precarização da força de trabalho, a desmobilização da classe trabalhadora, a flexibilização das formas de contratação de serviços, acarretando em impactos na gestão e no controle social³².

Contra-pondo-se a esta realidade, “em âmbito nacional, têm sido constituídos fóruns contrários à transferência dos serviços de responsabilidade do Estado para as organizações sociais que visam à privatização da saúde e a sua mercadorização” (SIMIONATTO; LUZA, 2011, p. 221). Apesar disso, reforçamos que o que estamos assistindo no cenário brasileiro é o desenho da política de saúde configurada em mercadoria para o capital e com fins cada dia mais rentáveis, com agravante ainda maior que é a utilização de recursos oriundos dos fundos públicos, arrecadados por meio de impostos, sendo transferidos para os interesses privados, do mercado, com característica única de venda de uma mercadoria e acumulação de lucros, descaracterizando totalmente o aspecto do direito à saúde e à vida.

Dessa forma, por um lado, transforma esta área num setor de investimento de extrema importância para o mercado privado, por intermédio de uma rede de atendimento à saúde orientada para o consumo, devido à sua expansão e, por outro, resulta numa ampla precarização do sistema público de saúde.

³¹Utilizada como uma estratégia de governo, as Organizações Sociais, também operam verticalmente, “descentralizando serviços considerados como *não-exclusivos* do Estado partindo do pressuposto que esses serviços serão mais ‘eficientemente’ realizados se forem executados pelo tal *setor público não-estatal*. As Organizações Sociais (O.S.) definidas como ‘entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtém autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária’. Elas terão autonomia financeira e administrativa, respeitadas as condições descritas em lei como, por exemplo, a composição de seus *Conselhos de Administração*. Além dos recursos orçamentários, podem obter outros ingressos através de prestação de serviços, doações, legados, financiamentos, etc” (SOARES, 2001, p. 49-50, grifos da autora).

³²“A visão de controle social inscrita na Constituição Federal vai enfatizar a participação dos setores organizados da sociedade civil, especialmente dos trabalhadores e dos segmentos populares, na elaboração e implementação das políticas públicas, propondo novas relações ente o movimento social e a esfera da política institucional. (RAICHELIS, 2011, p. 21). Essas práticas participativas foram se institucionalizando ao longo dos anos 90, com destaque para os Conselhos, e tivemos, inegavelmente, grandes avanços, o que não significa deixar de reconhecer os limites e o caráter restrito da efetiva partilha de poder entre Estado e sociedade civil em grande parte dessas experiências” (RAICHELIS, 2011, 25)

Logo, os gestores municipais de saúde vêm aplicando constantemente esta lógica para administrar e executar os programas na política de saúde, utilizando amplamente da participação do setor público não estatal, bem como do próprio mercado, através de realização de convênios, “[...] cujas ações de indivíduos e grupos contribuem direta e indiretamente na materialização da perspectiva de descentralização, focalização e privatização das políticas sociais e, no mesmo curso, para a despolitização da sociedade civil” (SIMIONATTO; LUZA, 2011, p. 217). Essa forma de gestão demonstra e dá concretude aos desdobramentos da contrarreforma do Estado que resulta numa intensa transformação e desmanche dos serviços públicos, que tiveram seu início nos anos 1990, se materializaram nos governos FHC (1995-2002), tendo continuidade nos governos Lula (2003-2010) e Dilma.

Em relação ao SUS, Bravo (2000, p. 112) afirma que “[...] apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verifica-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral”. Segue ainda dizendo que algumas questões tem comprometido o avanço do SUS como política social, dentre elas, destaca:

O desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não-unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A atual proposta de Reforma do Estado para o setor da saúde insiste em separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico (BRAVO, 2000, p.113).

Por outro lado, a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, na análise de Braz (2004, p. 49) expressou um marco político de extrema relevância, pois pela primeira vez na história política do país, se elegeu “um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política”. Concordando, Bravo afirma que este resultado eleitoral decorre da reação de insatisfação da população em torno do projeto neoliberal implantado nos anos 1990, que retira direitos sociais, submetendo-os ao mercado e a filantropia, “[...] vencendo o projeto que não representava, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes. Acreditava-se que no Brasil estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentaria as políticas de ajuste” (BRAVO, 2010, p. 213-214). Havia, portanto, uma expectativa de construção de um Brasil melhor, diferente daquele que estava colocado no cenário brasileiro

com redução das desigualdades sociais por meio de uma política econômica com redistribuição de renda e geração de empregos. Esperava-se que as políticas sociais adquirissem caráter universalista. Na saúde, a pretensão era de retorno do Projeto da Reforma Sanitária. Entretanto, essa expectativa não se concretizou e a política de saúde continuou prioritariamente focalizada e sem financiamento efetivo (CFESS, 2010, p. 21).

Dessa forma, a política de saúde está sendo impactada diretamente pela política macroeconômica, sendo que as questões essenciais, em especial no que se refere aos direitos dos usuários dos serviços, continuam sem enfrentamento direto do governo, tais como: “[...] a universalização das ações, o financiamento efetivo; a política de gestão do trabalho e educação na saúde e a política nacional de medicamentos” (BRAVO, 2010, p. 214).

Continuando, Bravo (2010) informa que no segundo governo de Lula, foi escolhido um ministro da Saúde que havia participado do Projeto de Reforma Sanitária, nos anos 1980, o mesmo levantou várias polêmicas para o debate, porém poucos avanços significativos, e ainda, como agravante, propõe a criação das fundações estatais para saúde, “mas que pretende atingir todas as áreas que não sejam exclusivas de Estado, como: saúde, educação, ciência e tecnologia, cultura, meio ambiente, desporto, previdência complementar, assistência social, entre outras” (BRAVO, 2010, p.214)³³.

No entanto, os movimentos sociais têm reagido a essa proposta, sendo rejeitada a proposição de criação das Fundações em todas as conferências de saúde realizadas, e o Conselho Nacional de Saúde, em 2007, se posicionou contrário a essa proposta (Bravo, 2010). O autor acrescenta ainda que “as fundações privatizam as políticas sociais, pois não contribuem para a formação do fundo público e terão imunidade tributária. As fundações estatais prejudicam os trabalhadores e não valorizam o controle social” (BRAVO, 2010, p. 216).

Assim, Rezende (2008) realiza um estudo referente as OS e OSCIPs em uma comparação com o SUS, e avalia que as organizações sociais, as organizações da sociedade civil de interesse público e as fundações de direito privado, independentemente de qual delas, são maneiras de transferência da responsabilidade de execução com relação à saúde para o setor privado, desresponsabilizando o Estado da sua função e não tem legitimidade com a

³³“Algumas questões podem ser levantadas com relação a esta proposta: as fundações serão regidas pelo direito privado; têm seu marco na ‘contrarreforma’ do Estado de Bresser Pereira/FHC; a contratação de pessoal é por CLT, acabando com o RJU (Regime Jurídico Único); não enfatiza o controle social, pois não prevê os conselhos gestores de unidade e sim conselhos curadores; não leva em consideração a luta por plano de cargo, carreira e salário dos trabalhadores de saúde; não obedece às proposições da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, realizada em 2006; fragiliza os trabalhadores por meio da criação de planos de cargo, carreira e salário por fundação” (BRAVO, 2010, p. 215).

perspectiva de gestão do SUS na Legislação em vigor. Acrescenta-se ainda a deliberação do Conselho Nacional de Saúde de 2005, com posicionamento

contrário à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, a administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OS), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) ou outros mecanismos com objetivo idêntico, e ainda, a toda e qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O Conselho Nacional de Saúde recusou a proposta de Fundação Estatal para o Sistema Único de Saúde, em sua 174ª Reunião, de 13 de junho de 2007 (REZENDE, 2008, p. 35).³⁴

Paim (2009), em uma análise sobre o processo da reforma sanitária³⁵, retrata de forma indignada que passados vinte anos desde o início deste projeto, problemas que ainda acontecem já poderiam ter sido solucionados, “questões referentes ao sistema de serviços de saúde, como financiamento, organização, infra-estrutura e gestão [...] considerando-se possibilidades reais de um país como o Brasil oferecer uma atenção mais digna aos seus cidadãos” (PAIM, 2009, p. 28). Acrescenta ainda e também presenciamos, enquanto trabalhadores de saúde, no nosso cotidiano profissional, entraves como: favoritismo e clientelismo político, formas obsoletas de gestão, falta de comprometimento com serviços públicos, ausência ou precários serviços de saúde, falta de materiais de insumos e permanentes, enfraquecimento da base de sustentação política, desrespeito com profissionais de saúde e conseqüente, e principalmente, rebatimentos diretos aos usuários dos serviços de saúde. Assim, segue relatando que os governos pós-impeachment não realizaram avanços no processo da Reforma Sanitária brasileira. Assim,

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em programas focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

³⁴Maiores esclarecimentos e detalhamentos do comparativo entre SUS, OS, OSCIPs ver REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal In BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

³⁵Desde o início do projeto da Reforma Sanitária, muitos foram os acontecimentos de âmbito positivo, mas também de desmanche desta proposta, no entanto, neste estudo será realizada de forma muito breve, devido não ser este o foco central do estudo, no entanto não poderíamos deixar de levantar alguns aspectos tendo em vista os rebatimentos que todo o processo histórico tem sobre a realidade social.

e Programa de Saúde da Família (PSF)³⁶; além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas. Entende-se que todas essas medidas visam ao estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos pobres, por meio de ações mínimas e programas focalizados, havendo um outro sistema para os consumidores (CFESS, 2010, p. 20-21).

Paim (2009) informa que embora a maioria da equipe de dirigentes do Ministério de Saúde fosse constituída por membros que fizeram parte do movimento sanitário, ainda assim estava muito aquém das propostas defendidas por este movimento. Contudo, em meados de 2005, houve ampliação de alguns programas, entre estes a implementação da Reforma Psiquiátrica³⁷. Adiciona também que o movimento da Reforma Sanitária não pode estar restrito ao SUS, pois assim, limita-se

[...] a questões de financiamento, organização e gestão [...] Conseqüentemente, as relações entre saúde e condições de vida, bem como as questões relativas à determinação social das doenças, problemas e necessidades de saúde perderam seu espaço apesar dos esforços para se construírem os distritos sanitários, da territorialização e dos modelos de atenção voltados para a diretriz da integralidade (PAIM, 2009, p. 34).

Mas é importante relatar, que movimentos vêm se constituindo em prol da retomada das proposições do movimento sanitarista, entre estes foi divulgado em 2005 o documento “SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade” (PAIM, 2009).

No entanto, na conjuntura atual, passados mais dez anos deste documento, temos assistido mais uma vez o desmantelamento da política pública de saúde, conforme aponta Rizzoto (2016, p. 5) “[...] em nome de um modelo econômico que explora o trabalhador e privilegia os que sempre se beneficiaram do trabalho e concentraram riquezas”, por meio de proposições de medidas de desmonte nas conquistas dos trabalhadores e dos movimentos sociais. Assim,

O programa em curso, Uma Ponte para o Futuro, pretende fazer um Brasil para menos de 1% da população e transformar o SUS em um sistema residual para os muito pobres uma vez que, segundo os operadores do ajuste, o SUS e a Constituição Cidadã de 1988 não cabem no orçamento público

³⁶“A denominação do programa e suas características modificam-se, nos anos 2000, para Estratégia de Saúde da Família inserida no modelo assistencial do SUS. A sua direção precisa, entretanto, ser modificada efetivamente na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda população, de acordo com os princípios da integralidade e universalidade do SUS, bem como ter como objetivo a (re) organização do sistema” (CFESS, 2010, p. 21).

³⁷“Ampliação do Programa Saúde da Família (PSF), implementação da Reforma Psiquiátrica, instituição do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), política de Saúde Bucal e a elaboração e aprovação do Pacto pela Saúde” (PAIM, 2009, p. 34)

brasileiro, portanto, para eles, o direito universal à saúde precisa ser limitado. É um claro retorno às políticas neoliberais da década de 1990, que lá como agora o objetivo é o desmonte do SUS público para beneficiar o setor privado que trata a saúde como uma mercadoria altamente lucrativa (RIZZOTO, 2016, p. 04).

Cohn (2016) corrobora na análise, afirmando que o desmantelamento que o governo federal do Brasil ilegítimo vem promovendo em relação à política pública de saúde, não é unicamente no aspecto material, isto é, financiamento, parcerias público/privado, “[...] mas é, sobretudo o desmonte da essência do SUS, do que o moveu e o segue movendo: o ideário de justiça social, do direito à saúde, da equidade, e do seu caráter civilizatório” (COHN, 2016, p. 1).

No entanto, faz se necessário dizer, que em linhas gerais, avanços aconteceram e foram registrados na história da política de saúde no Brasil, contudo, também sublinhamos que estes são resultados de mobilizações coletivas dos movimentos sociais, os quais nesta conjuntura precisam se colocar novamente na cena política com a finalidade de assegurar que os direitos sociais conquistados não sejam rechaçados pelos governos de plantão.

A política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde (CFESS, 2010, p. 21)

Nessa citação percebemos que a condição colocada nos dias atuais à política de saúde, não é resultado deste momento tão somente, mas sim, que é uma construção que vem se dando desde a sua aprovação enquanto política pública de responsabilidade estatal, e que também não termina aqui, pois a realidade é movimento, é dialética, sendo a historicidade resultante das condições políticas, sociais, econômicas, culturais, consequência, portanto, das relações de produção e reprodução social, que permeiam a sociedade brasileira. Do mesmo modo, perpassam as propostas do Movimento de Reforma Psiquiátrica, o qual também se iniciou no mesmo período histórico – da abertura democrática brasileira e do processo de Reforma Sanitária –, estando totalmente imbricado ao Movimento de Reforma Sanitária. No entanto, esta somente será tratada em um sub item, em separado, para melhor compreensão do

Movimento de Reforma Psiquiátrica, porém este não acontece separado das demais lutas sociais e rebatimentos do processo de contrarreforma do Estado aqui tratados.

2.3 - REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: PRIMEIROS PASSOS À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Para podermos verificar a organização do trabalho no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II em Foz do Iguaçu, primeiramente faz-se necessário compreender os caminhos percorridos até chegar ao modelo de atenção aos usuários dessa política na contemporaneidade, sabendo que este modelo ainda é muito recente no Brasil e também resulta, como as demais atenções de saúde desta política, de um amplo processo de manifestações e reivindicações, tanto de usuários, como dos profissionais que atuam nesta área.

Assim, paralelamente, mas ao mesmo tempo articulado, ao Movimento da Reforma Sanitária, que traz para o cenário brasileiro uma nova concepção de saúde, projetada e concebida como política pública de Seguridade Social, direito de todos e de responsabilidade Estatal, ocorre a Reforma Psiquiátrica, que incentiva e reforça os profissionais e os usuários do âmbito da saúde mental a realizarem um trajeto de luta em busca de proposições de garantia de direitos. Para tanto, edificam sua própria reforma, com a intencionalidade de buscar e garantir direitos sociais, bem como visibilidade enquanto sujeitos de direitos.

As fontes de embasamentos legais da política de saúde mental são a Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080/90, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e Lei complementar 8.142/90 e a Lei 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

No entanto, para alcançar este patamar de política pública que assegura direitos aos sujeitos com transtornos mentais, muitas lutas foram e continuam sendo enfrentadas. O movimento em torno da Reforma Psiquiátrica foi, segundo Amarante (1997, p. 163), constituído a partir do final dos anos 1970, e “[...] surge em meio ao clima de efervescência que dominava o Brasil nestes anos de organização social e civil contra a ditadura militar [...]”.

Assim, de acordo com Amarante (1997, p. 163), em 1976, um grupo de sanitaristas em São Paulo tem “[...] a ideia da criação do CEBES e da *Revista Saúde em Debate*, com o objetivo de produzir e organizar o pensamento e as práticas críticas no campo da saúde

pública [...]”. Logo, em 1978, depois de denúncias realizadas por jovens médicos psiquiatras, no Rio de Janeiro, é instituído o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM. Deste modo, o MTSM, com ações próprias, mas também articulado com outros movimentos, qual seja sindicatos, partidos políticos, CEBES, “[...] torna-se o primeiro e mais importante ator de renovação no campo da saúde mental, que vai estabelecer uma agenda para o setor que, sob o título de Reforma Psiquiátrica, introduz a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas” (AMARANTE, 1997, p. 163).

Em termos gerais, seguindo a mesma fonte de pesquisa, essas denúncias faziam referências às condições de precariedade às quais eram submetidos os usuários dos hospitais psiquiátricos de responsabilidade do Ministério de Saúde³⁸, mas que também aconteciam em hospitais privados, tendo sido retratado e publicado para que a sociedade brasileira conhecesse o que ocorria “dentro dos muros” dos conhecidos hospícios. As denúncias faziam referência a

[...] carência de recursos materiais e humanos, maus tratos, violência, aos quais se somava um agravamento no que dizia respeito à falta de liberdade e de direitos (tempos de internação aumentados, proibição de visitas, etc.). Os tempos médios de permanência hospitalar em alguns casos, chegavam a 25 anos: as pessoas entravam em num hospital psiquiátrico sem a certeza de um dia poder sair. (AMARANTE, 1997, p. 167).

Em consequência das denúncias realizadas, houve a demissão de 260 profissionais que atuavam junto a estes hospitais, resultando na primeira greve do setor público no país, em abril de 1978, a qual foi acompanhada também pelos movimentos dos médicos residentes, tomando conta, em poucos meses, do país. Neste mesmo período, também desencadeou a greve dos metalúrgicos do ABC Paulista, a qual se estendeu até o mês de julho, culminando, deste modo, com a promulgação de Decreto-Lei que proibia greves em setores julgados essenciais.

Por outro lado, a política de assistência psiquiátrica de compra de serviços da rede privada também era um agravante que perpetuava até este período de maneira muito acentuada, os quais eram realizados através do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e tinham condições de acessar estes serviços os trabalhadores com emprego formal,

³⁸“A assistência psiquiátrica era prestada pelo Ministério da Saúde (MS), pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e pelas próprias Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Ao MS e às SES competia, basicamente, a assistência à população indigente, isto é, sem direito à Previdência Social (PS). Suas redes eram compostas de macro-hospitais com características fortemente asilares e manicomial: [...] Ou seja, o MS e as SES apenas administravam macro asilos para a população em grande desvantagem social, isto é, um misto de loucos, um misto de indigentes, os denominados casos sociais” (AMARANTE, 1997, p. 166)

bem como os seus dependentes. Neste sistema de prestação de serviços várias distorções foram denunciadas, entre elas:

pagamento de serviços que não são produzidos, (pacientes fantasmas, medicamentos não empregados); [...] de serviços que são produzidos mas não são necessários (intervenções cirúrgicas sem indicação técnica); [...] de serviços que são produzidos, são necessários, mas poderiam ser realizados com racionalidade (internações de casos que podem e devem ser tratados em ambulatórios) (AMARANTE, 1997, p. 166).³⁹

Com estes acontecimentos, o MTSM tinha, em seus momentos iniciais, como bases teóricas a orientação de uma ação reformista que versava na realização de denúncias em relação às distorções que vinham ocorrendo nesta política e ainda trazer a sociedade civil à participação do processo de tomada de decisões. Também faziam parte de suas bases teóricas dois princípios: primeiro, “[...] a inversão da política nacional de saúde mental, de privatizante para estatizante” (AMARANTE, 1997, p. 167), e segundo a implantação de um sistema de substituição de hospitais convencionais para rede ambulatorial, com práticas de caráter preventivo e não somente curativo. No entanto, os representantes do Movimento tinham a clareza que este processo de desativação dos hospitais psiquiátricos seria realizado de forma progressiva.

Neste sentido, o Movimento teve uma expansão rápida pelo país, tanto no interior da residência médica, quanto no CEBES, mas também “[...] em alguns centros acadêmicos vinculados aos campos da saúde pública e da medicina social, os membros do MTSM amadurecem sua leitura crítica quanto ao aparato institucional e quanto ao estatuto epistemológico da psiquiatria” (AMARANTE, 1997, p. 164). Nos núcleos estaduais do CEBES, e em sindicatos do setor de saúde, foram sendo organizadas comissões de Saúde mental, o que culminou com um encontro de trabalhadores da área, realizado em outubro de 1978 em Camboriú. Congresso este que se transformou em um marco político, com repercussão tanto para o campo psiquiátrico, quanto dos sanitaristas, sendo este conhecido

³⁹“A política de privatização do MPAS era acompanhada de um expressivo *lobby* no interior e em torno de sua máquina administrativa, o que afastava qualquer possibilidade de inversão na política de compra de serviços. Assim, enquanto os leitos psiquiátricos públicos passaram de 21.079 em 1941 para 22.603 em 1978, os privados passaram de 3.034 para 55.670 no mesmo período. O crescimento maior destes últimos foi observado a partir do final dos anos 60: em 65 existiam 100 hospitais privados conveniados, enquanto que em 1979 este número chegava aos 276” (AMARANTE, 1997, p. 167).

como o “Congresso da Abertura”, e na sequência foi realizado o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados⁴⁰, em 1979.

[...] O Movimento saiu do campo exclusivo da comunidade técnica e, com ele, a questão da loucura e da instituição asilar seguiram a mesma trajetória: o debate sobre a loucura saía do interior dos muros do hospício para o domínio público. A loucura/doença mental deixava de ser objeto de interesse e discussão exclusiva dos técnicos e alcançava as principais entidades da sociedade civil (ABI, OAB, CNBB, CONTAG, FETAG, etc), e a grande imprensa, que noticiava, com destaque e ininterruptamente por cerca de quase um ano, as condições relativas aos hospitais psiquiátricos e às distorções da política nacional de assistência psiquiátrica: a “questão psiquiátrica” tornara-se uma questão política (AMARANTE, 1997, p. 164).

Assim, é importante destacar, que estes movimentos apresentavam lutas sociais por serviços de saúde mental de qualidade, traziam para a cena política o debate em torno da cidadania e dos direitos humanos e, ainda, estes trabalhadores vinham sendo movidos, além das situações internas do país – em relação à abertura política, a luta sanitária e contra a precarização dos serviços ofertados nos hospitais psiquiátricos públicos – por uma militância ideológica e política, tendo como alicerce reformas que vinham sendo efetivadas em outros países, sobretudo de Franco Basaglia, Itália. Dessa forma, os principais objetivos e palavras de ordem do MTSM naquele momento foram:

denúncias e mobilizações pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentrações; denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS; denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro; primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços (VASCONCELOS, 2010, p. 23).

Este movimento tinha como alicerce as reformas de cunho internacional que vinham ocorrendo, principalmente com características de processos de desinstitucionalização, sendo que o MTSM ficava mais fortalecido “[...] com a visita de lideranças mundiais da psiquiatria crítica, principalmente de Franco Basaglia, após a aprovação da Lei 180, que estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália” (VASCONCELOS, 2010, p.23). Destarte, Amarante (1997) nos chama a atenção relatando que há duzentos anos

⁴⁰trata-se do mesmo Simpósio onde o CEBES apresentou a proposta do Sistema Único de Saúde – SUS que viria a inspirar a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080, 19/09/90)” (AMARANTE, 1997, p. 164)

no Brasil, a história da psiquiatria é pautada em uma prática usada para o tratamento da loucura, e deste modo seria, como o próprio MTSM já indicava em seus relatórios, uma árdua tarefa a ser percorrida pela frente e com setores contrários ao movimento e às transformações que viriam a ser realizadas com as proposições da Reforma Psiquiátrica que se instalaria no país, a partir deste período histórico. Já que

A doença mental, objeto construído há duzentos anos, implicava o pressuposto de erro da Razão. Assim, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. Liberdade de escolha era o pré-requisito da cidadania. E se não era livre não poderia ser cidadão. [...] O asilo psiquiátrico tornou-se assim o imperativo para todos aqueles considerados loucos, despossuídos da Razão, delirantes, alucinados. O asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço da exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades (AMARANTE, 1995, p. 491)⁴¹.

Assim, este primeiro momento foi denominado por Vasconcelos (2010) como Mobilização da sociedade civil contra o asilamento genocida e a mercantilização da loucura e aponta o período de 1980 a 1987, como a expansão e formalização do modelo sanitarista. Sendo assim, iniciados nos hospitais psiquiátricos públicos processos de reforma e humanização, possibilitando a implementação gradativa de ações integradas de saúde, modelo sanitarista, que mais tarde, em 1986 – VIII Conferência Nacional de Saúde – e 1988 – Constituição Federal – desaguaram no Sistema Único de Saúde. Neste período os principais objetivos do MTSM foram:

a) não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, e redução onde possível e/ou necessário; b) regionalização das ações em saúde mental integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais especiais com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referências; c) controle de internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados; [...] d) expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, [...] e) humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais (VASCONCELOS, 2010, p. 24-25).

Iniciou-se neste período, o processo de incentivo e expansão da rede de atenção à saúde mental através de serviços ambulatoriais, pois a desinstitucionalização era urgente e imprescindível, principalmente devido às péssimas condições de serviços que estavam sendo

⁴¹Nesta citação o autor está fazendo referência ao contexto da Revolução Francesa, com o lema: Liberdade, Igualdade e Fraternidade. No entanto, nas discussões apresentadas por Amarante (1997) e Vasconcelos (2010), esta realidade se apresenta tão próxima que parece que estão fazendo referência ao mesmo contexto. Por essas e outras condições que se lutou e continua a luta pela desinstitucionalização ou não institucionalização das pessoas com transtorno mental.

prestados aos usuários, bem como a forma de tratamento na qual os mesmos não tinham condições de escolhas e direitos humanos, sociais e civis, pois não eram visualizados enquanto sujeitos de direitos. Muito embora, faltavam serviços para substituir os hospitais psiquiátricos, e ainda a obrigação de efetivação de serviços humanizados para aqueles que permaneceriam institucionalizados. Deste modo, em virtude do afastamento da condição de asilamento, estes usuários necessitavam continuar um acompanhamento por profissionais da área de saúde mental, assim, fazia-se necessária a criação de uma rede ambulatorial para responder às necessidades desta política de atenção.

Ainda, nestes mesmos termos, segundo Amarante (1997) o que se propôs foi a retirada do manto de cientificidade da psiquiatria. De tal modo, neste contexto, entende-se Reforma Psiquiátrica como “[...] um *processo permanente* de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural, e conceitual” (AMARANTE, 1997, p. 165, grifos do autor).

Em dezembro de 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental – I CNSM, como um dos desdobramentos da VIII Conferência Nacional de Saúde e do Movimento da Reforma Sanitária. A I CNSM foi realizada com conflitos entre Estado e o Movimento, em clima de embate, pois o Ministério de Saúde queria que o evento fosse realizado em caráter de congresso e não democrático participativo. Contrariando os indicativos do Ministério da Saúde, o MTSM prosseguiu aos encaminhamentos da Conferência, a partir da qual indicativos foram aprovados, em relação à legislação civil, trabalhista, código penal, e também se pontuou discussões no que se refere à cidadania das pessoas com doença mental e à condição de alteração do modelo médico psiquiátrico de assistência. (Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, 1988). A partir desta Conferência, a doença mental pode ser compreendida como

resultante do processo de aviltamento e exclusão social de significativos setores da população. A medicalização e psiquiatrização frequentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos. Deve ser constitucionalmente assegurada a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental [...] (Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, 1988, p. 21).

Consequentemente, para Vasconcelos (2010), o período de 1987 a 1992 foi o momento de consolidação e transição das lutas advindas da Reforma Sanitária, da VIII Conferência Nacional de Saúde, da aprovação da Constituição Federal, porém, ocasião na qual o próprio MTSM desenvolve uma crítica aguda a ele próprio, reavaliando a necessidade

de retomada do Movimento com os demais movimentos sociais e com a opinião pública em geral. Assim, em dezembro de 1987, em um encontro dos trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru, São Paulo, o movimento expande-se ultrapassando a sua natureza técnico-científica, com a finalidade de transformações no campo da saúde mental. “[...] O lema ‘Por uma Sociedade Sem Manicômios’, construído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento das questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica [...]” (AMARANTE, 1995, p. 492).

Outrossim, também vêm se constituindo, desde este período, associações de familiares, voluntários e usuários dos serviços de saúde mental, além da organização de eventos culturais, artísticos, bem como a discussão em torno da saúde mental vem se apresentando no cenário brasileiro para conhecimento e discussão com a intencionalidade de envolver novos e diferentes atores sociais nos debates referente à temática em questão (AMARANTE, 1995).

No entanto, em conformidade com Amarante (1995) e Vasconcelos (2010), dois acontecimentos ocorridos no ano de 1989 tiveram relevância nesta trajetória de luta ‘Por uma sociedade sem Manicômios’ e para a implantação de serviços que viessem a substituir o hospital psiquiátrico. O primeiro se deu no município de Santos, Estado de São Paulo, na Casa de Saúde Anchieta, na qual, através do governo municipal, houve uma intervenção inspirada na experiência de Trieste, Itália – quando teve começo o fechamento dos hospitais psiquiátricos convencionais, denominados de hospícios, com a substituição pelo modelo assistencial, através de Núcleos de Atenção Psicossocial⁴² e de Centros de Atenção Psicossocial⁴³, estes últimos se expandiram mais tarde pelo país. O segundo fato importante foi o lançamento do Projeto de Lei Paulo Delgado, em 1989⁴⁴.

[...] propondo a extinção e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial; a realização em 1990 da Conferência de Caracas, que cria um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica; e o amplo processo de discussão da nova estratégia em nível municipal, estadual e federal do país, em conferências participativas que culminam na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992 [...] (VASCONCELOS, 2010, p. 26)

⁴²“Com funcionamento ininterrupto (24 horas/dia-365 dias/ano), que são responsáveis por todo e qualquer tipo de demanda psiquiátrico-psicológica de uma determinada região geo-político-cultural da cidade que, neste contexto, vai ser denominada de território” (AMARANTE, 1997, p. 171).

⁴³ Sobre este serviço será tratado posteriormente, por ser este o local de realização da pesquisa empírica.

⁴⁴ Maiores informações ver Vasconcelos (2010); Amarante (1995); Amarante (1997).

Deste modo, estes acontecimentos foram importantes para as mudanças e consolidação da Política de Saúde Mental no Brasil, transformações que têm iniciativas neste período, mas que vêm se consolidando pelo país, ainda nos dias atuais. Amarante (1995) chama a atenção para os setores contrários à Reforma Psiquiátrica, qual seja, a chamada “indústria da loucura”, na qual muitos empresários do capital foram beneficiados e por isso tiveram muita resistência ao modelo que começava a ser implantado no país, sendo que alguns destes empresários, com receio da ameaça que o projeto representava aos seus interesses, utilizavam-se da proximidade com os familiares das pessoas internadas em seus hospitais psiquiátricos convencionais, desvirtuando os princípios da reforma. O segundo setor apresentado pelo autor como contrário a Reforma Psiquiátrica é o acadêmico psiquiátrico clássico.⁴⁵ Assim

Não estamos falando de fechar hospícios (ou hospitais psiquiátricos, se preferirem) e abandonar as pessoas em suas famílias, muito menos nas ruas. Vimos que não estamos falando em fechar leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado (aliás, em princípio, a rede de novos serviços e cuidados tende a requerer maior investimento não apenas técnico e social, mas também financeiro). Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades (AMARANTE, 1995, p. 493-494).

Assim, nos anos subsequentes, início da década de 1990, se presencia no Brasil a redução de leitos psiquiátricos convencionais, e o Ministério da Saúde, com influência do Movimento e das experiências ocorridas no Estado de São Paulo, e dos debates advindos com o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, aprovou a Portaria 189/91 do Governo Federal, que possibilitava a consolidação de algumas das propostas da Reforma Psiquiátrica, com a instituição nos municípios de hospitais-dia, núcleos e centros de atenção psicossocial e unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Nestes serviços ainda foram incluídos outros profissionais da área social para composição das equipes multiprofissionais, houve avanço significativo na luta antimanicomial, também aconteceu a criação de diversas associações de usuários e familiares (VASCONCELOS, 2010) e (AMARANTE, 1997). Em 1992, através da

⁴⁵Um argumento de outra natureza, comumente utilizado por estes mesmos setores, é o de que a reforma foi tentada e fracassada em outros países. Utilizam como exemplo mais comum a experiência dos E.U.A., que é a qual a experiência brasileira explicita maior distanciamento, por ter reduzido o conceito de desinstitucionalização a meras medidas de desospitalização, sem a necessária construção de uma nova rede de serviços e cuidados” (AMARANTE, 1995, p. 493)

Portaria 224 do Governo Federal tinha início um processo de “fechamento de serviços hospitalares absolutamente precários e ‘qualificava’⁴⁶ os existentes” (AMARANTE, 1997, p. 174).

Deste modo, o que se apresenta na realidade concreta dos usuários dos serviços de saúde mental é que

O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 1995, p. 494).

No ano de 1992, segundo Amarante (1997), realizou-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, na qual foram reafirmados os princípios da I CNSM, da reforma Sanitária e da desinstitucionalização, sendo este um marco estratégico de inclusão dos princípios básicos da Reforma Psiquiátrica na política nacional de saúde mental. Já o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em Salvador, em 1993, tem uma participação ampliada de familiares e usuários, o que representa uma mudança significativa no perfil do movimento. O tema central deste encontro foi em torno da discussão do próprio Movimento enquanto um Movimento Social, lançando também um “Brasil sem manicômios no ano 2000”. Outro tema tratado se deu no contexto da desinstitucionalização, adentrando a noção de que se refere a

[...] construção de novas possibilidades de atenção e cuidado que não as tradicionais, centradas nos serviços de ambulatório, hospital-dia, em suma, de serviços médico sanitários. [...] Como último tema de importância significativa, foi abordado o princípio da intervenção cultural, [...] como possibilidade de transformação de práticas sociais [...] (AMARANTE, 1997, p. 175).

A partir deste encontro, vários desdobramentos para outros eventos aconteceram, como Encontros de Associações de Usuários e Familiares, Dia e Semana de Luta Antimanicomial, entre outras atividades para esta política. Destacamos a relevância social da entrada dos usuários e familiares para o Movimento, protagonizando a sua história e as suas

⁴⁶“Escrevi qualificava entre aspas no sentido de questionar, sendo coerente com os princípios do ideal ‘uma sociedade sem manicômios’, a pertinência de humanizar ou modernizar manicômios, na mesma linha em que se poderia arguir se seria possível ou desejável humanizar ou modernizar campos de concentração, por exemplo” (AMARANTE, 1997, p. 174, nota de rodapé também utilizada pelo autor no seu texto original).

necessidades, na perspectiva de sujeitos sociais de sua história, e na ampliação dos direitos sociais, tendo sido, inclusive, em um dos encontros elaborada a “Carta dos Direitos dos Usuários”.

2.4 – POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE

O que se apresenta para o país e conseqüentemente para as políticas sociais, entre estas, a de saúde, é que na entrada nos anos 1990 se instala no Brasil o processo de contrarreforma do Estado, embasada na perspectiva neoliberal, com a qual também tem rebatimentos diretos à política de saúde mental, que se encontrava na transição de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos convencionais para a rede ambulatorial de atenção. Deste modo, também vai sofrer interferências de características norte-americanas, que apresentam uma perspectiva diferente de desinstitucionalização daquela que inspirou a Reforma Psiquiátrica brasileira, que teve sua origem em Basaglia, na Itália.

O protagonismo dos usuários e familiares alterando o perfil do movimento se fez fundamental, para que mesmo de forma lenta e gradual, as transformações nesta política fossem acontecendo, e ainda o apoio ao Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) que deu entrada no Congresso Nacional em 1989, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospícios no país. Assim, este PL tramitou no Congresso Nacional por 12 anos, tendo a sua aprovação somente no ano de 2001, transformando-se na Lei Federal 10.216/2001. No entanto, a aprovação foi de um substitutivo ao Projeto de Lei original, trazendo modificações importantes no texto normativo, pois não estabelece estruturas claras para a progressiva extinção dos manicômios. Dessa forma, com aprovação e publicação desta Lei Federal, há uma retomada, uma nova investida no processo de Reforma Psiquiátrica, que havia ficado, de certo modo, estagnado na década anterior.

As proposições que se apresentavam na Reforma Psiquiátrica, buscavam intervir no modelo que estava em vigor no país há mais de duzentos anos, como apontou Amarante (1995), com a intencionalidade de colocar um fim na mercantilização que se assentava na política de saúde mental, apontada por alguns autores como a mercantilização da loucura, sendo este um dos motivos pelo qual os proprietários de clínicas particulares e hospitais psiquiátricos convencionais eram contrários e até repudiavam a Lei Paulo Delgado, inclusive,

de acordo com Amarante (1997), fazendo campanhas e mobilizações pela sua não aprovação e coagindo familiares de usuários que se encontravam internados de que estes seriam devolvidos para as suas residências, para a família, sem acompanhamento ou até mesmo para as ruas.

Por outro lado, Delgado et al. (2001) nos apresenta que desde os anos 1990 – com a aprovação e implantação progressiva do SUS e as proposições tanto da Reforma Sanitária quanto Psiquiátrica – a assistência psiquiátrica, no Brasil, é desencadeada como política oficial do governo, sendo estimulada a construção de redes de atenção psicossocial em substituição aos hospitais psiquiátricos convencionais. No entanto, mesmo com avanços considerados significativos, ainda se gastava, em 2001, em torno de 90% do orçamento do Ministério da Saúde para a saúde mental em pagamentos de internações em hospitais especializados. Recursos para novos equipamentos foram anunciados, porém não foram repassados pelo Ministério da Saúde para a implantação de novos serviços de atenção diária, dessa forma a maioria das regiões do país permaneceu com o seu processo de desinstitucionalização acontecendo de forma muito arrastada e precária.

Com a aprovação da Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, reafirma-se a responsabilidade da função do Estado, que já estava presente desde a aprovação da Constituição Federal, conforme exposto neste estudo. Portanto

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (Art. 3º da Lei Federal 10.216/2001).

A mesma Lei também aprova a reorientação do modelo assistencial para atenção à saúde mental no Brasil. Depois da aprovação da Lei é realizada a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual foi realizada em dezembro de 2001, em Brasília, cujo tema central das discussões estava em acordo ao tema mundial proposto pela Organização Mundial da Saúde para o ano de 2001, ou seja, “*Cuidar, sim. Excluir, não*”. Também estava vinculado a um tema local, Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social. A Conferência aprova que a “reorientação do modelo assistencial deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como

processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde” (Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2002, p. 23). Observamos que, nesta concepção, o usuário dos serviços é compreendido na sua totalidade, e por isso da perspectiva proposta na própria conferência de um tratamento interdisciplinar à pessoa com doença mental, pensando-a no seu contexto de realidade histórica, social, econômica, e não a doença deslocada da conjuntura social da pessoa humana.

Também se discutiu que se faz necessário a agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos, bem como da constituição da rede substitutiva deste para que a materialização da Reforma Psiquiátrica aconteça, com a garantia do “[...] cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico” (Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2002, p. 23).

Em relação às propostas foram aprovadas também que a rede de serviços substitutos deve ser prioritariamente de caráter público, e quando houver a necessidade de estabelecimento de parcerias com prestadores da sociedade civil, deverá obrigatoriamente ser submetida, aprovada e fiscalizada pelo controle social, isto é, através dos Conselhos Municipais de Saúde. Sendo que deverá ser implementada uma rede de serviços territoriais de saúde mental composta por:

hospital psiquiátrico, composta por urgência psiquiátrica, leito psiquiátrico em hospital geral (capacitado para o atendimento de urgências), Centro ou Núcleo de Atenção Psicossocial, núcleo de atenção à população usuária de álcool e outras drogas, hospital dia, oficina terapêutica, centro de convivência, programa de geração de trabalho e renda, cooperativa e serviço residencial terapêutico, que trabalhem de forma integrada e complementar (Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2002, p. 39).

Também se propõe a efetivação de uma política intersetorial, por meio de ações com a saúde, a educação, a assistência social, o poder judiciário, o trabalho, a previdência social, a habitacional, levando em consideração a complexidade do objeto saúde-doença, sendo indispensável uma articulação com os demais serviços da política de saúde, bem como com as demais políticas sociais. Assim, percebe-se a abrangência que a Política de Saúde Mental comporta. No entanto, neste estudo será apresentada a organização do trabalho de atendimento aos usuários realizados em Centros de Atenção Psicossocial, de transtorno mental. Então, foi na III Conferência Nacional de Saúde Mental que constituíram as definições e recomendações para a regulamentação com ênfase na classificação em CAPS I, II ou III, bem como os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), para atendimento a

crianças e adolescentes, os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSad), para usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Assim, as Portarias GM nº. 336 e SAS nº. 189, ambas de 2000 normatizam os tipos de CAPS, e ainda define obrigatoriedade de

Garantir espaços de promoção de saúde mental, estimulando a criação de grupos de convivência e oficinas terapêuticas na comunidade, trabalhando de modo **interdisciplinar** e investindo na saúde mental de crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas com necessidades especiais, além de dar oportunidade de trabalho para atores sociais e profissionais de diversas áreas do conhecimento, investindo em atividades musicais, pintura, escultura, esporte, teatro e outras (Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2002, p. 28, grifos nossos).

Sendo a partir deste período histórico que os recursos financeiros em âmbito nacional começam a ser liberados aos municípios, com o intuito de ampliação da rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, em especial aos CAPS. E deste modo, até 2005 estão funcionando “[...] no país 689 Centros de Atenção Psicossocial e, ao final de 2004, os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passam a representar cerca de 64% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental” (BRASIL, 2005, p. 6). Havendo deste modo, uma alteração significativa em relação aos custos com internação, sendo estes gastos em 1997 de 93,14%, passando para 79,54% em 2001, e em 2004 de 63,84%. Os gastos extras hospitalares no mesmo período eram de 6,86%, em 1997, 20,46% em 2001 e em 2004 de 36,16%⁴⁷. Dados mais recentes, de 2013, apontam a proporção de recursos federais destinados à saúde mental, 20,61% com gastos hospitalares e 79,39% com atenção comunitária, ou seja, com a rede de serviços. Em relação aos CAPS, houve um constante crescimento dos serviços, estando em funcionamento 2.209 em 2014⁴⁸. Deste modo, os CAPS se apresentam como serviços estratégicos à Reforma Psiquiátrica Brasileira.

É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de

⁴⁷BRASIL. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005, p. 09.

⁴⁸BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 19 Fev. 2017.

atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. [...] São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2005, p. 27).

E, assim, estes serviços vão se disseminando pelo Brasil. A partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, se apresenta a proposta, com a definição de que os CAPS devem ser compostos por equipes interdisciplinares, pois historicamente o espaço da doença mental estava centralizado no médico psiquiatra, como único responsável pela atenção a esta área. Contudo, com o advento do movimento da reforma psiquiátrica, que teve seu início pelos profissionais da área de saúde mental, expandindo para a sociedade civil e posteriormente para os usuários e familiares da política de saúde mental, na qual os mesmos começam a protagonizar as suas bandeiras de lutas, também abre para a construção de uma nova etapa, na qual há um repensar das práticas profissionais que atuam nesta política de atenção. Assim,

[...] uma política de recursos humanos deve visar implantar, em todos os níveis, o **trabalho interdisciplinar** e multiprofissional no campo da Saúde Mental, na perspectiva do rompimento dos “especialismos” e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garantindo que todo usuário dos serviços de saúde seja atendido por profissionais com uma visão integral e não fragmentada da saúde (Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2002, p. 68, grifos nossos).

De tal modo, a discussão de interdisciplinaridade e a organização do trabalho de atendimentos aos usuários do CAPS serão apresentadas e aprofundadas no próximo capítulo, seguidos das análises decorrentes da pesquisa empírica.

Em linhas gerais, a partir da III CNSM foram reafirmados princípios, objetivos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, em especial a partir da aprovação da Lei Federal 10.216/2001. Assim, eventos aconteceram na sequência, no que tange à luta por direitos e a luta antimanicomial. No entanto, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental somente foi realizada no ano de 2010, em Brasília, e aconteceu de forma Intersetorial. Nela, foram avaliados pelos participantes – usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde e de outros setores – os avanços concretos ocorridos durante a década, a expansão dos serviços pelo país e identificadas as lacunas e desafios pendentes para a efetivação da política. Vários foram os fatores que delinearão a realização desta conferência, tais como, a

ampliação e difusão territorial dos novos serviços, com incremento do número de trabalhadores de saúde mental, em um contexto de terceirização e precarização do emprego, e com amplo contingente de trabalhadores com inserção recente nas atividades profissionais e no ativismo político do campo; a diversificação do movimento antimanicomial, com o surgimento de tendências internas organizadas; a presença e participação mais ativa e autônoma de usuários e familiares (Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, 2010).

Nesta Conferência, em 2010, foi possível avaliar que a organização e coesão do grupo participante eram diferentes que nos momentos e movimentos anteriores, a coesão era menor em relação às demais. Por outro lado, foram acumuladas conquistas como a participação decisiva dos usuários e familiares, que igualmente participaram coordenando atividades e facilitação nos grupos de discussão, nas mesas redondas e painéis. Também houve a reafirmação do “[...] campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, **interdisciplinar**, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral [...]” (Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, 2010, grifos nossos).

Assim, podemos dizer que o processo de Reforma Psiquiátrica ainda é novo, recente e tem muito a avançar, desafios são apontados a todo o momento, pois este é um processo político e social complexo, contraditório, antagônico, dialético, composto de atores sociais,

[...] 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).

Por fim, esta é a realidade que nos propomos a estudar com o objetivo de verificar se, na prática da organização do trabalho para atendimentos aos usuários com transtorno mental severo e persistente no Centro de Atenção Psicossocial, há ação interdisciplinar. Assim, no próximo capítulo, apresentaremos a discussão da interdisciplinaridade, especificamente nos CAPS, trazendo para a realidade local, isto é, a maneira que o município de Foz do Iguaçu vem organizando os seus serviços para atenção aos usuários com transtorno mental severo e persistente, bem como a análise dos dados empíricos coletados na pesquisa de campo.

3 INTERDISCIPLINARIDADE E CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS: MANIFESTAÇÃO DO REAL

Como já mencionado neste estudo, o processo da Reforma Psiquiátrica através da desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental e efetivação da rede de atenção ambulatorial aos mesmos vem sendo uma articulação contínua, perene, necessária, porém ainda com mobilizações contrárias às mudanças e melhorias na qualidade dos serviços ofertados aos usuários, tanto por interesses mercadológicos, quanto por falta de vontade política, culminando em prejuízos diretos aos usuários destes serviços. Assim,

O processo de criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), possibilitou a inserção de novos atores na reorganização da assistência à saúde mental e, conseqüentemente, mudança na lógica de organização do trabalho nos espaços de atuação dos profissionais, que agora já não têm somente o hospital/asilo como campo de prática. Desse modo, diante das novas possibilidades de organização dos processos de trabalho, emergem novas formas de relação entre os trabalhadores, inclusive a necessidade de se trabalhar numa perspectiva interdisciplinar (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011, p. 2146).

Neste capítulo, iremos apresentar de que modo o real se manifesta no cotidiano da prática profissional, por meio da organização do trabalho no CAPS. Para tanto, propomos articular a proposta em âmbito nacional no que tange à organização nos CAPS de atendimento a usuários com transtorno mental e trazer para a realidade municipal, para então verificarmos se a proposta local vem de encontro às proposituras em âmbito nacional. De tal modo, a Constituição Federal

assegura a implementação de políticas públicas voltadas à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de atendimento especializado, incluindo o destinado às pessoas com transtorno mental – grupo que representa cerca de 12% da população brasileira (CARVALHO, 2012, p. 10).

Também nos propomos – por acreditar ser de fundamental relevância – a citar, de maneira breve, os acontecimentos políticos que estão permeando a conjuntura local, em especial na última gestão, e mais especificamente no decorrer de 2016, após a deflagração da Operação Pecúlio, que culminou com prisões preventivas, conduções coercitivas de políticos,

empresários, secretários, diretores, cargos comissionados e servidores públicos concursados envolvidos em um processo de investigação de fraudes e usurpação de dinheiro dos cofres públicos do município, gerando uma barbárie política, social e econômica.

Esse caos no qual o município se transformou e ainda a indefinição referente ao processo eleitoral de escolha do prefeito municipal rebate efetivamente na organização dos serviços públicos. No entanto, neste estudo trataremos especificamente do atendimento a usuários com transtorno mental severo e persistente no CAPS Flávio Dantas de Araújo e a interdisciplinaridade.

Para análise da realidade, primeiramente será relatado a maneira de organização do trabalho nesse espaço sócio ocupacional, para verificar se esta possibilita a efetivação de uma prática interdisciplinar e na sequência, a partir das respostas obtidas no questionário que foi aplicado aos profissionais que atuam no CAPS, será realizada a apresentação e análise dos dados, com a finalidade de responder ao problema da pesquisa.

O questionário foi respondido por sete profissionais, e era composto por quatro questões subjetivas. Os sujeitos de pesquisa serão identificados por números, para resguardar o sigilo.

3.1 – A ORGANIZAÇÃO DOS CAPS DE ATENDIMENTO A USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL EM ÂMBITO NACIONAL E A INTERDISCIPLINARIDADE

No capítulo anterior, foi possível identificar a morosidade para a aprovação da legislação em relação à rede de atenção à saúde mental. No entanto, os serviços vão sendo implantados e implementados, e conseqüentemente se consolidando em vários municípios com a finalidade de transição e diminuição das internações de longa duração que perpetuavam enquanto única forma de tratamento. Assim, os centros de atenção psicossocial (CAPS) são organizados e articulados enquanto estratégia central do processo de reforma psiquiátrica, sendo estes “instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico” (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004, p. 9).

Os CAPS foram oficialmente estabelecidos enquanto serviço de atenção na política de saúde mental, do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Portaria GM 224/92 e

definidos como unidade de saúde que “oferece atendimento e cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas”.

Para auxiliar na organização dos serviços, o Ministério da Saúde elaborou, em 2004, um manual de orientações em relação aos CAPS para todo o Brasil, levando em conta os serviços que deverão ser efetivados nos mesmos, bem como a forma de articulação na rede de saúde, em especial com a proteção social básica, por intermédio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos programas de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Traz, ainda, a necessidade de articulação permanente com as demais “[...] redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais” (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004, p. 11).

Assim, os direcionamentos que a Política de Saúde propõe aos CAPS são de que estes devem assumir uma função estratégica na articulação e organização dos serviços, atuando tanto nas funções de assistência direta aos usuários e ainda na regulação da rede de serviços de saúde, em conjunto com a atenção básica de saúde, bem como na “[...] promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc.” (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004, p. 12).

Deste modo, a proposta do CAPS é de que este seja um serviço aberto e comunitário, com espaço próprio e adequado para o fim a que se propõe, sendo

um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004, p. 13).

Assim, a proposta que se apresenta é de um serviço próximo à realidade social do usuário, e ainda compreendendo-o nas suas diferentes dimensões, num contexto social, cultural, trabalho, familiar, comunitário, como sujeito de direitos, ou seja, de forma mais abrangente e não se restringindo ao aspecto da doença, mas sim, incorporando o seu entorno. No entanto, importante mencionar que processo é movimento, e, por assim ser, o processo de reforma psiquiátrica teve um início, mas ainda acontece, é perene, pois a realidade é dialética e dessa forma as necessidades e lutas vão sendo alteradas de acordo com o movimento

histórico, e, também, para demonstrar que a partir do início dessas discussões, o usuário com transtorno mental é visualizado enquanto sujeito, na sua totalidade e complexidade.

Percebemos ser este um dos motivos pelos quais, na discussão da III Conferência Nacional de Saúde Mental, aprovou-se uma equipe interdisciplinar e multidisciplinar para realização dos atendimentos aos usuários dos serviços dos CAPS. No entanto, observa-se que não houve uma elaboração de conceitos do que seria uma equipe interdisciplinar e equipe multidisciplinar. Assim, na aprovação das leis e portarias, trata-se de equipe multidisciplinar, havendo uma confusão de conceitos, até utilizando-os como se estes fossem unívocos. O manual de orientações traz, em anexo, um glossário com “explicação rápida de palavras muito usadas na área de saúde mental”, como equipe multiprofissional, definida como “[...] o grupo de pessoas de diferentes profissões que trabalha num CAPS. É também chamada de equipe multidisciplinar ou interdisciplinar.” (BRASIL, Saúde Mental no SUS, 2004, p. 48). No entanto, como já discutido neste estudo, trata-se de práticas diferenciadas⁴⁹, e que gera confusão entre os gestores e profissionais que atuam nestes espaços.

Entendemos que a prática necessária e que responde à necessidade dos usuários dos CAPS é a interdisciplinar, levando em consideração, entre outras situações e condições, o perfil do usuário atendido nestes serviços, ou seja,

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004, p. 13).

Assim, de acordo com o mesmo manual, no momento do acolhimento do usuário no serviço, deverá ser realizada a escuta, com o objetivo de compreender sua situação, para posteriormente traçar a forma de acompanhamento – denominado pela política de saúde mental como finalidade terapêutica. Após o acolhimento, é recomendado um projeto terapêutico individual (PTI), com um conjunto de atendimentos e atividades, que tanto podem ser realizadas de forma individual quanto em grupo, porém, respeitando a particularidade de cada usuário dos serviços, de acordo com a sua condição e atendendo às suas necessidades (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004).

⁴⁹ Conforme discussão realizada no 1.4 deste estudo.

Os serviços podem ser realizados de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva. Assim, a modalidade intensiva acontece com atendimento diário, quando o usuário “[...] se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua” (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004, p. 16). De maneira semi-intensiva o usuário pode ser atendido até três vezes por semana, até doze dias por mês. Essa “[...] modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe [...]” (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004, p. 16). Enquanto a modalidade não-intensiva ocorre quando o usuário não necessita de “[...] suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês” (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004, p. 16).

Portanto, as atividades com os usuários são realizadas pela equipe, descaracterizando somente consultas e medicamentos, realizados pelo profissional médico psiquiatra, como era no modelo de atendimento hospitalar, provocando assim mudanças no modo de compreensão em relação aos usuários com transtorno mental. Porém, não existe uma forma pronta e acabada para a realização do atendimento aos usuários, pois depende da condição e necessidade dos mesmos, bem como da realidade social, econômica, histórica e cultural dos usuários, e ainda da conjuntura de cada município e equipe de trabalho. Assim,

É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004, p. 17).

Pensando em uma prática para atender e responder as propostas aqui apresentadas, acreditamos que esta deve ser uma prática interdisciplinar, por compreender o sujeito na sua totalidade e complexidade, e principalmente para que o usuário deste serviço tenha um atendimento de acordo com a necessidade, e ainda cumprir um dos objetivos principais do CAPS, qual seja evitar as internações de longa duração aos usuários.

Entendemos que a proposta de atendimento aos usuários deve ser claramente definida pela equipe profissional – defendida enquanto uma equipe com prática interdisciplinar – conjuntamente com os usuários, bem como continuamente avaliadas, para

que não termine por se tornar uma nova forma de institucionalização dos mesmos, fora do ambiente hospitalar, porém, dentro de outro espaço físico, podendo acarretar da mesma forma em prejuízos e violação de direitos dos usuários.

Logo, as atividades podem ser realizadas tanto dentro do espaço físico do CAPS, enquanto fora dele, isto é, na comunidade, devendo então “[...] incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida” (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004, p. 18).

Assim, as atividades devem ser realizadas a partir das condições e necessidades do usuário, da afinidade, do interesse e escolha e ainda das condições e organização de trabalho do CAPS. Sugerem-se, no manual citado, atividades de oficinas terapêuticas, podendo ser de expressão plástica, corporal, musical, geradoras de renda, de alfabetização, ou outras de acordo com a realidade dos usuários e da localidade. Também são apontadas como atividades comuns no CAPS: tratamento medicamentoso, reunião com famílias, atendimento individualizado a famílias, orientações a usuários, atendimento psicoterápico, atividades comunitárias, atividades de suporte social, oficinas culturais e visitas domiciliares (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004)⁵⁰.

A estrutura dos CAPS é proposta a partir da realidade local e número de habitantes no município. Também são diferenciados de acordo com a especificidade da demanda, isto é CAPSi, para crianças e adolescentes, CAPSad para usuários de álcool e outras drogas, e CAPS para usuários com transtornos psicóticos e neuróticos graves. Em relação ao CAPSi e CAPSad, estes não serão tratados neste estudo – por não ser objeto deste – contudo, os conceituaremos para que seja possível identificar as principais diferenças no perfil dos usuários. Assim,

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária indica que ampliam-se as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível, devendo, portanto, os CAPSi estabelecerem as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e

⁵⁰Para maiores esclarecimentos e conhecimento sobre cada atividade ver BRASIL, Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.

assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004, p. 23).

Em relação ao atendimento a usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, foi realizada a separação deste serviço dos usuários com transtorno mental severo e persistente, a partir de 2002, onde começam a ser instituídos os CAPSad nos municípios. Assim, nos CAPSad, os serviços devem ser realizados através de atendimento diário, “[...] permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento” (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004, p. 24).

Portanto, os serviços devem ser estruturados a partir da realidade local e número de habitantes no município.

CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira
CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas
CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana
CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas
CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas

Fonte: (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004, p. 19).

Assim, no Município de Foz do Iguaçu, atualmente temos o CAPSi, realizando o atendimento de crianças e adolescentes com transtorno mental, e ainda para aqueles com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas. O CAPSad, realizando o atendimento aos usuários a partir dos 18 anos, com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas e o CAPS II para atendimento aos usuários com transtorno mental severo e persistente.

3.2 – A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO CAPS II FLÁVIO DANTAS DE ARAÚJO NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU: APRESENTANDO A REALIDADE LOCAL

O Município de Foz do Iguaçu encontra-se localizado na região do extremo oeste do Paraná, fazendo fronteira com os países Argentina e Paraguai. Desde o seu início, passando pelo processo de oficialização e até a contemporaneidade, atravessou diferentes ciclos de desenvolvimento, os quais ocorreram e modificaram-se de acordo com o momento histórico e as condições sociais, econômicas, políticas e culturais do país, as quais apresentavam rebatimentos diretos também no município. A população teve uma grande elevação a partir da década de 1970 – com 33.966 habitantes – passando, em 1980, para 136.321 habitantes. A partir desta década (1980), as famílias eram atraídas pela localização fronteiriça de Foz do Iguaçu e pelas vantagens do comércio de Ciudad del Este, no Paraguai (FOZ DO IGUAÇU, 2017). Dessa forma, chegando em 2016 com uma população estimada em 263.915 habitantes, segundo dados do IBGE.

No entanto, há um agravamento da situação econômica, política e social no município, com o crescente desemprego e o desenvolvimento de uma economia informal acarretando no aumento do favelamento urbano e dificuldades nos diferentes setores sociais como educação, saúde, assistência social e habitação. É proeminente retratar que a abertura de postos de trabalhos não acompanha o mesmo ritmo do crescimento populacional. Além disso, a redução do turismo de compras diminuiu, de modo considerável, as formas de trabalho informal no município, elevando, assim, o índice de desemprego. Outro fator é a ausência de um setor industrial no Município e a não efetivação de uma política de trabalho por parte da gestão municipal. Também se tem o agravamento da situação habitacional, devido ao inchaço das cidades, do próprio desemprego e da ausência de uma política habitacional que responda às atuais demandas da população local.

Em relação à saúde pública a mesma situação ocorre, pois os serviços e programas de saúde do município não abarcam as necessidades e condições da população. Não há cobertura da política de saúde suficiente para atender a demanda existente. Há um sucateamento dos serviços, número reduzido de equipes de atendimento, de medicamentos, de exames, ou seja, descaso com a saúde pública local⁵¹. Importante dizer que vem ocorrendo um processo de corrupção e desmonte das políticas públicas, entre estas, a de saúde. Este sucateamento e

⁵¹Essa situação tem sido noticiada nos jornais locais permanentemente. E ainda, enquanto profissional lotada na política de saúde, vivenciamos esta condição no cotidiano profissional.

descaso com a coisa pública teve um acirramento na última década, em especial na última gestão administrativa do município, culminando com a deflagração de uma investigação, denominada de “Operação Pecúlio”.

Portanto, teve início no município de Foz do Iguaçu uma investigação, através do Inquérito Policial nº 1.050/2013-DPF/FIG/PR, tendo como objeto “a apuração de condutas eventualmente delituosas de servidor público da Justiça Federal de Foz do Iguaçu/PR, que estaria utilizando seu cargo para obter vantagens indevidas de usuários da Justiça⁵²” (RELATÓRIO CONCLUSIVO, 2017 p. 4). A investigação não tinha como objeto a Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, porém, suspeitas foram aparecendo e houve a necessidade de alçar outros subsídios, para os quais foram realizadas interceptações de comunicação telefônica a pessoas identificadas como possíveis envolvidos com o caso investigado, pois havia indícios de “pessoas associadas para obterem vantagens indevidas em detrimento ao erário público” (RELATÓRIO CONCLUSIVO, 2017 p.4). Dessa forma, com o objetivo de aprimorar a investigação iniciada, foi instaurado novo inquérito policial, o qual se acoplou ao primeiro.

Inquérito Policial nº 1463/2014-DPF/FIG/PR, para apurar condutas ligadas a fraudes em licitações do município de Foz do Iguaçu/PR. Surgiram elementos que indicavam a participação ativa do ex-prefeito de Foz do Iguaçu/PR, RENI CLOVIS DE SOUZA PEREIRA, [...] passando então os Autos a tramitar perante o C. Tribunal Regional Federal da 4ª Região, em razão de foro privilegiado por prerrogativa de função (RELATÓRIO CONCLUSIVO, 2017 p.5).

Assim, segundo o Ministério Público Federal (MPF), a organização criminosa era comandada por Reni Pereira (PSB), que foi preso na 4ª etapa da operação, em 14 de julho de 2016, e mais tarde passou a cumprir prisão domiciliar, que durou 106 (cento e seis) dias. Atualmente responde em liberdade.⁵³ Com o progresso das investigações, novos processos foram sendo instalados, para dar continuidade nas apurações, sendo cumpridos em abril de 2016, “[...] inúmeros mandados de prisão e busca e apreensão, além de conduções coercitivas e bloqueio de bens no âmbito da operação PECÚLIO [...]” (RELATÓRIO CONCLUSIVO p. 5). Nesta operação foram realizadas prisões preventivas de empresários, secretários

⁵²“O funcionário era lotado na Vara Previdenciária, por isso o nome Pecúlio dado à operação, por fazer referência à reserva de dinheiro que se faz para eventualidades futuras, uma espécie de aposentadoria”. Disponível em <http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2016/11/ex-secretario-de-saude-faz-delacao-e-tem-prisao-domiciliar-revogada.html>.

⁵³Disponível em <http://g1.globo.com/pr/norte-noroeste/noticia/2017/01/operacao-peculio-mpf-denuncia-98-pessoas-em-foz-do-iguacu.html>.

municipais, diretores e servidores de carreira da municipalidade. Destes presos preventivamente, doze assinaram acordos de delação premiada e deixaram a prisão⁵⁴.

A organização ramificava-se partindo do topo da cadeia de comando da municipalidade, passando então pelas secretarias e autarquias, diretores e demais ocupantes de cargos comissionados, além de agentes externos aqui representados por empresários de vários setores, de forma a dar plena vazão às demandas ilícitas, cujo objetivo principal era a captação de recursos desviados dos cofres da prefeitura de Foz do Iguaçu/PR (RELATÓRIO CONCLUSIVO, 2017 p. 5-6).

Também durante as investigações, novos indícios surgem, dentre eles a participação de Vereadores, episódio conhecido como “mensalinho”.

Envolvendo a nomeação de cargos em comissão na administração pública municipal direta e indireta, além de indicações de cabos eleitorais de representantes do legislativo municipal para empregos em empresas prestadoras de serviços para a prefeitura de Foz do Iguaçu/PR, além da cobrança de recursos financeiros de forma ilícita para que o gestor municipal tivesse maioria na casa legislativa em votações de interesse da Organização Criminosa (RELATÓRIO CONCLUSIVO, 2017 p. 5).

A partir destas investigações, através da operação pecúlio, também foram presos 12 vereadores dos 15 que compõem o legislativo municipal, e dois foram levados a depor de modo coercitivo. Contudo, destes doze que se encontram presos, cinco foram reeleitos. Fato ocorrido um dia após a diplomação.

Dessa forma, no curso das investigações coletou-se ampla materialidade dos crimes de corrupção ativa e passiva, peculato, organização criminosa, falsidade ideológica, prevaricação, advocacia administrativa, fraude à licitação, dentre outros, ao passo que os indícios de autoria também foram devidamente identificados (RELATÓRIO CONCLUSIVO, 2017 p. 5).

Neste mesmo relatório, apurou-se que havia diversas ações relativas a fraudes em licitações e seus pagamentos, entre outras secretarias, para a Secretaria Municipal de Saúde e serviços afins, entre estes a Fundação Municipal de Saúde, que realizava a gestão do Hospital Municipal. Também a aprovação do projeto de Lei, de iniciativa do próprio Prefeito, para a “contratação de parceria público-privada, gerando ferrenha disputa entre empresas interessadas

⁵⁴Disponível em: <http://g1.globo.com/pr/norte-noroeste/noticia/2017/01/operacao-peculio-mpf-denuncia-98-pessoas-em-foz-do-iguacu.html>.

numa PPP relacionada à saúde, e ceulema entre agentes públicos fizeram lobby para elas” (RELATÓRIO CONCLUSIVO, 2017 p. 23).

Entre as operações pecúlio, foram presos, em operações diferentes, três ex-secretários municipais de saúde, que estiveram na gestão da secretaria durante o ano de 2016. O primeiro foi preso, continuando, mais tarde, em reclusão domiciliar, a qual foi revogada pela justiça após assinar acordo de deleção premiada com o Ministério Público Federal (MPF), permanecendo como réu da operação pecúlio. O segundo ficou preso preventivamente 05 meses – 21/06 a 18/11 de 2016 – sendo trocado por liberdade provisória – com uso de tornozeleira eletrônica –, devido a problemas de saúde, decisão tomada por desembargadores do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4). E o terceiro foi preso preventivamente no dia 15 de dezembro, passando a partir do dia 20 do mesmo mês a cumprir prisão domiciliar – com uso de tornozeleira eletrônica –, também devido a problemas de saúde. Decisão tomada pelo mesmo Tribunal. Ainda foram presos preventivamente e convocados a depor de modo coercitivo diretores e servidores de carreira da mesma secretaria.

Outra situação que se apresenta no município é a indefinição em relação ao executivo municipal, pois o candidato a prefeito eleito nas eleições municipais de outubro de 2016, o ex-prefeito Paulo Mac Donald (PDT), encontra-se impedido de assumir, devido à impugnação pelo Tribunal Superior Eleitoral (TSE), por condenações por improbidade administrativa. Situação essa que já se apresentava anteriormente às eleições, pois a candidatura do mesmo havia sido indeferida no dia 3 de setembro pela Justiça Eleitoral, sendo este considerado inelegível pelo Tribunal Regional Eleitoral do Paraná (TRE/PR). No entanto, Paulo Mac Donald manteve a sua candidatura, continuou a campanha, após entrar com recurso junto ao TSE, não sendo julgado o mérito do recurso até as eleições municipais. E assim, nas urnas, em três de outubro, a sua votação foi de 58.163 votos contra 54.488 votos do candidato Chico Brasileiro.

Assim, o Tribunal Superior Eleitoral (TSE) definiu por novas eleições no Município de Foz do Iguaçu. Porém, até a realização das mesmas, a Presidência da Câmara Municipal deverá tomar posse e assumir a gestão do Município. Deste modo, em primeiro de janeiro de 2017, foi realizada a eleição, sendo eleita a Sra. Inês Weizemann (PSD), como Presidente da Câmara Municipal, a qual passa a assumir interinamente a Prefeitura Municipal até a definição política local.

Assim, “o Tribunal Regional Eleitoral do Paraná (TRE-PR) definiu para o dia 2 de abril novas eleições municipais para a escolha de prefeito e vice em quatro cidades do Paraná [...]”⁵⁵ entre estas, Foz do Iguaçu, com prazo até o dia 20 de abril para a diplomação dos prefeitos e vices eleitos.

Toda essa situação política, econômica e social que se apresenta em âmbito local, rebate diretamente na organização dos serviços públicos municipais, sobretudo porque o sistema de saúde foi um dos principais alvos no qual foram realizados fraudes nas licitações de serviços e desvios de recursos financeiros.

Assim, o Conselho Municipal de Saúde recomenda através da Resolução 27/2016:

Considerando as Deliberações contrárias as privatizações, rejeição do Relatório de Gestão de 2015 e do Orçamento de 2016 da Secretaria Municipal da Saúde. Considerando enfim, as atuais demandas políticas, administrativas, legais, econômicas e financeiras da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu – Secretaria Municipal da Saúde, cujo ‘**colapso**’ no sistema já foi admitido pelo Ministério Público Estadual, pelo atual comando da Secretaria Municipal da Saúde e pela Mesa Diretora do COMUS/FOZ, com graves consequências nos serviços e ações da saúde do Município. [...] Resolve Art. 1º - Após análise jurídica e administrativa detalhada recomenda a INTERVENÇÃO da SESA/PR, em toda a Gestão do SUS-Municipal, sem prejuízo das demais obrigações da União (MS).

Essa é a realidade colocada ao Sistema de Saúde do Município nesta última gestão. No entanto, a política de saúde pública de Foz do Iguaçu encontra-se organizada e habilitada em gestão plena do Sistema Municipal, desde 1998, sendo de competência do gestor municipal o gerenciamento e execução dos serviços desta política, ficando sob sua responsabilidade a regulação, a autorização e a ordenação desta, na atenção básica e na atenção especializada de média e alta complexidade, com o financiamento pactuado nas comissões tripartite e cabendo ao Conselho Municipal de Saúde a responsabilidade pelo controle social.

Assim, a atenção básica apresenta-se organizada de forma distrital, com base territorial, dividido em cinco grandes Distritos Sanitários⁵⁶, os quais são: Distrito Sanitário Oeste ou Central; Distrito Sanitário Norte; Distrito Sanitário Sul; Distrito Sanitário Leste e Distrito Sanitário Nordeste. Nos distritos, estão lotadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os núcleos de saúde – os quais oferecem a população usuária ações e serviços da atenção

⁵⁵G1-PR. TRE-PR define calendário de novas eleições municipais para 4 cidades.. Disponível em <http://g1.globo.com/pr/parana/eleicoes/2016/noticia/2017/02/tre-pr-define-calendario-de-novas-eleicoes-municipais-para-4-cidades.html>. Acesso em: 09 fev. 2017

⁵⁶Distrito Sanitário: Área geográfica pré definida e em constante mutação onde estão inseridos os diversos atores sociais que influirão no processo saúde e doença da população.

básica, e também atendimentos com profissionais de serviço social, psicologia, fonoaudiologia, odontologia, entre outros – e o Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) o qual conta com o apoio dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF).

Enquanto na assistência especializada se encontram os serviços de urgência e emergência – Pronto Atendimento 24 horas Morumbi I, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) João Samek e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE). O Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Centro de Especialidades Médicas (CEM), centro de reabilitação auditiva, centro de reabilitação física, motora e social (CREFI) e a divisão de Saúde Mental também estão dentro da assistência especializada.

O município mantém convênio com o Centro de Nutrição Infantil, uma Organização Não-Governamental, a qual realiza atendimento a crianças em risco nutricional, com atendimento ambulatorial e internamento pelo SUS. Mantém convênio também com o Hospital Ministro Costa Cavalcanti para o atendimento de alta complexidade e atendimento a gestantes. A política de saúde conta ainda com a diretoria de vigilância em saúde; de supervisão, avaliação e controle e a de Residência Médica e com o Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

No entanto, o Hospital Municipal, desde o final de novembro de 2016, encontra-se sob intervenção estadual, pelo prazo de seis meses, podendo ser prorrogado por igual período por recomendação do Ministério Público Federal e Estadual. A indicação é de que o governo do Estado passe a realizar a gestão e financiamento da unidade hospitalar, com aprovação no decreto n.º 5582 de 23 de novembro de 2016⁵⁷. Essa decisão é resultado de “dívidas e irregularidades consideradas graves na gestão orçamentária, financeira, e operacional pelo SUS na cidade”⁵⁸.

No atendimento à política de saúde mental no município, tem-se o ambulatório de saúde mental, localizado na Avenida Paraná, nas dependências do CEM, para atendimento aos usuários com encaminhamentos oriundos da rede de atenção à saúde para o profissional de psiquiatria. O hospital municipal conta com uma ala psiquiátrica – inaugurada em setembro de 2014 – com doze leitos pra atendimento às necessidades de internação, isto é, destinados a

⁵⁷Maiores informações no próprio decreto, o qual se encontra disponível em <http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/listarAtosAno.do?action=exibir&codAto=165345&indice=1&totalRegistros=183&anoSpan=2016&anoSelecionado=2016&mesSelecionado=11&isPaginado=true>.

⁵⁸Disponível em <<http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2016/11/governo-oficializa-intervencao-no-hospital-municipal-de-foz-do-iguacu.html>>

usuários que estão em surto psicótico, com objetivo de curta permanência. E quando se faz necessário o tratamento e a internação de longa duração, estes são encaminhados, por intermédio da central de leitos, a um hospital de referência, dentro do Estado do Paraná. A residência médica em psiquiatria, sob supervisão do médico psiquiatra, é responsável pelo atendimento nesta ala psiquiátrica⁵⁹.

No que se refere aos centros de atenção psicossocial, o Município atualmente conta com o CAPSi, o CAPSad Solidariedade, e o CAPS II Flávio Dantas de Araújo, o qual realiza atendimento aos usuários com transtorno mental severo e persistente. Os CAPS têm horário de funcionamento das 08:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira e equipe profissional para os respectivos serviços. Para realização de serviços externos, como visitas domiciliares, serviços na comunidade e matriciamento, tem um veículo para atendimento dos três CAPS, do ambulatório de saúde mental e da própria divisão de saúde mental. Assim, é realizada uma escala, sendo na quarta e sexta-feira que o veículo fica à disposição do CAPS II.

Logo, este é o contexto no qual a pesquisa empírica foi realizada, sobre organização do trabalho de atendimento a usuários com transtorno mental severo e persistente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Flávio Dantas de Araújo, em Foz do Iguaçu, localizado na Avenida Juscelino Kubitschek, nº 2861, Vila Paraguaia, região central. É uma unidade pública estatal, habilitado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – do Ministério da Saúde – desde março de 2002⁶⁰. Porém, efetivamente com serviços de CAPS somente iniciou suas atividades em março de 2005, até este período funcionava enquanto ambulatório de saúde mental.⁶¹

O espaço físico é locado, com precárias condições de acesso aos usuários, sem rampas adequadas, espaço precário para as atividades, e a equipe profissional não contempla a equipe mínima sugerida pelo Ministério de Saúde. Desde setembro/2016, sem médico psiquiatra para realizar o atendimento da demanda, devido à falta de pagamento pelos serviços prestados. O segundo médico psiquiatra que realizava o atendimento era concursado, aposentou-se no início do segundo semestre de 2016. Atualmente conta com dois enfermeiros, um deles afastado para tratamento de saúde, um psicólogo, um assistente social, um terapeuta ocupacional, dois auxiliares de enfermagem, um administrativo, um serviços gerais, um guarda patrimonial. Um recepcionista e um serviços gerais contratados por empresa terceirizada e um estagiário de psicologia remunerado.

⁵⁹ <<http://www.pmfi.pr.gov.br/noticia/?idNoticia=36750>>

⁶⁰ http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_sipac.asp?VCo_Unidade=4108303085015

⁶¹ Conforme informação de funcionária que trabalha no CAPS desde o início dos serviços em Foz do Iguaçu.

O CAPS II tem usuários na condição de não intensivos, que são aqueles que freqüentam para consulta com médico psiquiatra, medicações e atendimento esporádico, quando necessitam, totalizando 195 (cento e noventa e cinco) usuários. Porém, este serviço está deficitário devido à falta do médico psiquiatra. Os usuários na modalidade de semi-intensivo são 138 (cento e trinta e oito) e freqüentam os grupos de apoio, grupos de expressão (música), grupos lúdicos e de produção. Nesta modalidade, há usuários que freqüentam um, dois ou três dias por semana, em horário integral ou quatro horas, a depender da condição do mesmo e da atividade que participa. Aqueles que freqüentam de modo intensivo são aqueles com maior necessidade de acompanhamento diário pela equipe, deste modo, permanecem durante o dia, recebem a medicação, são incluídos nas atividades dos grupos com os quais apresentam maior afinidade e desejo, totalizando 06 (seis). Mais 26 (vinte e seis) usuários estão com Projeto de Trabalho Individual (PTI) em aberto, aguardando reavaliação ou retorno do usuário ao tratamento, totalizando assim, 365 (trezentos e sessenta e cinco) usuários cadastrados e freqüentando regularmente o CAPS II.

Esses dados sofrem alterações constantes devido à entrada de novos usuários ao serviço, bem como pelas próprias condições dos usuários, que ora são atendidos de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva ou ainda encaminhados para acompanhamento por meio da UBS. Em algumas situações, são mudados de modalidades para avaliar se a condição de autonomia teve avanços, caso contrário, retorna à condição anterior. Assim, estes dados são com base nos atendimentos realizados nos meses de novembro e dezembro/2016.

Dos usuários que são atendidos nas modalidades intensiva e semi-intensiva, tem-se aqueles sem nenhuma condição de autonomia em relação à mobilidade, isto é, não apresentam possibilidades de, por si só, chegar ao serviço e retornar para a sua residência. Para os usuários nesta condição, atualmente o CAPS II conta com os serviços de um veículo van que realiza o transporte dos mesmos. Porém, é importante informar que este serviço é emprestado de outro serviço de saúde do município, que compartilha o veículo com o CAPS II. Então o próprio CAPS não tem este serviço para oferecer aos usuários, dessa forma, caso o transporte deixe de existir, acarretará em prejuízos aos usuários.

Em relação ao processo de acolhimento do CAPS II, o usuário deverá ser encaminhado por profissional da rede de saúde do município, com diagnóstico de transtorno mental severo e persistente. Ao chegar à Unidade, é marcado o acolhimento, no qual o usuário, de preferência acompanhado por uma pessoa de sua convivência, relata o histórico em relação à condição que necessita de acompanhamento. Um dos profissionais da equipe – todos os profissionais da equipe realizam acolhimento, há um cronograma de atendimento –

realiza a escuta, de forma individualizada, com objetivo de conhecer e compreender a situação do usuário.

Os usuários também são desligados do tratamento no CAPS II, por alta, por evasão, por mudanças de municípios, por transferência ao serviço ambulatorial ou para as UBS. Nos casos em que os usuários já eram do serviço e estão retornando, é realizado um reacolhimento para compreender qual a situação que o usuário se encontra. No momento do acolhimento ou reacolhimento, é predefinido, em conjunto com o usuário, o Projeto de Trabalho Individual (PTI) para o mesmo.

Assim sendo, uma vez por semana, toda quarta-feira, a equipe profissional – assistente social, enfermeira, psicóloga, terapeuta ocupacional – se reúne para repassar os acolhimentos e reacolhimentos realizados e definir conjuntamente o PTI para o usuário que foi acolhido ou reacolhido no serviço. Nestas reuniões também são discutidas situações que se julgarem necessárias em relação aos usuários que participam do CAPS, nas modalidades de intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Também são realizadas avaliações dos PTI em vigência, para adequações que se julgarem necessárias.

Realizam-se, também, as oficinas de atendimento aos usuários, as quais são: oficinas expressivas ou lúdicas, especialmente de pintura e música. Também as oficinas de memória, de produção, artesanato. Além das oficinas, são realizados os grupos de apoio psicoterapêutico feminino e masculino semanalmente. Em datas comemorativas, como dia das mães, páscoa, festa junina e festa de encerramento de ano, são realizadas atividades com a finalidade de socialização dos mesmos.

É realizado atendimento individualizado pelo profissional Assistente Social aos usuários e suas famílias, quando solicitado e quando se avalia a necessidade para fins de orientações, encaminhamento, em especial, a auxílio doença, benefício de prestação continuada (BPC), transporte público gratuito e outros que se fizerem necessários. Também são efetuadas, por este profissional, visitas domiciliares, quando necessário, e busca ativa de usuários que deixaram de freqüentar o serviço.

Aos usuários que permanecem de quatro a oito horas diárias – de acordo com a portaria de regulamentação dos CAPS – deve ser fornecida alimentação, uma a duas vezes ao dia, de acordo com o horário de permanência⁶². Este foi outro problema durante o segundo semestre de 2016, pois com a justificativa de atrasos nos pagamentos, por parte da prefeitura, a empresa responsável pelo fornecimento das alimentações – quando do atraso do pagamento,

⁶²“Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias” (BRASIL. Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002).

justificado pelos mesmos – não realizava o fornecimento das marmitas aos usuários dos serviços, assim os mesmos eram dispensados das atividades, prejudicando o atendimento, pois culmina em descontinuidade do acompanhamento. Porém, acredito ser importante informar que a empresa fornecedora de alimentação é uma das indiciadas na operação pecúlio, acusada de ser “[...] indevidamente beneficiada com um contrato emergencial de fornecimento de alimentação hospitalar para a Fundação Municipal de Saúde, gestora do Hospital Municipal Padre Germano Lauck” (RELATÓRIO CONCLUSIVO, 2017, p. 167).

Outra atividade desenvolvida pelos profissionais de psicologia, serviço social e terapeuta ocupacional é a supervisão de estágio, pois o serviço recebe estágios para supervisão direta. Também acolhe e abre campo de estágio para enfermagem, no qual os estagiários vêm acompanhados pelo professor supervisor de estágio. Em relação à psiquiatria, os residentes médicos em psiquiatria atendem no CAPS sob a supervisão do médico psiquiatra. Então, no período que o serviço ficou sem médico psiquiatra, os residentes em psiquiatria também não realizaram atendimento, pois é necessária a supervisão direta do profissional.

Outra orientação apresentada enquanto imprescindível pelo Ministério de Saúde é a composição de uma equipe específica para matriciamento em saúde mental para articulação dos serviços com a rede local, porém o município não conta com esta equipe específica. O matriciamento é realizado por uma equipe formada pelos próprios profissionais dos serviços de saúde mental, composta por médico residente, pela coordenadora da divisão de saúde mental – terapeuta ocupacional – e um representante de cada CAPS, isto é, quando a demanda trata-se de criança e adolescente, o representante do CAPSi acompanha o psiquiatra e a coordenadora da saúde mental, quando a demanda é álcool e outras drogas, o representante do CAPSad acompanha e quando se trata de transtorno mental severo e persistente, o representante do CAPS II. Importante também informar que, atualmente, este profissional que acompanha o matriciamento, representando o CAPS II, é o assistente social e também acumula a função de coordenador do CAPS II.

Retomando o matriciamento, a proposta do Ministério da Saúde é de que as ações sejam realizadas em conjunto com a atenção básica, para discutir os casos e juntos avaliar as condições do usuário, para na sequência buscar alternativas de efetivação de um trabalho conjunto. Este serviço é realizado quando se julga necessário pela equipe profissional dos CAPS, com o objetivo de articular a rede de serviços de saúde para buscar responder a demanda de saúde do usuário.

Outra situação na qual são realizadas ações da equipe de matriciamento é quando solicitado pela UBS ou até mesmo pelo Ministério Público, em situações em que o usuário encontra-se isolado em sua residência, não aceita o tratamento, por esse motivo não acessa o serviço. Assim, os profissionais do matriciamento em conjunto com a equipe de saúde da UBS – mais próxima da residência do usuário – buscam traçar estratégias para atendimento deste usuário. Assim, a proposta desse “apoio matricial é completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos” (BRASIL, Saúde Mental do SUS, 2004, p. 25). Contudo, informamos que este serviço ainda é muito embrionário na política de saúde local.

Com a finalidade de informar, esclarecer e articular a relação com a rede de saúde do município, foi realizado no segundo semestre de 2015 uma capacitação, na qual foram convidados todos os servidores da saúde do município, em horário de trabalho, em escalas, para uma capacitação em saúde mental, para assim possibilitar a efetivação dos serviços de forma articulada com a rede básica de saúde.

Assim, a partir da apresentação da organização do trabalho do CAPS II – Flavio Dantas de Araújo – observamos e analisamos que este é organizado de modo a fragmentá-lo, isto é, pelo modo que se apresenta a divisão por especialização do trabalho, de acordo com suas atribuições privativas; a reunião de equipe semanal não evidencia uma prática interdisciplinar, mas sim, uma equipe de diferentes profissionais que atua num mesmo espaço sócio ocupacional, com os mesmos usuários, no entanto, cada qual realiza o que se refere à sua profissão, de modo a manter a dicotomia do trabalho a ser realizado com o usuário, e até fragmentando o próprio usuário, como se ora ele necessitasse de uma coisa, depois outra, e não o tratando na sua totalidade, ora sendo de responsabilidade do médico psiquiatria, ora da enfermagem, ora da psicologia, ora do terapeuta ocupacional, ora do serviço social. No entanto, o usuário é o mesmo atendido por todos esses profissionais.

Notamos que há uma desarticulação entre os profissionais, fruto do processo de fragmentação, pensando que em determinados momentos poderiam ser articulados atendimentos em grupos de forma coletiva, nos quais os diferentes profissionais, nas suas diferentes formações disciplinares, pudessem articular uma prática interdisciplinar para responder às necessidades dos usuários. Um exemplo dessa situação é o grupo de família, o qual no momento não vem sendo realizado, pois os profissionais entendem que este é de responsabilidade do Serviço Social. No entanto, enquanto profissional do Serviço Social, entendo que a necessidade das famílias, ao participar de um grupo de familiares de pessoas com transtorno mental severo e persistente, vai muito além de dúvidas e angústias que o

profissional do Serviço Social unicamente possa saná-las, pois as mesmas manifestam dúvidas quanto às crises psicóticas, o uso do medicamento, a sexualidade, os benefícios sociais, doenças associadas às crises e a própria doença, internações de curta ou longa duração, entre outras.

Acredito ser este um exemplo no qual a prática interdisciplinar se apresenta enquanto imprescindível para os usuários, suas famílias e aos próprios profissionais e ainda um exemplo da fragmentação do trabalho neste espaço, ao defini-lo enquanto responsabilidade de uma área específica de atuação, gerando ainda divergências, celeuma, tensão entre os profissionais. Assim, as tensões, conflitos, divergências ou confrontos são naturais e estão presentes nos espaços profissionais existentes, próprios da organização e interesses institucionais e dos próprios profissionais, os quais são determinados pelas condições de trabalho, pela escassez de recursos humanos e materiais, bem como pelas instalações físicas que não satisfazem as necessidades de trabalho, bem como pela situação histórica, política e social, que permeiam a realidade em foco.

No caso dos serviços de saúde, o ambiente de trabalho se configura como cenário em que atuam diversos atores, entre eles gestores, trabalhadores e usuários. Conforma-se, portanto, como uma arena na qual ocorrem inúmeras inter-relações. Por conseguinte, é atravessado por diversos interesses, conflitos, necessidades e satisfações/insatisfações (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011, p.2147)

Outra situação a citar é que, ao final de um atendimento, o profissional faz anotações no prontuário do usuário, que fica à disposição para os demais profissionais – exceto o que for especificamente sigiloso a determinado profissional –, porém essa ação remete, me parece, mais a um controle para se verificar a efetiva participação do usuário e se o mesmo vem cumprindo o seu PTI, do que para uma articulação entre os profissionais e um trabalhar interdisciplinar, pluridisciplinar ou multidisciplinar.

Só para retomar a discussão já apresentada no capítulo I deste estudo, a proposta da interdisciplinaridade vem à tona a partir da década de 1960, com a finalidade de suplantar a fragmentação do conhecimento, e desde então a discussão vem se aprimorando e ganhando terreno nas diferentes áreas do conhecimento. No entanto, ainda assim, é uma discussão bastante recente, e com muitos conflitos alusivos a conceituação do termo, em especial uma confusão entre os termos interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade, apresentando concepções equivocadas em relação ao significado de cada uma delas. Em vários momentos, o termo interdisciplinar acaba por ser utilizado de maneira indiscriminada,

simplificada, banalizado e apresentado como se tudo fosse interdisciplinaridade, com um esvaziamento na discussão.

A multidisciplinaridade é a variedade de profissionais que atuam concomitantemente num mesmo espaço sócio ocupacional, com os mesmos usuários, isto é, realizando o seu trabalho – dentro da disciplinaridade de formação – sem uma cooperação com os demais, com objetivos múltiplos, ou seja, cada um assume e se apropria da sua disciplina. Na pluridisciplinaridade todas as disciplinas se apresentam com o mesmo valor hierárquico, sendo uma justaposição de diversos profissionais, também com múltiplos objetivos, os quais sejam responder a formação disciplinar. Chega a existir uma colaboração, mas sem coordenação.

Para Faria (2015, p. 109), tanto a multidisciplinaridade como a pluridisciplinaridade “colocam cada parte do problema lado a lado para, a partir de uma discussão, poder agrupar as diversas concepções”.

Já a interdisciplinaridade considera a importância e a necessidade das diferentes disciplinas se relacionarem, além de também ter objetivos múltiplos, pois a disciplina permanece, porém, com axiomáticas em comum. Trata-se da necessidade de reaprender, rever conceitos e renovar as referências, superando preconceitos, suscitando práticas inovadoras. Para tanto o profissional precisa estar envolvido na perspectiva de implementação dessa prática na organização do seu trabalho para que esse seja efetivado junto aos usuários. Ainda é necessário que os mesmos estejam encorajados e motivados para mudanças que recaem em uma prática interdisciplinar. Destarte, a realidade que se apresenta neste momento vem se mostrando como fator desencorajador e desmotivador, entrave para a sua efetivação no espaço do CAPS, devido ao caos que se revela política, econômica e social no município.

Outra situação para se pensar nessa dicotomia é a não participação do médico psiquiatra e dos residentes em psiquiatria na reunião de equipe, deixando em evidência que, ainda hoje – mais de três décadas do início das discussões da reforma psiquiátrica –, a figura do médico é idealizada, por mais que o trabalho neste espaço não seja de centralidade neste profissional. No entanto, muitas vezes, é este quem define o encaminhamento da atividade que o usuário deve frequentar. Não que o encaminhamento não seja válido, porém, se há uma reunião de equipe para esses fechamentos de PTI, por que não da participação do profissional de psiquiatria na mesma? Essa situação demarca a não efetivação de uma prática interdisciplinar no CAPS. No entanto,

É atribuído como herança no atendimento individualizado à saúde o modelo liberal privatista, que é responsável pela estruturação de uma determinada postura de trabalhadores de saúde, pautado no estilo médico que estabelece um atendimento impessoal por parte do profissional de saúde e o usuário e entre os diversos profissionais de saúde. O modelo comumente praticado na saúde em geral consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários. Para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde (MACHADO et al. 2007, p. 338).

Todavia, analisamos que não são as mudanças nas legislações e na política de saúde mental que irão fazer com que a superação do modelo médico-psiquiátrico aconteça, mas sim um amplo debate sobre os alicerces teóricos apresentados, em especial sob as formas de organização do trabalho, com a intencionalidade de fundar novas relações sociais entre os profissionais e usuários, mas lembrando que esta não é uma condição imposta, mas sim, uma decisão dos mesmos e uma reorganização nas relações de trabalho, para que esta prática possa ser efetivada e normatizada no cotidiano dos espaços profissionais da saúde mental, e aqui, especificamente, dos CAPS. Acrescentamos que as condições e relações de trabalho dos médicos, através de contratação de serviços, intensificam a ausência de interação profissional, pois estes tem uma forma de trabalho flexibilizado, vinculado ao projeto de saúde privatista que valoriza a produção individualizada.

Assim, analisamos que a forma de organização do trabalho precisa ser repensada, reavaliada, reconstruída por estes profissionais para se pensar numa prática de modo interdisciplinar. No entanto, a interdisciplinaridade tem que ser pensada a partir da realidade concreta, da historicidade, por ser a partir desta que se constrói conhecimento, o qual também é historicamente fragmentado, assim como o trabalho. Jantsch e Bianchetti (2001, p. 176) relatam que a interdisciplinaridade vem se apresentando na atualidade, “[...] pelas necessidades colocadas pela materialidade do momento histórico”. Concordamos com os autores que essa necessidade se apresenta, e pensando no objeto deste estudo, acreditamos ser imprescindível a efetivação da prática interdisciplinar, não por uma decisão dos profissionais ou gestores, mas sim pela realidade concreta e complexa dos usuários atendidos nesse espaço. Apesar disso, reforçamos que esta é uma prática construída e não imposta, por se fazer necessário um rompimento e superação de barreiras que se apresentam a partir da própria formação do conhecimento e da organização do trabalho.

Lembrando, portanto, que, na prática interdisciplinar, a disciplina não pode ser negada, abdicada, não se trata de todos os profissionais fazerem tudo, um fazer a função do outro, ou um ecletismo. Ao contrário, cada profissional deve ter clareza e conhecimento

acerca da sua disciplina, dominá-la, para assim trazê-la ao debate e estar preparado para se colocar em reciprocidade com as demais disciplinas – representadas pelos profissionais – que trabalham no mesmo espaço e ainda com os mesmos usuários, por intermédio da contribuição do conjunto. Sabemos que esta não é uma tarefa fácil, pois haverá dificuldades, atritos, resistências, pois sempre que se propõem mudanças, as resistências acontecem. E mesmo sendo uma decisão conjunta, as resistências e oposições irão ocorrer, seja pelas dificuldades encontradas, seja pelos gestores, por profissionais de fora do serviço, e por isso essa é uma prática construída e um grande desafio a ser superado, especialmente pelas condições de trabalho atuais dos serviços públicos, tanto em âmbito nacional, como em âmbito local.

3.3 – INTERDISCIPLINARIDADE: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DA MANIFESTAÇÃO REAL

Compreendemos a interdisciplinaridade no CAPS de atendimento aos usuários com transtorno mental severo e persistente, enquanto uma prática necessária, pensando o usuário e os serviços de saúde em uma perspectiva ampla, complexa, na qual abarca o usuário, enquanto sujeito social, na concepção de totalidade, e não como partes isoladas, fragmentadas de uma realidade e de serviços sem uma interlocução, que “não conversam” as suas condições sociais em relação aos usuários. Portanto, a

Reforma Psiquiátrica ou Luta Antimanicomial são nomes genéricos dados a uma grande mobilização social que já dura mais de duas décadas e vem propondo a reformulação das políticas públicas de saúde mental, de modo a abandonar o modelo asilar – considerado invasivo e opressor, fundado sobre a discriminação e a segregação de pessoas retiradas de seus campos de convivência, privadas de liberdade e tolhidas no exercício de sua singularidade e cidadania – para substituí-lo por um conjunto de serviços abertos e comunitários que devem garantir à pessoa com transtorno mental o cuidado necessário para viver com segurança em liberdade, no convívio familiar e social tanto quanto possível (FEDERAL, Cartilha Direito à saúde Mental, 2012, p. 17).

Assim, a partir das propostas advindas dos diferentes momentos e movimentos da Reforma Psiquiátrica e que culminaram na III Conferência Nacional de Saúde Mental, o que se requisita e espera de profissionais que venham a atuar na política de saúde mental – neste caso, nos CAPS – é uma postura profissional em relação ao processo saúde/doença mental,

com atitudes e práticas voltadas e capazes de articular conhecimentos específicos de sua disciplina com as demais disciplinas e saberes profissionais envolvidos neste espaço sócio ocupacional. E ainda com a rede de atenção de saúde local, qual seja, unidades básicas de saúde, programa estratégia de saúde da família, demais CAPS, unidades de urgência e emergência, hospital, e ainda com as demais políticas sociais, como assistência social, previdência social e outras que compõem a rede local de atenção aos usuários. Advertindo que os usuários são dos serviços públicos perpassando e utilizando-se de diferentes serviços de saúde, bem como das demais políticas sociais públicas, por isso se faz importante uma relação, minimamente, de articulação da mesma.

Assim, para a realização da coleta dos dados empíricos foram entregues questionários aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II de Foz do Iguaçu. Dos nove sujeitos de pesquisa, foram entregues oito questionários, devido ao fato de um profissional ter se aposentado. Destes, sete foram respondidos e devolvidos, conforme consta na metodologia apresentada na introdução deste estudo.

Portanto, a partir dos dados coletados na pesquisa empírica, observamos que há uma confusão acerca da definição de interdisciplinaridade, conforme verificamos a partir das respostas quando foi perguntado se o trabalho do CAPS é interdisciplinar e por quê:

Sim, porque contempla intervenções de vários profissionais, cada qual trabalhando de formas diferentes por um fim comum (sujeito 1).

Sim, devido às diversidades de instrumentos usados na abordagem, tratamento e acompanhamento (sujeito 2).

Sim, porque envolve profissionais de diferentes áreas de atuação (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, etc. (sujeito 3).

Sim, porque são vários profissionais, de diversas áreas atuando em conjunto por um mesmo fim (sujeito 4).

Sim, porque assim o indivíduo é atendido na sua integralidade. (sujeito 5)

Sim, porque a necessidade dos usuários com transtorno mental requer intervenção interdisciplinar (sujeito 6).

Sim, pelo fato de haver diversas funções que se comunicam entre si (sujeito 7).

Como foi possível identificar nas falas, todos os sujeitos da pesquisa responderam que no CAPS o trabalho é interdisciplinar. Na sequência da questão havia um “Por quê?”, com a intenção de identificar como os sujeitos/profissionais estavam compreendendo

interdisciplinaridade. Dessa forma, ficou evidente que não existe clareza na conceituação do termo e aplicação deste na prática. A resposta dos sujeitos 1 e 4 se aproximam da interdisciplinaridade, quando relatam que todos trabalham para um mesmo fim, mas, não colocam que fim é este, se estiver se referindo especificamente ao atendimento aos usuários com transtorno mental severo e persistente, este não é um fim, mas é unicamente os mesmos usuários, não deixando claro qual é o entendimento de “fim em comum”.

Nas respostas dos sujeitos 2, 3 e 7, simplifica-se a interdisciplinaridade como uma atuação de diferentes áreas, com diversos instrumentos, com uma comunicação entre pares; no entanto, como foi identificado nas falas dos autores Mueller, Bianchetti e Jantsch (2011), que trataram de interdisciplinaridade, esta comunicação entre pares, entre a equipe ou diferentes áreas atuando no mesmo espaço sócio ocupacional ou com os mesmos usuários, por si só, não significa uma prática interdisciplinar, mas sim uma necessidade de convivência e características do próprio mercado de trabalho.

Contudo, importa dizer que esse conflito em relação ao que vem a ser interdisciplinaridade é constante e comum, como mencionado por Pombo (2008), sendo inclusive banalizado o conceito, em especial quando nos confrontamos com os limites em relação ao território do conhecimento disciplinar. Então, quando as diferentes disciplinas atuam num mesmo espaço profissional, com os mesmos usuários e com uma finalidade específica, no caso de atendimento aos usuários com transtorno mental severo e persistente, muitos entendem que isso, por si só, já representa interdisciplinaridade.

Assim, estas situações demarcam uma noção ainda confusa, por parte dos profissionais, em relação ao que vem a ser uma prática interdisciplinar. Foi apresentada a imagem de interdisciplinaridade como aglutinadora de ações, para atendimento de um fim em comum. Entretanto, a interdisciplinaridade vai muito além do diálogo ou trabalhar no mesmo espaço, faz-se necessário haver um envolvimento dos profissionais em uma prática de compreensão da realidade e do objetivo em comum de uma maneira ampla, complexa, na qual se consiga traçar ações em conjunto, exigindo um refazer, reconstruir profissional.

Para tanto, faz-se necessário um aprofundamento da interação entre os profissionais, com uma amplitude no intercâmbio de saberes entre as disciplinas, em especial no que se refere ao trato dos casos e situações dos usuários. Assim, concordamos com Frigotto (2008) quando diz que esta é uma prática necessária, mas que se apresenta como um grande desafio a ser superado, e acreditamos ainda que dificilmente seja superado, pois estará em permanente construção.

O sujeito 5 relata que o CAPS é interdisciplinar, *porque assim o indivíduo é atendido na sua integralidade*, no entanto, fica um vazio na resposta, pois não se define o que entende por integralidade. Logo, a integralidade – uma das bandeiras de luta da reforma sanitária – é um dos princípios que norteia o Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição federal e ganha ênfase durante o movimento de reforma psiquiátrica, tendo sido apontada na III CNSM a necessidade de ações integrais no atendimento aos usuários com transtorno mental e reafirmada na IV CNSM. Assim, “entendemos a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere” (MACHADO et al., 2007, 336).

Assim, conforme Nasi et al. (2009), a integralidade é entendida em várias dimensões, as quais não são estanques ou lineares, mas estão imbricadas, devido à complexidade da área de saúde. Acrescenta a necessidade de rompimento de barreiras, particularmente com os modelos tradicionais, como melhor forma de intervenção, levando em consideração a subjetividade e singularidade do sujeito em sofrimento psíquico, trazendo como conceitos para ações integradoras a inclusão, cidadania, autonomia e solidariedade. Assim

A noção de integralidade da atenção ocorre pelo reconhecimento no cotidiano dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e social, que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser fragmentadas e que as unidades prestadoras de serviço em seus diversos graus de complexidade configuram-se em um sistema indissociável, capaz de oferecer atenção em saúde mental. (NASI et al., 2009, p. 150)

Entretanto, a ausência de definição, primeiramente de interdisciplinaridade e, do mesmo modo, de integralidade, não evidencia a compreensão do sujeito em relação à pergunta realizada. O sujeito da pesquisa pode estar compreendendo integralidade enquanto soma das partes, entendendo que integralidade é o atendimento do usuário pelos diferentes profissionais, fragmentado.

Diferentemente da noção de integralidade trabalhada na Lei Orgânica Nacional da Saúde (LOS) nº 8.080/90, vinculada ao acesso aos diferentes serviços e em diferentes níveis de atenção à saúde mental, tem-se adotado o termo integralidade, na maioria das vezes, para compreender o indivíduo como um sujeito integral, dotado de diferentes necessidades em diferentes momentos, estando relacionado à noção de direito. Portanto, a busca pela integralidade envolve a noção de responsabilização. [...] Faz-se necessário fomentar mudanças, em todo o sistema de saúde, para que de fato possamos nos responsabilizar de modo integral pela saúde das pessoas. [...] (SOUZA e RIVERA, 2010, p. 130).

Assim, de acordo com a citação, estamos muito aquém da proposta de integralidade aprovada nas legislações da política de saúde. Do mesmo modo, a resposta do sujeito 6 também evidencia o seu entendimento ao dizer que *a necessidade dos usuários com transtorno mental requer intervenção interdisciplinar*, pois não demarca ou complementa a sua resposta a ponto de esclarecer quais as necessidades. Concordamos com o sujeito que as necessidades de atendimento dos usuários são de uma prática interdisciplinar, mas justificando que este precisa ser pensado a partir do seu todo e não das somas das partes, visto enquanto sujeito com direitos sociais, políticos, econômicos, culturais e na concretude destes direitos, pois o sujeito/usuário é um ser social com diferentes e amplas necessidades, as quais não podem ser vistas e abordadas separadas, isoladas, fragmentadas por áreas do conhecimento, com práticas que ao invés de tratá-lo na totalidade de ser social, termina por estilhar ainda mais os usuários. Apesar disso, tanto as falas dos sujeitos 5 e 6 apontam para uma perspectiva, mesmo que elementar, de interdisciplinaridade.

Demarcamos que a maneira como a organização do trabalho de atendimento aos usuários no CAPS é realizada auxilia na efetivação ou não de uma prática interdisciplinar. Desse modo, foi perguntado aos sujeitos de pesquisa de que forma acontece a organização do trabalho no Centro de Atenção Psicossocial de atendimento a usuários com transtorno mental e obtivemos como respostas.

É realizado através de estratificação individual, com triagem, grupos de apoio, psicoterápicos, com participação de terapeuta ocupacional, psicólogo, equipe de enfermagem, médicos e assistentes sociais. É feito plano individual de tratamento buscando qualidade de vida e o máximo de autonomia para os pacientes (sujeito 1).

De forma multiprofissional, com várias intervenções de profissionais com formação diferente. Ex: psicólogo, assistentes sociais, médicos, entre outros como a família e a sociedade (sujeito 2).

Pacientes são encaminhados do ambulatório e/ou enfermaria e/ou UBS. São atendidos por psicólogos individual e/ou coletivamente (grupo), por psiquiatras (individualmente); nas dependências físicas/ambiente do CAPS, dinâmicas, seguimentos e atividades, etc. (sujeito 3).

Cada profissional faz o que é de sua especificidade. Algumas atividades que não são claras de quem seria atribuição é pré-acordado entre todos quanto à responsabilidade (sujeito 4).

De forma multi e interdisciplinar (sujeito 5).

De maneira multiprofissional e interdisciplinar (sujeito 6).

Acontece de forma interdisciplinar. Todos os profissionais do serviço devem conhecer o paciente e sua realidade para o trabalho de forma conjunta (sujeito 7).

Ao analisarmos as respostas aqui apresentadas, é notório o conflito em relação ao entendimento de interdisciplinaridade – como já tratado na questão anterior – havendo uma confusão entre multidisciplinaridade e interdisciplinaridade ou até mesmo as colocando enquanto sinônimos. Conflito este, como já dito neste estudo, que se apresenta desde a aprovação das legislações que tratam dos CAPS, pois na aprovação da proposta dos CAPS na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2003, a proposta aprovada foi de equipes interdisciplinares e multidisciplinares, mas sem apresentar – nos relatórios finais da referida conferência – as conceituações e diferenças entre ambas.

Identificamos pelas respostas – bem como pela apresentação da forma que o trabalho encontra-se organizado – que a prática que se apresenta neste espaço sócio ocupacional tem sua ênfase centrada na multidisciplinaridade, onde cada profissional realiza o que se apresenta como de sua responsabilidade, e ainda o que não está claro de quem é a responsabilidade, como apresentado pelo sujeito 4, são pré definidas de quem seria. Fica evidente nas falas dos sujeitos a divisão existente, demarcando que cada um irá realizar as atribuições específicas da sua formação profissional de forma a atender os usuários de maneira individual ou coletiva, mas a partir da disciplina.

Aqui temos três situações que gostaríamos de pontuar, primeiro a fragmentação do conhecimento e do trabalho, que são próprias do modo de produção em vigência e conseqüentemente dos interesses políticos e mercadológicos, culminando, inclusive, nesse conflito e banalização dos conceitos. E, segundo, a importância da disciplina, pois para que a interdisciplinaridade se materialize no cotidiano da prática é indispensável a disciplina, a qual não pode ser colocada de lado, abolida ou negada, porém faz-se imprescindível que este profissional esteja acessível ao debate, trazendo a sua disciplina, porém aberto a realizar uma interação e cooperação entre as disciplinas, de modo a englobar e construir conhecimento, um refazer profissional em relação ao objetivo que se propõe. E, por último, ao se referir que cada um faz uma parte, aquilo que é de sua especificada, como um parcelamento de tarefas, este modo de organização do trabalho nos retrata o fordismo e a disciplinaridade.

Assim, quando os sujeitos da pesquisa relatam como se dá a organização do trabalho neste espaço sócio ocupacional, fica visível que a prática que prevalece é a multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade.

Em relação a conhecer o usuário e sua realidade, acreditamos que independente da forma de trabalho a ser realizado, seja ele multidisciplinar, pluridisciplinar ou interdisciplinar, faz-se necessário esse conhecimento, não se trata de uma especificidade para uma prática interdisciplinar, mais sim, essencial e indispensável para a efetivação da prática profissional e inclusive sendo este direito do usuário, conforme retratado pela Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais e reconhece como direitos:

Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades; Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, para alcançar sua recuperação pela inclusão na família, no trabalho e na comunidade; Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; Ter garantia de sigilo nas informações prestadas; [...] Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (FEDERAL, Cartilha Direito à saúde Mental, 2012, p.16-17)

Assim, conhecer o usuário é direito do mesmo e obrigação dos profissionais para o desenvolvimento de sua prática profissional.

Foi perguntado: “Na organização do trabalho do Centro de Atenção Psicossocial de atendimento a usuários com transtorno mental há ação interdisciplinar?”. Todos os sujeitos da pesquisa responderam que sim. Deste modo, foi interrogado de que forma as ações são realizadas, e como resposta obtivemos.

Em conjunto com o CREAS, outras instituições de saúde (sujeito 1).

Consultas, oficinas de música e artesanato, grupos de diálogo, inserção na sociedade e apoio a famílias (sujeito 2).

Discussão de casos, atividades diversas, individuais e em grupo, recreação, lazer... (sujeito 3).

Na maioria das vezes em ações pontuais quando há o planejamento entre os profissionais sobre a atuação em casos específicos. Também na construção do Projeto Terapêutico, na revisão do Projeto Terapêutico. No geral, nenhum profissional decide ou altera o atendimento aos usuários ou a organização do trabalho sozinho sem que seja planejado através de uma ação interdisciplinar (sujeito 4).

Por meio de reuniões de equipe, com discussão dos casos, onde são definidos e avaliados os PTS (plano terapêutico singular) (sujeito 5).

Conforme demanda dos pacientes e familiares atendidos (sujeito 6).

Todo atendimento no CAPS é feito de forma interdisciplinar (sujeito 7).

Todos os sujeitos afirmaram que – por meio da forma de organização do trabalho do CAPS – há uma ação interdisciplinar. Ao responder de que forma as ações são realizadas, as respostas apresentadas pelos sujeitos 2 e 3 fazem referência às atividades realizadas com os usuários diretamente e não demarca ação interdisciplinar, pois estas atividades são realizadas por profissionais ora da psicologia, ora da enfermagem, ora da terapia ocupacional, ora do serviço social, ora da psiquiatria, focando novamente na multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade.

A resposta do sujeito 1, trata da intersetorialidade com os demais serviços de saúde e outras políticas, como exemplificado, o CREAS, que é o Centro de Referência de Assistência Social, serviço da política de Assistência Social, na modalidade da proteção social especial, e novamente não retrata a prática da interdisciplinaridade. Todavia, em documento do Ministério Público Federal, este nos apresenta que para atender às necessidades individuais das pessoas com transtorno mental, os serviços devem ser efetivados “através de projetos terapêuticos individualizados, construídos com a participação de equipe interdisciplinar, do usuário e da família, e de uma prática intersetorial, que venha abranger, de forma ampliada, as necessidades de cada cidadão” (FEDERAL, Cartilha Direito à saúde Mental, 2012, p. 20).

Na fala do sujeito 4, timidamente aparece um ensaio de uma prática interdisciplinar, mas apontado como ações pontuais, esporádicas. O sujeito 5 traz que a interdisciplinaridade ocorre por meio de reuniões de equipe, mas também é importante retratar que a reunião de equipe, por si só, não é uma prática interdisciplinar, pois nela pode ocorrer a prática multiprofissional e pluridisciplinar, na qual cada profissional coloca parte da situação e na sequência se agrupa as concepções. Sendo, na nossa análise, esta a realidade que se apresenta neste serviço, conforme discutido anteriormente. Enquanto que o sujeito 7 reforça que *todo atendimento é realizado de forma interdisciplinar*, mas não informa de que maneira seria essa ação.

Necessário se faz dizer, que a prática interdisciplinar não é obrigatória ou determinada aos profissionais, mas que estamos defendendo-a neste estudo, enquanto uma prática necessária e imprescindível para a melhoria na prestação dos serviços aos usuários. Esta é construída a partir dos profissionais e das condições de trabalho que são colocadas aos mesmos na organização do trabalho por parte da gestão dos serviços públicos.

Ao ser perguntado se a prática interdisciplinar poderá contribuir no atendimento a usuários com transtorno mental no Centro de Atenção Psicossocial, as respostas foram:

Sim, aumentando as possibilidades extra CAPS, como inserção no mercado de trabalho, cursos, acesso aos outros serviços de saúde e de assistência social (sujeito 1).

Sim, de forma a somar diversos fatores de inserção. Apoio psicológico, apoio social, apoio familiar, apoio médico (sujeito 2).

Penso que sim, mas talvez não seja suficiente o modelo vigente (sujeito 3).

Sim, amplia a visão sobre o paciente e suas necessidades. Essas ações são realizadas pelo planejamento inicial da forma de tratamento que será oferecido (reunião para repassar acolhimentos e reacolhimentos realizados individualmente para toda a equipe) e nas reuniões em geral que discutem casos. Fico na dúvida nesse momento se a prática é interdisciplinar ou a prática é individual e apenas o planejamento e avaliação é interdisciplinar (sujeito 4).

Sim, para a integralidade do atendimento (sujeito 5).

Sim, os usuários podem ter suas necessidades amplamente discutidas, abrangendo diferentes áreas de atuação dos profissionais (sujeito 6).

Sim, sempre contribuirá. O CAPS trabalha de forma interdisciplinar com os pacientes e familiares para que o tratamento tenha mais sucesso (sujeito 7).

Percebemos nas falas que todos acreditam ser importante uma prática interdisciplinar no CAPS e que poderá representar ganhos diretos aos usuários, sendo citado: para a integralidade no atendimento, ampliação dos serviços comunitários, inserção no mercado de trabalho, possibilidades de ampliar a visão em relação aos usuários. No entanto, o sujeito 4 se questiona ao responder a pergunta, se a prática é interdisciplinar ou se somente o planejamento e avaliação são interdisciplinares. Enquanto que o sujeito 3 nos traz um questionamento se no modelo vigente será o suficiente. O questionamento é importante, pois começa um repensar em relação à prática profissional, pois é através das indagações e questionamentos da realidade e da prática, que se inicia um processo de mudanças.

Observamos uma contradição presente nas respostas dos sujeitos da pesquisa, pois os mesmos responderam de forma unânime, na primeira questão, que o trabalho realizado no CAPS é interdisciplinar, assim como na questão três, ao ser questionado se há ação interdisciplinar no CAPS, todos afirmaram que sim. Do mesmo modo, ao serem perguntados se a prática interdisciplinar poderá contribuir no atendimento a usuários, todos responderam que sim. Demarcando, mais uma vez, a confusão em relação ao que vem a ser interdisciplinaridade, pois se ela já é presente neste espaço, de que modo poderá contribuir? No entanto, importante dizer que desses sete sujeitos, ao perguntar se a prática interdisciplinar

irá contribuir, um disse que sim, e reforçou que ela já acontece, e dois deles começam a se questionar se a prática é interdisciplinar.

Entendemos de fundamental importância a efetivação de uma prática interdisciplinar, na qual os profissionais possam realizar uma interação com os demais, com uma disciplina compreendendo e complementando o saber da outra, bem como havendo uma troca e produção de saberes. E ainda para a efetivação do que se propõe desde o movimento de reforma psiquiátrica, pois “[...] não adianta fechar hospitais sem que haja condições estruturais mínimas, como moradia, trabalho etc. Essas pessoas precisam de atenção no sentido mais ampliado do termo [...]” (SOUZA; RIVERA, 2010, p. 131).

Por fim, identificamos que em vários documentos oficiais a discussão de equipe interdisciplinar se apresenta enquanto modelo para efetivar práticas interdisciplinares na organização do trabalho nos serviços de atenção à saúde mental, no entanto, estar referenciada nos documentos oficiais, por si só, não garante que está se materialize no cotidiano da prática profissional nos CAPS, mas sim é imprescindível um debate de forma ampliada para se compreender o que de fato é interdisciplinaridade e, assim, os profissionais optarem pela implementação, ou não, da mesma no espaço sócio ocupacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos, ao findar este estudo, que o nosso objeto poderia ter sido aplicado em outro serviço de saúde, de educação, de universidade, no entanto, o universo pretendido foi na perspectiva de serviço público, na política de saúde – por ser esta a política de atuação da autora há mais de uma década – e a escolha pelo CAPS II por ser o espaço profissional em que estava atuando no período do estudo – como explicado na introdução –, com o qual foi possível apreender sobre a política de saúde mental, particularmente em relação aos usuários com transtorno mental severo e persistente e gostaríamos de poder contribuir de alguma forma com este serviço de saúde, especialmente para os usuários.

Igualmente, relatamos que a “indústria da loucura” trabalha na contra corrente das propostas dos serviços substitutivos, pois sempre esteve e continua em jogo a lucratividade com a “loucura”, no entanto, este é assunto para outro estudo, que só pontuamos aqui para demarcar que não somos inocentes em relação a essa perspectiva econômica que permeia a “loucura”.

Assim, gostaríamos de fazer algumas considerações: primeiramente, que falar da prática interdisciplinar foi e é um grande desafio, pois é um tema complexo, amplo, controverso e ainda muito recente nos espaços sócio ocupacionais das políticas sociais – com exceção da educação –, independentemente das legislações da saúde mental apontarem para a necessidade dessa prática. Ainda é um assunto pouco estudado e difundido entre os profissionais, ficando restrito a poucos, em especial aos que estão no processo de formação de pós-graduação.

Neste estudo, apresentamos a discussão do trabalho, no sentido ontológico do ser social e o intercâmbio homem/natureza, no qual o homem constrói a si mesmo e a totalidade social da qual é partícipe. E ao falar do trabalho, nesta perspectiva, observamos que este é tratado na sua totalidade, na coletividade. Sendo as relações sociais que o permeiam que irão modificá-lo, em particular no modo de produção capitalista que fragmenta o trabalho, o ser social, as relações sociais e o conhecimento.

Além disso, as formas de organização do trabalho – taylorismo, fordismo, toyotismo – se colocam em cena para atender ao modo de produção vigente, ou seja, o capitalismo. Vivemos, neste momento, num aprofundamento das medidas neoliberais, no qual o desenho que se apresenta na arena social é de massacre aos trabalhadores, sendo usurpados direitos sociais e trabalhistas que foram conquistados com muitos embates políticos e sociais, durante mais de um século, no país. Entre estes, a reforma da previdência social, das leis trabalhistas,

bem como cortes de recursos financeiros na aplicabilidade de direitos da política de educação, da assistência social, da habitação e da saúde, que é o foco do nosso estudo. Assim, o que se revela é a retirada de financiamentos das políticas sociais em detrimento da política econômica, resultando em uma ampliação das desigualdades social.

Situações estas que se ampliaram na conjuntura política a partir de maio de 2016, com o afastamento pelo Senado, de forma arbitrária, da Presidenta eleita pelo voto popular e a ascensão à presidência da República do vice-presidente, por meio de um golpe. Dessa forma, esse governo ilegítimo e golpista vem promovendo um dismantelamento na política de saúde – entre outras –, mas principalmente um desmonte no cerne do Sistema Único de Saúde, o qual traz no seu alicerce a justiça social, universalidade, integralidade, equidade, isto é, direito à saúde, enquanto dever do Estado, sendo estas propostas advindas do Movimento e do Processo de Reforma Sanitária.

No que se refere à luta pela reforma psiquiátrica, uma das principais reivindicações dizia respeito ao rompimento com a tradicional prática de institucionalização das pessoas com transtornos mentais, em espaços segregativos, os conhecidos hospícios, manicômios, propondo-se uma rede de atenção psicossocial substitutiva para atendimento dos mesmos, e também alterando a perspectiva de atendimento, rompendo com a centralidade, no modelo biomédico, na figura do médico psiquiátrica, do tratamento da doença e não da atenção ao sujeito como um todo. Assim, tem-se uma proposta de reorganização desses serviços em âmbito nacional e local, com a propositura de se construir serviços e práticas profissionais em oposição àquelas que vinham sendo tradicionalmente realizadas.

No entanto, não basta somente negar os hospitais psiquiátricos e acreditar que os CAPS são a resposta a todas as situações, sem pensar numa forma de efetivação da concretude de serviços, para que os CAPS não sejam transformados em um novo modelo de institucionalização. Assim, não basta criar novos serviços, mas é indispensável a ruptura com os valores e práticas segregadoras e excludentes que permeavam os atendimentos aos conhecidos socialmente como “loucos”, em uma cultura de “escondê-los”, isto é, excluí-los, em espaços institucionais, “longe dos olhares de todos”.

O movimento de reforma psiquiátrica teve seu início nos anos 1970, no entanto, ainda é presente e necessita ser contínuo para que os serviços não se tornem obsoletos, em meras ações recreativas ou de “um local” para que as pessoas com transtorno mental severo e persistente possam ficar por algum período, ou ainda práticas reducionistas, promovendo um conseqüente retorno às práticas de institucionalização nos espaços dos CAPS, e não mais nos hospícios. As decisões e deliberações de mudanças destes serviços são resultados dos

movimentos, das conferências, dos congressos e dos encontros de usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental. No entanto, as deliberações e legislações, por si só, não se efetivam, faz-se necessário que essa seja uma discussão presente no cotidiano dos usuários, familiares, profissionais e comunidade, e se constitua como um debate e construção permanente no cenário das políticas sociais, espaço marcado por interesses diversos e contraditórios.

Ao tratarmos particularmente do Município de Foz do Iguaçu, identificamos que a conjuntura política e social que se apresenta é caótica, deixando marcas profundas na organização dos serviços e no resultado final do atendimento profissional aos usuários, pois faltam as condições essenciais para o desenvolvimento deste trabalho – precárias condições de trabalho, falta de materiais e até da própria alimentação dos usuários, número reduzido de profissionais –, abrindo lacunas que são visíveis na situação que permeia o município e o país como um todo, apresentando limites para a prática profissional.

Todavia, quando visitamos a história, também identificamos que as lutas por mudanças sociais realizadas na política de saúde – tanto na reforma sanitária, quanto na reforma psiquiátrica – aconteceram em momentos de grande caos, momento de lutas sociais em prol da redemocratização do país, de um sistema de saúde universal, pública e gratuita e da ruptura com o modelo tradicional no trato às pessoas com transtorno mental, com a finalidade de desinstitucionalização, de rompimento com o modelo segregativo e exclusivo pelo qual os usuários dos serviços vinham passando.

Sendo assim, ao responder a nossa pergunta de pesquisa, se acontecem práticas interdisciplinares na organização do trabalho de atendimento aos usuários com transtorno mental severo e persistente no CAPS, analisamos por meio da descrição da maneira de organização do trabalho, bem como por meio das respostas dos sujeitos da pesquisa ao retratarem a forma de organização dos serviços, que este espaço sócio ocupacional efetivamente executa práticas multidisciplinares e pluridisciplinares. Entendemos, por intermédio das respostas dos sujeitos, que os mesmos não têm clareza em relação ao significado do que seria uma prática interdisciplinar, pois apresentam uma confusão em relação a sua conceituação e até a afirmação de que o trabalho por eles realizado é interdisciplinar. Importante lembrar que esta é uma confusão que permeia a discussão da interdisciplinaridade.

No entanto, o modo que a sociedade capitalista organiza os serviços e as relações de trabalho – como discutimos no capítulo I deste estudo – colocando limites à prática profissional, seja ela, disciplinar ou interdisciplinar, demarca claramente que a organização do

trabalho atual e que também é priorizada pelos gestores não vêm de encontro com uma prática interdisciplinar, pois enfatiza uma concorrência entre disciplinas, o trabalho individualizado, a culpabilização dos usuários, familiares e dos profissionais, sem analisar que a realidade é resultado de um processo histórico que não prioriza políticas sociais, direitos sociais, a exemplo da contrarreforma iniciada na década de 1990 e que perpetua até os dias de hoje, E, especialmente, neste governo ilegítimo que vem cortando direitos sociais dos usuários e trabalhadores, entre estes, profissionais de saúde, ameaçando o sistema previdenciário e a terceirização dos serviços públicos, condições estas que têm relação direta com os usuários e trabalhadores dos serviços aqui tratados, isto é, dos CAPS.

Portanto, as condições de trabalho que permeiam a efetivação da prática interdisciplinar encontram-se diretamente afetadas, pois – conforme verificado na discussão apresentada neste estudo – trabalha-se com equipes reduzidas, em condições materiais e físicas precarizadas. Também se faz necessário a efetivação de uma política de recursos humanos, uma formação continuada a partir das necessidades apresentada pelos próprios profissionais, necessitando, portanto de condições objetivas e subjetivas para a efetivação de uma prática interdisciplinar, pois somente a disponibilidade dos profissionais, sem condições e relações de trabalho apropriadas, não é possível a efetivação de tal prática. Assim, a prática interdisciplinar se coloca hoje como um grande desafio a ser enfrentado para a sua efetivação frente a realidade social e política apresentada tanto em âmbito nacional como municipal para os profissionais que atuam juntamente aos CAPS.

Contudo, acreditamos que mesmo diante da conjuntura atual perversa, contraditória e adversa, que influencia diretamente os espaços sócio ocupacionais, entre este os CAPS, faz-se importante impulsionar a discussão que venha a favorecer a efetivação de uma prática interdisciplinar, pois esta favorece um melhor conhecimento do modo de vida e de trabalho dos usuários atendidos por este serviço, buscando avançar tanto na melhoria da qualidade de serviços oferecidos aos usuários, bem como na busca pela qualificação do trabalho profissional.

Entretanto, para que práticas interdisciplinares sejam efetivadas neste espaço sócio ocupacional, também é necessário que seja um entendimento e anseio deste grupo de profissionais, pois mudanças neste sentido requerem a compreensão do que vem a ser interdisciplinaridade e ainda de que modo a organização do trabalho pode ser reconstruído, a partir de uma nova prática. Consideramos que este espaço, mesmo com as circunstâncias que o permeiam, tem condições para a efetivação de tal prática, porém faz-se necessário um aprofundamento do debate e compreensão referente ao que seja a interdisciplinaridade. E

ainda, os profissionais precisam estar abertos, incentivados e dispostos às mudanças advindas de uma nova prática, pois o saber e o agir precisam acontecer na totalidade.

Também consideramos que mesmo se apresentando como necessário o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar, nos deparamos com situações nas quais esta não se efetiva – enquanto prática – seja pelas condições de trabalho, pelos empecilhos colocados pela gestão, ou mesmo, pelos próprios profissionais, devido às amarras advindas da formação disciplinar, bem como de leitura de realidade destes profissionais, que não se desvencilham de uma prática que vem se apresentando como arcaica, abstrata e sem resultados inovadores. Na nossa avaliação, este é um grande risco a práticas de institucionalização dos usuários nos CAPS.

Logo, a sustentação da interdisciplinaridade acontece quando a prática busca englobar os conhecimentos que vêm das diferentes áreas das ciências sociais, naturais e da humanidade, no entanto não abandonando a sua disciplina, mas trazendo-a com afinco, estando com as bases sólidas na mesma, porém se libertando das amarras disciplinares, se permitindo conhecer a manifestação do real que se apresenta no cotidiano do trabalho e da vida dos usuários. Sendo, portanto, necessário uma articulação de saberes para as quais é indispensável romper com fronteiras disciplinares, e se permitindo a efetivar uma cooperação entre as disciplinas.

Portanto, interdisciplinaridade considera que todas as disciplinas são necessárias, de modo simultâneo, pois todas se relacionam, produzindo um conhecimento comum a todas. No entanto, continuo acreditando que este é um grande desafio a ser superado, pois o diálogo entre as disciplinas não é tarefa fácil e simples, pois implica ter respeito pelo saber do outro. Conflitos, tensões e divergências sempre irão acontecer, pois são próprios das relações sociais. Porém, a prática interdisciplinar, no CAPS II de Foz do Iguaçu, pode e, no nosso entendimento, deve ser construída, pois trará ganhos reais aos profissionais e especialmente aos usuários, que serão compreendidos a partir de um novo olhar, um olhar no aspecto coletivo e de totalidade e não mais de soma das partes.

Para finalizar, lembramos que conhecimento se constrói a partir da realidade social, a qual se mostra com caráter dialético, antagônico e contraditório. Assim, podemos iniciar esse desafio a partir do rompimento com os limites da formação e implementar uma nova prática, de interdisciplinaridade, a qual é construída e reconstruída no cotidiano profissional, por meio das novas indagações que irão surgir. E, advertindo novamente, que este é um processo contínuo, inconcluso, que se renova a partir de novos conhecimentos, de modo a ser construído no coletivo.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, 2000. Disponível em <<http://www.usp.br/>> Acesso em: 31 jul. 2016.
- ALVARENGA, Augusta Thereza de. et al. Histórico, fundamentos filosóficos e teórico-metodológicos da interdisciplinaridade. In: PHILIPPI JR., A; SILVA NETO, A. (Orgs.) **Interdisciplinaridade em ciência da tecnologia e inovação**. Barueri, São Paulo: Manole, 2011.
- AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade: Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira In FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 163-185. Disponível em <[file:///D:/ARQUIVOS/Downloads/Sa%C2%B7de%20e%20Democracia%20-%20A%20Luta%20do%20CEBES%20inte\[1\]%20\(1\).pdf](file:///D:/ARQUIVOS/Downloads/Sa%C2%B7de%20e%20Democracia%20-%20A%20Luta%20do%20CEBES%20inte[1]%20(1).pdf)> acesso em: 03 mai. 2016.
- _____. Novos sujeitos, novos direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. In **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Jul/Set, 1995, p. 491-494. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf.>> Acesso em: 05 de Jul. 2016.
- ANTUNES, Ricardo e ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. In **Educ. Soc.**, Vol. 25, n.º 87, Campinas 2004, p. 335-351. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br.>> Acesso em: 30 jun. 2016.
- ANTUNES, Ricardo. A nova morfologia do trabalho e as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil nos anos 1990. In Sociologia, **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Vol. XXVII, 2014, p. 11-25. Disponível em <<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/12436.pdf.>> Acesso em 29 jun. 2016.
- _____. **Adeus ao Trabalho?:** Ensaio sobre as metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 7ª ed. Rev. Ampl. São Paulo: Cortez, 2000.
- _____. As formas contemporâneas de trabalho e a desconstrução dos direitos sociais In SILVA e YAZBEK (org.) **Políticas públicas de trabalho e renda no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Cortez, 2006.
- _____. Século XXI: nova era da precarização estrutural do Trabalho. In Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho – São Paulo, 2008. Disponível em <<http://www.fundacentro.gov.br/Arquivos/sis/EventoPortal/AnexoPalestraEvento/Mesa%201%20-%20Ricardo%20Antunes%20texto.pdf.>> Acesso em: 02 de ago. 2016.
- BATISTA, Alfredo A. **Trabalho, questão social e serviço social**. Cascavel: EDUNIOESTE, 2014.
- BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**, 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2007. (Biblioteca básica de Serviço Social; v. 2).
- BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social no Brasil: Um direito entre a Originalidade e conservadorismo**. 2ª ed. Brasília, 2003.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BRASIL, CNESNet. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Disponível em <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_sipac.asp?VCo_Unidade=4108303085015>. Acesso em 17 Fev. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, 1988. Disponível <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 11 nov. 2015.

BRASIL. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 15 Ago. 2016.

BRASIL, Lei n.º 10.216, de 06 de Abril de 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em: 12 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 19 Fev. 2017.

BRASIL. Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 23 de Fev. 2016.

BRASIL. Portaria n.º 189 de 20 de Março de 2002. Disponível em <<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf>> Acesso em 16 de Fev. 2016.

BRASIL. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1988. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf>. Acesso em 22 Mar. 2016.

BRASIL, **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acesso em: 04 jun. 2016.

BRASIL, **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 13 Dez. 2016.

BRAVO, Maria Inês da Souza. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. In **Revista Serviço Social e Sociedade** n.º 102, Ed. Cortez. São Paulo, 2010, p. 205-221.

_____. **Serviço social e reforma sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. Ed. Cortez. São Paulo, 1996.

_____. As políticas brasileiras de Seguridade Social: Saúde In **Capacitação em Serviço Social e política social**, módulo 03. Brasília: CEAD, 2000.

BRAZ, Marcelo. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. In **Revista Serviço Social e Sociedade** n° 78. Ed. Cortez. São Paulo, 2004, p. 48-68.

CARVALHO, Gilda Pereira de. FEDERAL, Ministério Público/ Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Cartilha Direito à saúde Mental**, 2012. Disponível em <<http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>> Acesso em: 04 fev. 2017.

CEOLIN, George Francisco. Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social. In **Revista Serviço Social e Sociedade** n. 118. São Paulo: Cortez, 2014, p. 239-264.

CHAUÍ, Marilena. **Brasil:** mito fundador e sociedade autoritária. São Paulo: Fundação Perseu.

COHN, Amélia. **A ofensiva raivosa no desmonte do SUS**, 2016. Disponível em <<http://plataformapoliticasocial.com.br/artigo-15-a-ofensiva-raivosa-no-desmonte-do-sus/>> Acesso em 01 jul. 2016.

COMUS. Resolução N° 27/2016, 2016. Disponível em: <www.pmf.pr.gov.br/ArquivosDB?idMidia=97374> Acesso em: 20 fev. 2016.

CONSELHO Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília: CFESS, 2010. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em 15 Dez. 2015.

CRESS/PR. Manifesto da frente Paranaense em defesa da Seguridade Social e das políticas públicas. Disponível em <<http://www.cresspr.org.br/site/category/noticias>> Acesso em: 16 ago. 2016.

DELGADO, Pedro Gabriel et al. O Ministério da Saúde e a Saúde Mental no Brasil: panorama da última década In BRASIL, Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2001. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conf_mental.pdf>. Acesso em: 22 Jun. 2016.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistema de proteção social, 2008. Disponível em <<http://geradigiovanni.blogspot.com.br/2008/08/sistema-de-proteo-social.html>> Acesso em: 04 ago. 2016.

DIONÍSIO, Bibiana; VIANNA, José. Operação Pecúlio: MPF denuncia 98 pessoas em Foz do Iguaçu. **G1**, Curitiba, 31 jan. 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pr/norte-noroeste/noticia/2017/01/operacao-peculio-mpf-denuncia-98-pessoas-em-foz-do-iguacu.html>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? In Caderno CRH v. 24, n. spe 01, Salvador, 2011, p. 37-57. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792011000400004>. Acesso em 28 de Mar. 2016.

ENGELS, Friedrich, Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem In Ricardo Antunes (org.). **A Dialética do Trabalho: Escritos de Marx e Engels**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

ETGES, Norberto J. Ciência, interdisciplinaridade e educação. In: JANTSCH, Ari Paulo e BIANCHETTI, Lucídio (orgs.). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. 9ª ed. Atualizada e ampliada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil In **Capacitação em Serviço Social e política social**, módulo 03. Brasília: CEAD, 2000.

FARIA, José Henrique de. Epistemologia crítica, metodologia e interdisciplinaridade. In: PHILIPPI JR., A; FERNANDES, V. (Orgs.). **Práticas da interdisciplinaridade no ensino e pesquisa**. Barueri: Manole, 2014.

FEDERAL, Ministério Público/ Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Cartilha Direito à saúde Mental, 2012. Disponível em <<http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>> Acesso em: 04 fev. 2017.

FLEURY, Sonia. Reforma Sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. In **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 743-752, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf>>. Acesso em 30 de Mar. 2016.

FOLLARI, Roberto A. Interdisciplina e dialética: sobre um mal-entendido. In: JANTSCH, Ari Paulo e BIANCHETTI, Lucídio (orgs.). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. 9ª ed. Atualizada e ampliada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

FOZ DO IGUAÇU. Decreto n.º 24.741, de 26 de Julho de 2016. In Diário Oficial Nº 2.853 de 29 de julho de 2016. Disponível em <<http://www.pmfi.pr.gov.br>> Acesso em: 16 ago. 2016.

_____. Decreto n.º 24.754, de 29 de Julho de 2016. In Diário Oficial Nº 2.853 de 29 de julho de 2016. Disponível em <<http://www.pmfi.pr.gov.br>> Acesso em: 16 ago. 2016.

_____. Decreto n.º 24.776, de 10 de Agosto de 2016. In Diário Oficial Nº 2.861 de 10 de agosto de 2016. Disponível em <<http://www.pmfi.pr.gov.br>> Acesso em: 16 ago. 2016.

_____. Memorando Interno 216/16 de 12/09/16.

_____. <<http://www.pmfi.pr.gov.br/conteudo/?idMenu=1009>>. Acesso em 12 de jan. de 2017.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A Interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciencias sociais In: **Ideação**. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Campus de Foz do Iguaçu. Centro de Educação e Letras. Cascavel, Paraná: Edunioeste, v. 10, no. 1, 2008.

- GIL, Carlos Antonio. **Métodos e técnicas da Pesquisa Social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos movimentos sociais, paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: 5ª ed. Edições Loyola, 2006.
- GOUNET, Thomas. **Fordismo e toyotismo: na civilização do automóvel**. São Paulo. Ed. Boitempo, 1999.
- GUGEL, Maria Aparecida. **Pessoas com Deficiência e o Direito ao Concurso Público: reserva de cargos e empregos públicos, administração pública direta e indireta**. Goiânia: Ed. Da UCG. 2006.
- 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. *In Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2011, p. 2145-2154. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a14.pdf>> Acesso em: 03 fev. 2017.
- G1 PR. Ex-secretário de Saúde faz delação e tem prisão domiciliar revogada. **G1**, Foz do Iguaçu, 29 nov. 2016. Disponível em <<http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2016/11/ex-secretario-de-saude-faz-delacao-e-tem-prisao-domiciliar-revogada.html>> Acesso em: 02 fev. 2017.
- G1 PR. Ex-secretário da Saúde de Foz do Iguaçu deixa a cadeia após 5 meses. **G1**, Foz do Iguaçu, 18 nov. 2016. Disponível em <<http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2016/11/ex-secretario-da-saude-de-foz-do-iguacu-deixa-cadeia-apos-5-meses.html>> Acesso em: 02 fev. 2017.
- G1 PR. Governo oficializa intervenção no Hospital Municipal de Foz do Iguaçu. **G1**, Foz do Iguaçu, 26 nov. 2016. Disponível em <<http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2016/11/governo-oficializa-intervencao-no-hospital-municipal-de-foz-do-iguacu.html>> Acesso em: 02 fev. 2017.
- G1-PR. TRE-PR define calendário de novas eleições municipais para 4 cidades. **G1**, Curitiba, 08 fev. 2017. Disponível em <<http://g1.globo.com/pr/parana/eleicoes/2016/noticia/2017/02/tre-pr-define-calendario-de-novas-eleicoes-municipais-para-4-cidades.html>> Acesso em: 09 fev. 2017.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 10ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- _____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: Capital financeiro, trabalho e questão social**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410830&search=||info%EF5es-completas>> Acesso em: 12 de jan. de 2017.
- JANTSCH, Ari Paulo e BIANCHETTI, Lucídio. Interdisciplinaridade Para além da filosofia do sujeito In: JANTSCH, Ari Paulo e BIANCHETTI, Lucídio (orgs.). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. 9ª ed. Atualizada e ampliada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

_____. Universidade e Interdisciplinaridade In: JANTSCH, Ari Paulo e BIANCHETTI, Lucídio (orgs.). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. 9ª ed. Atualizada e ampliada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

LESSA, Sérgio. A centralidade ontológica do trabalho em Lukács. In **Serviço Social e Sociedade** n.º 52. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. O processo de produção/reprodução social: trabalho e sociabilidade. In **Capacitação em Serviço Social e política social**, módulo 02. Brasília: CEAD, 1999.

_____. **Mundo dos Homens: trabalho e ser social**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et. Al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. In *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):335-342, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>> Acesso em: 06 fev. 2017.

MARX, Karl e ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista: Prólogo** de Jose Paulo Netto. São Paulo: Cortez, 1998.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política: tradução e introdução** de Florestan Fernandes, 2.ª ed. São Paulo, Expressão Popular, 2008.

_____. **O capital: crítica da economia política: livro I**, tradução de Reginaldo Sant'Anna 33 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

_____. Salário, preço e lucro In ANTUNES, Ricardo (org.). **A dialética do Trabalho: Escritos de Marx e Engels**. São Paulo; Expressão Popular, 2004.

MINAYO, Maria C. de Souza (org): DESLANDES, Suely F; NETO, Otávio Cruz; Gomes, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade** – Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MUELLER, Rafael Rodrigo; BIANCHETTI, Lucídio; JANTSCH, Ari Paulo. Interdisciplinaridade, pesquisa e formação de trabalhadores: as interações entre o mundo do trabalho e da educação. In: JANTSCH, Ari Paulo e BIANCHETTI, Lucídio (orgs.). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. 9ª ed. Atualizada e ampliada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

NASI, Cíntia et. Al. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. In **REME: Revista Mineira de Enfermagem**; 13 (1): 147-152, jan./mar., 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/174>> Acesso em: 08 fev. 2017.

NETTO, Jose Paulo e BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo a Reforma Sanitária brasileira In **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n.º 81, p. 27-37, jan/abr. 2009. Disponível em <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo%202.pdf>>. Acesso em 28 fev. 2016.

PARANÁ. Decreto n.º 5582, de 23 de novembro de 2016, Publicado no Diário Oficial nº. 9828 de 24 de Novembro de 2016. Disponível em <<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/listarAtosAno.do?action=exibir&codAto=165345&indice=1&totalRegistros=183&anoSpan=2016&anoSelecionado=2016&mesSelecionado=11&isPaginado=true>> Acesso em: 02 fev. 2017.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no século 20**: Taylorismo, Fordismo e Toyotismo. 2ª Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

_____. O problema da interdisciplinaridade na ciência contemporânea: O conhecimento entre o utilitarismo e a emancipação em uma época de obscurantismo político. In FILHO; FAGUNDES; LUZ (org.) **Tecnologia e trabalho**: desafios na construção da interdisciplinaridade. Curitiba: SINDUTF-PR, 2011, p. 205- 217.

PLANO MUNICIPAL DE SAUDE 2014-2017. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br/ArquivosDB?idMidia=74267>> Acesso em: 15 dez. 2016.

PMFI, Setor de Psiquiatria do Hospital Municipal – Sinônimo de integralidade a centenas de pacientes da tríplice fronteira. Disponível em <<http://www.pmfi.pr.gov.br/noticia/?idNoticia=36750>> Acesso em: 03 fev. 2017.

POMBO, Olga. Epistemologia da Interdisciplinaridade. In: **Ideação**. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. *Campus* de Foz do Iguaçu. Centro de Educação e Letras. Cascavel, Paraná: Edunioeste, v. 10, no. 1, 2008.

RAICHELIS, Raquel. O Controle Social Democrático na Gestão e Orçamento Público 20 Anos Depois In Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (org.) Seminário Nacional: O Controle Social e a Consolidação do Estado Democrático de Direito, Brasília, 2011. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/livrosite_seminariocontrolesocialCFESS-CRESS.pdf> Acesso em: 19 Ago. 2016.

RAYNAUT, Claude. Interdisciplinaridade: mundo contemporâneo, complexidade e desafios à produção e à aplicação de conhecimentos. In: PHILIPPI JR., A; SILVA NETO, A. (Orgs.) **Interdisciplinaridade em ciência da tecnologia e inovação**. Barueri, São Paulo: Manole, 2011.

Relatório Conclusivo do Serviço Público Federal, Polícia Federal - MJC Delegacia de Polícia Federal em Foz do Iguaçu – PR, 2017. Disponível em <http://www.jtribunapopular.com.br/uploads/publicacoes/256-rel-final-ipl1-pdf.pdf> Acesso em: 01 Fev. 2017.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal In BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). **Política de saúde na atual**

conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrij-SSind, 2008. Disponível <<http://lrc-ead.nutes.ufrj.br>> Acesso em: 07 Ago. 2016.

RIBAS, João. **Preconceito contra as pessoas com deficiência:** As relações que travamos com o mundo. São Paulo: Cortez, 2007.

RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. Nenhum passo atrás na conquista do direito à saúde. In **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n.º 109, p. 4-7, abr-jun 2016. Disponível em <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/06/Saude_em_debate-109-WEB.pdf> Acesso em: 10 Ago. 2016.

ROSENBERGER, Samara. Por doença grave, Justiça autoriza prisão domiciliar a Patrícia Foster. **Massa News**, Foz do Iguaçu, 20 dez. 2016. Disponível em <<https://massanews.com/noticias/plantao/por-doenca-grave-justica-autoriza-prisao-domiciliar-a-patricia-foster-pMk6V.html>> Acesso em: 02 fev. 2017.

SEVERINO, Antônio Joaquim. O uno e o múltiplo: o sentido antropológico do interdisciplinar In: JANTSCH, Ari Paulo e BIANCHETTI, Lucídio (orgs.). **Interdisciplinaridade:** para além da filosofia do sujeito. 9ª ed. Atualizada e ampliada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e YAZBEK, Maria Carmelita. Políticas públicas de trabalho e renda no Brasil contemporâneo: tema e conteúdo do livro In SILVA e YAZBEK (org.) **Políticas públicas de trabalho e renda no Brasil contemporâneo.** São Paulo: Cortez, 2006.

SIMIONATTO, Ivete, LUZA, Edinaura. Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais. In **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 10, n. 2, p. 215-226, ago./dez. 2011. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/9830/7329>>. Acesso em: 22 Abr. 2016.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: 2002. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em 13 Mar. 2016.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV CNSM – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.** Brasília, 27 de junho a 1º de julho de 2010. Brasília: 2010. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 27 Mar. 2016.

SOARES, Laura Tavares. Estado Brasileiro e as políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. In NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães (org.) **Estado e políticas sociais no Brasil.** Cascavel. EDUNIOESTE, 2001.

SOUZA, Ândrea Cardoso e RIVERA, Francisco Javier Uribe. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental In Rev

Tempus Actas Saúde Colet. 2010; 4(1):105-14. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>> Acesso em: 05 fev. 2017.

TEMPOS Modernos. Direção: Charles Chaplin. Escrito e produzido por Charlie Chaplin com Paulette Goddard. MK2 editions: Estados Unidos, 1936. 83 min. Som, preto e branco.

UOL Eleições 2016. Disponível em <<http://placar.eleicoes.uol.com.br/2016/1turno/pr/foz-do-iguacu/>> Acesso em: 02 fev. 2017.

VASAPOLLO, Luciano. A precariedade como elemento estratégico determinante do capital. In **Pesquisa & Debate**, vol. 16 n.º 2. São Paulo, 2005, p. 368-386. <<http://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/article/view/11876/8595>>. Acesso em 28 Abr. 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização histórica do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil recente. In VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2010, p.19-34.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: Estratégias de bem-estar e políticas públicas, Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 1998.

_____. Em torno do conceito de Política Social: Notas introdutórias. Rio de Janeiro, dezembro de 2002. Disponível em <<http://antigo.enap.gov.br>> Acesso em: 08 Ago. 2016.

WURMEISTER, Fabiula. Prefeito de Foz do Iguaçu é preso durante a 4ª fase da Operação Pecúlio. **G1**, Foz do Iguaçu, 14 jul. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2016/07/prefeito-de-foz-do-iguacu-e-presos-durante-operacao-peculio.html>> Acesso em: 16 ago. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Questionário



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ– UNIOESTE
CAMPUS DE FOZ DO IGUAÇU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
SOCIEDADE, CULTURA E FRONTEIRAS – NÍVEL MESTRADO

Objeto de estudo: A organização do trabalho de atendimento a usuários com transtorno mental no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II em Foz do Iguaçu

Mestranda: Sueli de Farias Santos

Professor Orientador: Fernando Jose Martins

Entrevista N°: _____

Data: ____ / ____ / ____.

QUESTIONÁRIO

- 1) Você acha que o trabalho do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II é interdisciplinaridade? Por quê?

- 2) De que forma acontece a organização do trabalho no Centro de Atenção Psicossocial de atendimento a usuários com transtorno metal?

- 3) Na organização do trabalho no Centro de Atenção Psicossocial de atendimento a usuários com transtorno metal há ação interdisciplinar?
 - () Não
 - () Sim.
 Se a resposta for afirmativa, de que forma as ações são realizadas?

- 4) A prática interdisciplinar contribui no atendimento a usuários com transtorno mental no Centro de Atenção Psicossocial?
 - () Não. Se a resposta for negativa, por que não contribui?
 - () Sim. Se a resposta for afirmativa, de que forma as ações contribuem?

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento e Livre Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ– UNIOESTE
CAMPUS DE FOZ DO IGUAÇU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM SOCIEDADE,
CULTURA E FRONTEIRAS – NÍVEL MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: A organização do trabalho de atendimento a usuários com transtorno mental no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II em Foz do Iguaçu.

Mestranda: Sueli de Farias Santos

Professor Orientador: Fernando José Martins

Trata-se a presente pesquisa de campo de um estudo referente A organização do trabalho de atendimento a usuários com transtorno mental no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II em Foz do Iguaçu.

A pesquisa tem por objetivo geral: Verificar se na prática da organização do trabalho de atendimento a usuários com transtorno mental no Centro de Atenção Psicossocial em Foz do Iguaçu há ação interdisciplinar. E, por objetivos específicos: Averiguar a relação entre o mundo do trabalho, a organização do trabalho e a interdisciplinaridade no capitalismo contemporâneo; Descrever a Política de Saúde na contemporaneidade, fazendo a interface com a Política de Saúde Mental e a prática interdisciplinar; Evidenciar se a prática interdisciplinar poderá contribuir no atendimento a usuários com transtorno mental no Centro de Atenção Psicossocial;

Após receber as informações necessárias em relação à pesquisa e ao roteiro de perguntas e esclarecido dos seus direitos relacionados a seguir, declaro estar ciente do exposto e aceitar participar da pesquisa.

Direitos dos sujeitos da pesquisa:

A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimentos a dúvidas sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;

A liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

Desta forma, estando ciente assino o consentimento para o uso das informações contidas no roteiro de perguntas.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de 2016.

Nome:

Assinatura:

Sueli de Farias Santos

Pesquisador