

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO - CSE

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA: O ADOECIMENTO
DE SEUS TRABALHADORES**

FLORIANÓPOLIS – SC

2009

MÁRCIA MILENE PFLEGER VITÓRIO

**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA: O ADOECIMENTO
DE SEUS TRABALHADORES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, na Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª MSC Maria Izabel da Silva.

FLORIANÓPOLIS – SC

2009

MÁRCIA MILENE PFLEGER VITÓRIO

**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA: O ADOECIMENTO
DE SEUS TRABALHADORES**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequadamente para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e Aprovado pelo Curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Banca Examinadora:

Presidente:

Profa. MSc. Maria Izabel da Silva.
Departamento de Serviço Social - UFSC

1º Examinador:

Profa. Dra. Claudia Mazzei Nogueira
Departamento de Serviço Social - UFSC

2º Examinador:

Prof. Dr. Ricardo Lara
Departamento de Serviço Social - UFSC

Florianópolis (SC), 01 julho de 2009.

*Dedico este trabalho à minha família,
principalmente aos meus amores
Cristiano e Eduardo – luz da minha
VIDA por todo incentivo, amor e
paciência (muita) a mim dispensados,
contribuindo para minha formação
acadêmica.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, pela saúde, perseverança, força e persistência para percorrer meu caminho, e enfrentar os obstáculos e dificuldades encontradas nesta caminhada.

Aos meus pais, Nilto e Nilza, pela vida, educação, amor, dedicação, confiança e exemplo, sempre presentes me dando suporte e apoiando em minhas escolhas.

Ao meu Amor Cristiano meu marido, amigo e meu porto seguro de todas as horas, pela sua paciência (e como teve que ter paciência coitado...), que além da TPM teve que suportar também o TCC.

A luz da minha VIDA, o meu filho Eduardo (tão esperado...) que chegou durante esta caminhada, e que também participou deste processo, me dizendo muitas vezes “pára com isso mãe e vem brincar comigo”, “eu quero você” que lindo o meu fofo.

As profissionais do SAS – Serviço de Atendimento ao Servidor do IPQ-SC, Roseleni e Consuelo, pela oportunidade de participar, mesmo que por pouco tempo neste serviço necessário aos trabalhadores do IPQ-SC.

A minha amiga já Assistente Social Liliane, pelo apoio e pelo ombro onde chorei algumas (muitas) vezes.

A querida Professora e Orientadora Izabel, tão acolhedora e sensível, sempre tranqüila e pronta a me orientar neste processo de construção científica.

E finalmente, a todos que direta ou indiretamente contribuíram neste processo de crescimento os meus sinceros agradecimentos.

Muito Obrigada!

“O ser humano é capaz de adaptar-se ao meio ambiente desfavorável, mas esta adaptação não acontece impunemente”.

Lannart Levy

VITORIO, Márcia Milene Pflieger. **Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina: O adoecimento de seus trabalhadores.** Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

RESUMO

O presente trabalho é resultado da experiência vivenciada no Serviço de Atendimento ao Servidor – SAS, do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ-SC, que tem por objetivo desenvolver um trabalho de promoção e/ou recuperação da saúde do trabalhador de forma integral. Diante desta realidade e da demanda atendida por este Serviço, é realizado um acompanhamento junto a todos os servidores que necessitam afastar-se do trabalho. Sendo assim, este trabalho foi construído com o objetivo de identificar as principais causas de adoecimento dos trabalhadores do IPQ-SC, traçar o perfil destes trabalhadores, destacar a importância do trabalho interdisciplinar no atendimento ao trabalhador, conhecer o contexto institucional onde o trabalhador está inserido, com a finalidade de traçar estratégias de atendimento, identificar como se dá a intervenção do Serviço Social junto aos trabalhadores do IPQ-SC, mostrar a importância do acompanhamento do tratamento do trabalhador afastado de suas funções por motivo de doença, principalmente no caso da doença Psíquica. Para isso foi realizada uma pesquisa documental, com estudos descritivos e método qualitativo. O objetivo da pesquisa foi alcançado uma vez que se conseguiu verificar as principais causas de adoecimento dos trabalhadores do IPQ-SC, bem como as situações a serem trabalhadas com a finalidade de minimizar os afastamentos do trabalho por transtornos mentais (principalmente).

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do trabalhador; afastamento do trabalho; transtornos mentais, IPQ-SC.

LISTA DE SIGLAS

AVAI	Ano de Vida Ajustado por Incapacidade
IPQ-SC	Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina
LER/DORT	Lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho
LTS	Licença para tratamento de saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NR	Normas Regulamentadoras
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAS	Serviço de Atendimento ao Servidor
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UIP	Unidade Internação Psiquiátrica

SUMÁRIO

RESUMO	07
LISTA DE SIGLAS	08
INTRODUÇÃO	10
1 SAUDE DO TRABALHADOR	11
1.1 Desvelando a Saúde do Trabalhador	11
1.1.1 Saúde/Doença	14
1.2 Resgate histórico da proteção legal à Saúde do Trabalhador.....	16
1.3 Do sofrimento ao adoecimento no trabalho	18
1.3.1 O aparecimento da doença profissional	19
1.3.2 A necessidade de ter que afastar-se do trabalho	21
1.4 As transformações no mundo do trabalho	23
1.4.1 O binômio Taylorismo/Fordismo	23
1.4.2 A reestruturação produtiva flexível e o neoliberalismo	25
2 O INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA – IPQ-SC E OSERVIÇO DE ATENDIMENTO AO SERVIDOR – SAS	28
2.1 Histórico do hospital psiquiátrico	28
2.2 Conhecendo o IPQ-SC	30
2.3 O Serviço Social no IPQ-SC	33
2.3.1 Serviço de Atendimento ao Servidor – SAS.....	35
2.3.2 O Serviço Social e a Saúde do Trabalhador.....	37
2.3.3 Possibilidade da prática interdisciplinar.....	39
2.4 O contexto de inserção do servidor no IPQ-SC	41
2.4.1 Trajetória metodológica	42
2.4.2 Análise dos dados.....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERENCIAS BIBLIAGRÁFICAS	50
ANEXOS	54
ANEXO A: Organograma do IPQ-SC	55

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como tema central o adoecimento dos trabalhadores da Área da Saúde Mental.

A escolha deste tema se deu em virtude da experiência de estágio vivenciada no Serviço de Atendimento ao Servidor – SAS do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ-SC, que visa desenvolver suas atividades junto aos servidores deste Instituto.

A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como direito social, assegurando aos trabalhadores o direito à redução dos riscos inerentes ao trabalho por meio de Leis e Normas Regulamentadoras de saúde, higiene e segurança.

Para a construção deste trabalho foi realizada uma pesquisa documental, com estudos descritivos, de caráter qualitativo e estudos bibliográficos. A coleta dos dados foi realizada através da análise dos prontuários dos servidores atendidos pelo SAS.

Com a finalidade de alcançarmos o objetivo geral da pesquisa de identificar as principais causas de adoecimento dos trabalhadores do IPQ-SC delimitamos como objetivos específicos, traçar o perfil destes trabalhadores, destacar a importância do trabalho interdisciplinar no atendimento ao trabalhador, conhecer o contexto institucional onde o trabalhador está inserido, com a finalidade de traçar estratégias de atendimento. Também pretendemos identificar como se dá a intervenção do Serviço Social junto aos trabalhadores do IPQ-SC e mostrar a importância do acompanhamento do tratamento do trabalhador afastado de suas funções por motivo de doença, principalmente no caso da doença Psíquica.

Esse estudo está estruturado em duas seções. A primeira aborda o tema saúde do trabalhador, onde realizamos um resgate histórico acerca da saúde do trabalhador, bem como sobre as transformações ocorridas no mundo do trabalho contemporâneo.

Na segunda seção, apresentamos o histórico do hospital psiquiátrico e o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina IPQ – SC, e também o contexto onde estão inseridos os seus trabalhadores.

Para finalizar, fazemos algumas considerações sobre o que deve/pode ser mantido no Serviço, além de sugerimos algumas iniciativas que, no transcorrer de nossa pesquisa, consideramos pertinentes e necessárias. Em seguida, as referências bibliográficas consultadas, que fundamentam e embasam nosso trabalho, bem como os anexos.

1. SAUDE DO TRABALHADOR

1.1 Desvelando a área: Saúde do Trabalhador

É oportuno ressaltar inicialmente que o conceito de Saúde do Trabalhador, conforme a concebemos atualmente, é algo recente, tendo inclusive várias interpretações. Entretanto nós a entendemos numa concepção ampla, estando diretamente vinculada ao processo de relações sociais vivenciadas neste modo de produção capitalista.

Nesta perspectiva reportamos-nos a Organização Mundial da Saúde - OMS, que considera os seguintes objetivos da saúde do trabalho:

“o prolongamento da expectativa de vida e minimização da incidência de incapacidade, de doença de dor e do desconforto, até o melhoramento das habilidades em relação a sexo e idade, incluindo a preservação das capacidades de reserva e dos mecanismos de adaptação, a provisão da realização pessoal, fazendo com que as pessoas sejam sujeitos criativos; o melhoramento da capacidade mental e física e da adaptabilidade a situações novas e mudanças das circunstâncias de trabalho e de vida...”
(RELATÓRIO SOBRE SAUDE MENTAL NO MUNDO – OMS, 2001)

De acordo com Ramminger (2002) o referencial teórico que fundamenta o entendimento sobre a saúde do trabalhador é um conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas, como Medicina Social, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Sociologia, Epidemiologia Social, Engenharia, Psicologia, entre tantas outras que, aliadas ao saber do trabalhador sobre o seu ambiente de trabalho e suas vivências das situações de desgaste e reprodução, estabelece uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho e propõe uma nova prática de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho.

Ainda segundo a autora, metodologicamente percebe-se que as posturas preventivas e defensivas quanto à saúde do trabalhador ainda estão muito ligadas ao que é visível na relação entre trabalho e doença profissional, isto é, ao que pode ser medido, examinado, fotografado e medicado. Ou seja, quando ocorre um dano físico, é possível traçar o nexo causal entre algumas doenças e o trabalho, como por exemplo, no caso de uma perda auditiva por exposição ao ruído. Porém, ainda existe muita resistência quando o ambiente de trabalho ou o trabalho em si “aparentemente” são inofensivos á saúde física. Deste modo, nestes locais parece não haver motivos para adoecer, ou seja,

todo o adoecimento do/no trabalho tende a ser visto como um caso isolado e individual, sem relação possível com sua ocupação.

Nessa perspectiva Ribeiro (2001) ressalta a dificuldade de compreender o que seja a nocividade do trabalho. Segundo o autor:

“A concepção doutrinária positivista que marca tanto a prática da medicina quanto a do direito só reconhece a patogenia do trabalho para aqueles elementos ou causas que podem ser observadas materialmente e comprovadas. [...] Nexo causal estreito e linear está longe de suceder na maioria das doenças contemporâneas do trabalho, ainda que resulte em perda grave da capacidade de trabalhar. Daí porque os médicos, peritos e juizes negarem com freqüência tal nexos e o direito correspondente”. (RIBEIRO, 2001, p.3).

Com este entendimento, acrescenta ainda o referido autor:

“Se para o patronato e o estado capitalista só há doença quando o médico a reconhece e atesta, para o indivíduo – que prescindir do médico para vivenciá-la a doença muda sua vida. Preocupa-o menos sua localização corpórea que as perturbações e limitações que o impedem de fazer o que fazia antes e desonera-o a contragosto, da dinâmica social a que estava habituado”. (RIBEIRO, 2001, p.22).

A saúde do trabalhador é uma área passível de abrigar diferentes aproximações e de incluir uma variedade de estudos e práticas de indiscutível valor, mesmo na ausência de uma adequada precisão conceitual sobre o caráter da associação entre o trabalho e o processo saúde-doença.

A relação entre o trabalho e a saúde/doença (constatada desde a antiguidade e exacerbada a partir da Revolução Industrial) nem sempre foi foco de atenção. Posto que, no trabalho escravo ou no regime servil, não havia a preocupação em relação à saúde dos que submetiam ao trabalho. Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) esclarecem:

“com o advento da Revolução Industrial, o trabalhador ‘livre’ para vender sua força de trabalho tornou-se presa da máquina, de seus ritmos, dos ditames da produção que atendiam à necessidade de acumulação rápida de capital e de máximo aproveitamento dos equipamentos, antes de se tornarem obsoletos”. (*Ibid*, p.22)

Naquela época, as propostas de intervenção nas empresas se expressavam sob a forma de normatizações e legislações, que tem no **Factory Act, de 1833**¹, seu ponto mais relevante, passando a tomar corpo, na Inglaterra, a medicina de fábrica. A presença do médico no interior da fábrica representava tanto o patronato como o operariado, ou seja, um esforço em detectar riscos à saúde e também uma espécie de braço dos empresários com o objetivo de recuperar a saúde do trabalhador, visando o seu retorno à linha de produção. Fator este, fundamental à industrialização que emergia. Neste contexto era instaurada a Medicina do trabalho, mantida até hoje de forma tradicional: através de uma relação unívoca e unicausal, onde se busca as causas das doenças e acidentes. Segundo os autores:

“Assim a Medicina do Trabalho, centrada na figura do Médico, orienta-se pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença, um agente etiológico. (...) e, dessa forma, atuar sobre suas conseqüências, medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença legalmente reconhecida”. (MINAYO-GOMEZ E THEDIM-COSTA, 1997 p.23).

No que tange ao Brasil, seguindo ainda os referidos autores, a partir da década de 1970, dentro do processo da reforma sanitária, a problemática da atenção à saúde dos trabalhadores passou a fazer parte das atribuições da saúde pública. O que permitiu apreender a complexidade das questões relativas a saúde dos trabalhadores, se deu com a apropriação do conceito “nucleador” de processo de trabalho, extraído da economia política, na acepção marxista. Assim, o conceito de processo de trabalho, passa a constituir a referência central para o entendimento dos padrões de desgaste sofrido pelos trabalhadores no processo de valorização do capital.

Tal conceito por contemplar a subjetividade dos atores envolvidos, configura o marco definidor do que denominamos Saúde do Trabalhador. Esta se trata de um campo das ciências sociais, tendo como base o seu potencial interpretativo, de onde é extraído um corpo de conceitos e categorias para uma abordagem interdisciplinar entre as relações sociais e as técnicas que constituem os processos de trabalho como determinantes da saúde e da doença nos trabalhadores.

¹Trata-se da primeira legislação para a proteção ao trabalhador, a partir do relatório de Michael Sandler. Foi aplicada a todas as indústrias têxteis. Esta Lei proibia o trabalho noturno aos menores de 18 anos, restringia a jornada de trabalho de 12 horas/dia e 69 horas semanais, estabelecia a obrigatoriedade das fábricas ter escolas (para menores de 13 anos), regulamentava a idade mínima de 9 anos para o trabalho. Estabelecia o desenvolvimento físico em detrimento do cronológico. Disponível em: <http://www.ergonomia.ufpr.br>

Ainda segundo a análise de Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), ao adotar a contribuição das ciências sociais para a área da saúde do trabalhador, a saúde coletiva estabeleceu uma ruptura com as concepções hegemônicas da Medicina do Trabalho, que formulam articulações entre causa e efeito, não considerando a dimensão social e histórica do trabalho e do processo saúde/doença.

1.1.1 Saúde/Doença

Abordar a questão da saúde é discorrer sobre um tema amplo e abrangente em relação ao indivíduo e que vai muito além da presença ou ausência de doenças. O conceito de Saúde vem evoluindo ao longo dos anos e a partir do próprio desenvolvimento da ciência. Neste percurso passou historicamente de uma concepção negativa da doença para uma concepção positiva da saúde. Se antes saúde significava simplesmente a ausência de doenças, a OMS, por ocasião de sua fundação, define saúde como sendo “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”. (Organização Mundial de Saúde, 1948).

Na Constituição Federal Brasileira de 1988, (art. 196), a saúde é compreendida como “um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Trata-se, portanto, de uma concepção ampla de saúde, pressupondo ser um direito de todos os cidadãos e dever do Estado provê-la, sendo assim, um expressivo avanço legal conquistado.

Nesta perspectiva, a Lei Orgânica da Saúde no Brasil (Lei 8080/1990), por sua vez, estabelece que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais do país”, o que aponta para uma concepção ainda mais abrangente de saúde.

Sendo assim, o enfoque de saúde integral pressupõe uma influência e uma interdependência de fatores sociais, culturais, ambientais, psicológicos e também biológicos.

Sivieri (2004, p.61) conceitua a doença dizendo que esta pode ser compreendida como um “conjunto de manifestações patológicas de caráter agudo ou crônico, que

apresentam sinais e sintomas clínicos característicos, e que causam danos físicos e/ou psíquicos, funcionais e/ou estruturais”.

Mesmo causando danos físicos ou psíquicos, a percepção de uma determinada doença pode variar de indivíduo para indivíduo, dependendo de fatores culturais presentes na sociedade, da estrutura psíquica do mesmo ou do grau de tolerância à dor e às limitações que tais danos podem causar, sendo, portando, uma realidade objetiva para muitos e subjetiva para outros.

Vale ressaltar também, segundo Ribeiro (2001), que a doença causa sofrimento ao sujeito que a vivencia, ao conscientizar-se das limitações ou impedimentos de realizar o seu trabalho ou ainda a ameaça da morte, alterando significativamente sua dinâmica social rotineira. Para o autor “envolve, pois, culpa e desvalia orgânica, psíquica, afetiva e social, impondo um novo modo de vida sofrido que transcende o simples desvio de padrões fisiológicos que sequer conhece”. (RIBEIRO, 2001, p.23).

Saúde e doença, como afirmam Codo, Sampaio e Hitomi (1993) não são fenômenos que podem ser definidos em si mesmos, visto que estão profundamente ligados ao contexto sócio-econômico-cultural. Então seja qual for o conjunto de sinais e sintomas, seja qual for o conjunto de causas, só há doença mental quando a história psíquica do indivíduo perde relação com a história da sociedade, quando as reciprocidades e o compartilhar de significados se rompem, quando o indivíduo perde a capacidade de perceber o curso coerente de sua própria vida, quando sua crítica fica rebaixada, comprometendo seus julgamentos.

Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004 *apud* DÁVILA, KUSTER E GIOVANNETTI 2005) assinalam que saúde mental é a capacidade de construir a si próprio e a espécie, produzindo e reproduzindo a si próprio e à espécie. Distúrbio psicológico, sofrimento psicológico ou doença mental é o rompimento dessa capacidade, assim, se o sujeito se vê impedido por forças internas de seguir produzindo, quando sua capacidade crítica e afetiva se vê comprometida, pode-se dizer que a doença mental foi estabelecida.

O desafio para entender os transtornos mentais levou as sociedades humanas, às mais diversas concepções e a diferentes maneiras de interpretá-los.

É oportuno esclarecer que a doença mental e comportamental possui etiologia variada, indo desde os fatores orgânicos aos essencialmente psicológicos.

Conforme Branco, Oliveira e Mateus (2002) uma das características da doença mental, principalmente na sua relação com o trabalho é a sua invisibilidade. Esse

processo de invisibilidade acomete muitas vezes o próprio doente, fazendo-o não “enxergar” e, conseqüentemente, não aceitar-se doente.

1.2 Resgate histórico da proteção legal à saúde do trabalhador

As primeiras leis referentes à *reparação* dos danos advindos por acidentes e doenças ocupacionais datam do final do século XIX na Europa. No Brasil, constam do final do século XIX e início do século XX, onde surgem as descrições relacionadas com a associação doença e trabalho.

No Brasil em 1919, foi aprovada a primeira lei sobre acidentes do trabalho (Decreto Legislativo nº 3.724, de 15/01/1919). A partir desta Lei as doenças provocadas pelo trabalho do empregado são equiparadas a acidente do trabalho.

Em 1934, com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, o governo definiu sua atuação no campo da higiene e segurança do trabalho, através da nomeação dos “inspetores-médicos do trabalho”. Em 1950, inicia-se o ensino da medicina do trabalho nas faculdades de medicina.

A Lei nº 5.161, de 21/10/1966, criou a FUNDACENTRO - instituição governamental que atua na área de pesquisa científica e tecnológica relacionada à segurança e saúde dos trabalhadores.

O Ministério do Trabalho condensou as normas de segurança e proteção do trabalhador na Portaria nº 3.214/78, que atualmente conta com 33 Normas regulamentadoras – NR.

Posteriormente a Lei nº 8.213/91 em seu Art.20, incisos I e II regula as doenças ocupacionais.

Oliveira (2006) define o conceito das três denominações utilizadas na área de Saúde do Trabalho sendo:

- As doenças profissionais são aquelas peculiares à determinada atividade ou profissão, também chamadas de doenças profissionais **típicas**, tecnopatias ou ergopatias. Onde o exercício de determinada profissão pode produzir ou desencadear certas patologias. Como no caso de um trabalhador que trabalha exposto ao pó de sílica e contrai a silicose.
- A doença do trabalho, também chamada de mesopatias ou de doença profissional **atípica**, apesar de ser originada na atividade do trabalhador, não está vinculada necessariamente a esta ou aquela profissão. Seu aparecimento decorre da forma como o trabalho é prestado ou das condições específicas do ambiente de trabalho. As LER/DORT (lesão por

esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho) são exemplos das doenças do trabalho, uma vez que podem ser adquiridas ou desencadeadas em qualquer atividade, sem vinculação direta a determinada profissão.

- Doenças ocupacionais é a denominação utilizada para as doenças profissionais e do trabalho, pois foi adotada como o gênero mais próximo que abrange as modalidades das doenças relacionadas com o trabalho. (*apud* TEIXEIRA, 2007, p.34)

O referido autor esclarece ainda que “em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste artigo resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a previdência Social deve considerá-la acidente de trabalho”. (OLIVEIRA, 2006, *apud* TEIXEIRA, 2007, p.35).

É importante ressaltar o marco legal sobre a Saúde do Trabalhador no Brasil, com a Constituição Federal de 1988, trazendo o direito à saúde como um conceito ampliado que abrangeria também a saúde dos trabalhadores. A partir de então, a saúde passa a ser garantida como um direito de cidadania – direito de todos e dever do Estado. Em seu artigo 196 preconiza o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção e recuperação”. A Saúde é definida como produto das condições de alimentação, saneamento básico, renda, educação, salário, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde, conforme definição dada posteriormente pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990².

Nesta perspectiva, a Constituição Federal de 1988, estabelece que as “as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (artigo 198) e que a este Sistema Único de Saúde (SUS) compete “executar as ações de saúde do trabalhador” (artigo 200), unificando sob tais pressupostos todas as ações de saúde no campo do trabalho.

A saúde do trabalhador também é apresentada na Lei Orgânica da Saúde, Artigo 6º, considera:

“conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”. (LEI nº 8.080/90)

²Esta Lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Desta forma, após a Constituição Federal de 1988, o Estado foi regulamentando a Saúde do trabalhador através de Leis complementares, diluídas nos campos do Direito Sanitário, Ambiental, Previdenciário e do Trabalho. Entretanto, Oliveira (1996 *apud* ELY 2007) adverte que, existe uma dispersão das responsabilidades do Estado, que ao distribuir as atribuições acerca da Saúde do Trabalhador em vários órgãos, quase sem comunicação, produz visões parciais e desarticuladas.

Percebe-se, portanto, que apesar da legislação existente, a Saúde do Trabalhador ainda não é uma garantia a todos. Cabe lembrar o expressivo número de trabalhadores formado pelos “trabalhadores públicos”, civis ou militares, da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, bem como os das autarquias e fundações, desde que estejam sujeitos a regime próprio de Previdência Social não recebem a mesma atenção dispensada aqueles que fazem parte do regime Geral da Previdência.

1.3 Do sofrimento ao adoecimento no trabalho

Percebe-se que o trabalho ocupa um lugar central na vida de quem o realiza, seja por ser um meio de sobrevivência, ou pelo tempo de vida dedicado a ele (horas por dia, vários dias por semana, semanas por mês, vários meses por ano). O trabalho não é somente um meio de realizar-se profissionalmente, mas também de realizar-se pessoalmente. Antunes (1999) diz que o trabalho é um dos principais instrumentos através do qual o homem dialoga com o seu meio social e com o seu tempo.

Para tanto, é necessário que exista uma relação satisfatória com o trabalho para que o indivíduo possa ter um bom desenvolvimento em todas as áreas da vida humana. E esta relação depende muito dos suportes afetivos e sociais presentes na vida dos indivíduos durante o seu percurso profissional. Estes suportes são resultantes das relações com outras pessoas e também do compartilhamento com estas de suas preocupações, amarguras, anseios e conquistas. O poder compartilhar é fundamental tanto no âmbito pessoal como no profissional, visto que, ao ver-se sem estes suportes, o trabalhador poderá ser levado ao estresse ocupacional, e conseqüentemente ao adoecimento.

Para Rodrigues & Gasparini (1992) a execução de qualquer tipo de trabalho exige harmonia das necessidades individuais e organizacionais. Quando essa relação é “abalada” ocorre um desacoplamento do ser pessoa-organização, que resultará em

modificação e criação de processos patogênicos de adaptação, ocasionando situações conflitantes e isolamento na empresa e até mesmo um possível desligamento total da empresa.

É oportuno ressaltar que o nosso entendimento sobre o adoecimento do trabalhador pauta-se sobretudo nas relações de trabalho estabelecidas. Nesse sentido nos fundamentamos em Ribeiro (2001) ao afirmar:

“[...] os modos de viver, de adoecer e de morrer dos trabalhadores e de suas famílias são construídos socialmente pelas relações de trabalho [...] as especificidades das atividades e ramos produtivos, das ocupações e tarefas dentro deles e de cada empresa podem causar modos particulares de adoecer inculcados direta ou indiretamente aos processos de produção e às relações de trabalho de cada uma, gerando patologias mais ou menos específicas, senso estrito classificadas como doenças do trabalho”. (RIBEIRO, 2001, p.19)

1.3.1 O aparecimento da doença profissional

Segundo o Decreto 2.172 de 05/03/1997, a doença profissional³ é entendida como:

“aquela produzida ou desencadeada pelo exercício de trabalho peculiar a determinada atividade e constante da relação de doenças elaborada pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social. A doença do trabalho é entendida como aquela adquirida em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação de doenças elaborada pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social”.

Para Felli et al. (2005) a evolução da morbidade e da mortalidade da classe trabalhadora acompanha o desenvolvimento do modo de produção. Nos primórdios do capitalismo, na fase de acumulação primitiva, predominavam doenças originadas do baixo consumo de bens e serviços, das condições de vida e classe.

As autoras evidenciam que no setor da Saúde, vários são os fatores responsáveis pelo agravamento à saúde dos trabalhadores, portanto, as ações de saúde do trabalhador devem ser desencadeadas a partir da identificação de situações de risco relacionadas ao trabalho realizado. E que um dos fatores pelo adoecimento dos profissionais deste setor

³Na referida relação de doenças profissionais ou do trabalho, o agente patogênico é relacionado ao tipo de risco ligado ao trabalho (químicos, físicos, biológicos, etc.).

está relacionado à adoção das novas tecnologias e métodos gerenciais nos processos de trabalho, os quais contribuem para modificar o perfil de saúde, de adoecimento e de sofrimento destes trabalhadores.

Entre as doenças relacionadas ao trabalho mais frequentes estão:

- LER/DORT;
- Sofrimento psíquico/mental, principalmente depressão;
- Violência decorrente das relações de trabalho deterioradas;
- Assédio moral⁴, caracterizada pelas agressões por parte das chefias aos seus subordinados;

Segundo dados da OMS, em seu Relatório sobre Saúde Mental no Mundo, apontam que:

“se persistirem as tendências atuais da transição demográfica e epidemiológica, a carga da depressão subirá a 5,7% da carga total de doenças, tornando-se a segunda maior causa de AVAI (Ano de Vida Ajustado por Incapacidade) perdidos. Em todo o mundo, somente as doenças isquêmicas do coração tem maior AVAI perdidos, em ambos os sexos. Nas regiões desenvolvidas, a depressão é a que terá então maior peso na carga de doenças”.⁵

Nesta perspectiva, Teixeira (2007, p.29) discorre que: “A depressão atinge todas as raças, idades e profissões, tanto os profissionais que trabalham direto com o contato humano como aqueles que têm atribuições rotineiras extremamente operacionais e mecânicas”. Citando a pesquisadora Anadergh Branco, do laboratório de Saúde do Trabalhador da faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, afirma que dentre os transtornos mentais, a depressão é o problema que mais afeta os trabalhadores. Esclarece também, que a mudança tecnológica, feita de modo muito rápido no Brasil, causou um impacto considerável, e acrescenta, “além disso, temos um problema, principalmente nos últimos dez anos, que é o aumento da violência social, que vem interferindo de uma forma muito acentuada no trabalho”. (TEIXEIRA, 2007, p.29).

⁴O assédio moral refere-se a todo comportamento abusivo que expõe os trabalhadores a humilhações, constrangimentos e situações vexatórias vividas no trabalho que podem comprometer a identidade, a dignidade e as relações afetivas e sociais. As depressões, angustias e outros danos psíquicos podem expressar a existência desse risco invisível nas relações e condições de trabalho.

⁵AVAI) é um novo parâmetro de medida introduzido pela Organização das Nações Unidas - ONU, são a soma dos anos de vida perdidos em virtude de mortalidade prematura na população e os anos perdidos em função da incapacidade. Disponível em <http://www.virtualpsy.locaweb.com.br>

Ainda de acordo com Teixeira, estudos mostram que a doença mental nunca vem sozinha. O alcoolismo é a conseqüência mais comum, que surge da depressão. E complementa que existem trabalhadores que, pela sobrecarga de responsabilidade e tensão, não conseguem dormir sem beber álcool.

Neste sentido, segundo Souza e Faiman (2007), em função do aumento dos afastamentos decorrentes de transtornos mentais que vem sendo observados em pesquisas feitas nesta área, faz-se necessário dedicar atenção especial à saúde mental, que apresenta grandes desafios na atualidade.

Nesta perspectiva, esclarece Araújo (2005, p.13):

O sofrimento psíquico ocorre quando o trabalho perde o significado, a importância, levando a uma ruptura entre a subjetividade e a objetividade. Essa perda pode atingir a identidade social, aniquilando o interesse do indivíduo pelo seu fazer, extinguindo seu prazer em executar as atividades, onde este passa a não se envolver com o trabalho se restringindo tão somente a execução do prescrito.

Desta forma, a doença profissional provoca uma desorganização, uma desagregação na identidade do indivíduo, que é fortemente influenciada pelo trabalho que exerce e pelas relações sociais que estabelece.

1.3.2 A necessidade de ter que afastar-se do trabalho

Há situações em que é necessário que o trabalhador se afaste de suas atividades por ter perdido, mesmo que parcialmente, suas capacidades funcionais de forma temporária ou permanente. A principal função do afastamento é propiciar a oportunidade de tratamento⁶.

⁶Com relação ao absenteísmo no trabalho, as ausências no trabalho por motivo de doença têm importância na saúde pública, uma vez que indicam um processo de adoecimento dos trabalhadores e têm impacto econômico, pois interferem na produção, aumentam o custo operacional e reduzem a eficiência do trabalho. Percebe-se que o absenteísmo também acarreta sobrecarga para aqueles que permanecem no trabalho tendo que executar também as atividades dos colegas ausentes podendo levar ao aparecimento de novos problemas de saúde e possíveis afastamentos. É oportuno esclarecer que, segundo a Organização Internacional do Trabalho – OIT - 1991, “o absenteísmo é definido como a falta ao trabalho por parte de um empregado, ao passo que o absenteísmo por licença médica consiste no período de baixa laboral atribuído a uma incapacidade do indivíduo contabilizado desde o início e a margem de sua duração”. (PRIMO 2008, p.15). Nesta perspectiva, o autor complementa: “o absenteísmo confirma-se como um importante indicador, não só do perfil de adoecimento, mas também das condições, do clima organizacional e de quão comprometidos estão os trabalhadores”. PRIMO (2008, p.32).

Segundo Jorge (2004), o afastamento do trabalho pode ser entendido como a concretude e o reflexo de que alguma coisa não está indo bem, porém acredita-se que aqueles que não se afastam do trabalho também podem de alguma forma estar apresentando os mesmos sintomas do primeiro.

Este processo de reconhecer-se doente não é nada simples. Segundo Ribeiro (2001, p.22):

“A doença é algo que faz sofrer e da qual se toma consciência por dificultar ou impedir o fazer e o trabalho e lembrar a possibilidade ameaçadora da morte[...] O adoecimento é, pois, uma realidade concreta e não desejada expressa em sensações, mudanças corporais, psíquicas, afetivas e de comportamento que impõem limitações orgânicas e da vida psíquica, afetiva e social, sua exteriorização sendo uma pálida do que realmente se passa e o indivíduo consegue dizer. A marca é o sofrimento não compartilhado, impossível de ser apreendido pelos outros”.

Desta forma, Silva (2004) descreve que o afastamento para tratamento de saúde é a licença solicitada pelo servidor, que por motivo de doença comprovada, esteja incapacitado para exercer suas funções. Para a concessão da licença é indispensável o exame médico pericial, que irá determinar o prazo da mesma. A incapacidade não decorre apenas da doença diagnosticada, mas sim da situação clínica no momento do exame e se estabelece também em função da natureza do serviço exercido pelo trabalhador.

No que tange ao término deste período de afastamento, segundo Souza e Faiman (2007), percebe-se intensa angústia e ansiedade, uma vez que esse período de interrupção das atividades profissionais tem múltiplas e diferentes repercussões para o trabalhador, dada a importância que o trabalho adquire para a pessoa⁷.

A retomada das atividades é uma experiência rica de significados pessoais e muitas vezes bastante difíceis, onde novas questões se conjugam a vivência do afastamento, do adoecimento e mesmo da atividade em si, conferindo-lhes novos sentidos. Desta forma:

Um fator importante neste quadro é a dívida do trabalhador em relação ao seu restabelecimento, isto é, a dúvida quanto à sua capacidade de realizar tarefas com que se deparará sem que isso traga agravos à sua saúde. Há muitos casos em que o restabelecimento, de fato, não é total, pois instauram-se distúrbios crônicos [...].(SOUZA e FAIMAN, 2007, p. 23).

⁷De acordo com as autoras a importância do trabalho referenciada, está relacionada quanto a capacidade do trabalhador em realizar as tarefas com as quais se deparará, sem isto implique em agravos à sua saúde, e também com a sua imagem perante o contexto social onde está inserido.

Segundo os referidos autores, as experiências de afastamento do trabalho, retorno e de uma eventual recolocação em funções diferentes podem exercer forte impacto sobre a subjetividade e repercutir no equilíbrio e na saúde do trabalhador. Além disso, fatores como receio do trabalhador de sofrer uma recaída, de ficar com alguma consequência do adoecimento - como uma seqüela, dificuldade de se adequar às novas condições e situações de trabalho ao retornar e sentir-se discriminado por chefia e/ou colegas de trabalho em função das causas que motivaram o afastamento têm um peso muito importante na experiência de retorno ao trabalho, demandando a mobilização de importantes recursos em busca da adaptação neste período.

Diante do exposto, após abordarmos e fundamentarmos teoricamente sobre o adoecimento dos trabalhadores, buscaremos no próximo item, entender quais são as transformações ocorridas no Mundo do Trabalho contemporâneo que tem afetado diretamente a saúde dos trabalhadores.

1.4 As transformações do mundo do trabalho contemporâneo.

O mundo do trabalho vem passando por significativas transformações desde o século XX, do modelo da administração científica, passando pela escola de relações humanas até as denominadas novas formas de gestão associadas aos programas de qualidade total. Tais transformações têm alterado os processos e as relações de trabalho, refletindo diretamente na sua significativa precarização.

Para favorecer o entendimento sobre essas transformações do mundo do trabalho contemporâneo, faremos um breve resgate histórico expondo as principais formas de organização do trabalho vivenciadas no modo de produção capitalista.

1.4.1 – O binômio Taylorismo/Fordismo

No final do século XIX e início do século XX, nos EUA, emerge a organização clássica ou científica do trabalho com Frederick Winslow Taylor, passando a desenvolver e sistematizar os princípios da racionalização produtiva do trabalho, sob a designação de *Taylorismo*, a partir da separação entre concepção e execução, além do controle do tempo pelo cronômetro Taylorista. (SILVA, 2007).

Em seguida, complementando o Taylorismo, Henry Ford agrega novos elementos, emergindo então o Fordismo. Cabe destacar o uso da esteira, o operário massa, a produção em série e a organização verticalizada, chamada por Antunes de Organização Piramidal.

Desta forma, esclarece Antunes (1995, p.25), o taylorismo-fordismo, o cronômetro taylorista e a produção em série fordista, é “[...] a forma pela qual a indústria e o processo de trabalho consolidaram-se ao longo deste século”, tendo como seus elementos constitutivos básicos fundamentais, os seguintes:

- a produção em massa, por meio da linha de montagem e de produtos mais homogêneos;
- o controle de tempos e movimentos pelo cronômetro taylorista e da produção em série;
- a existência do trabalho parcelizado e fragmentação das funções;
- a separação entre elaboração e execução no processo de trabalho;
- a existência de unidades fabris concentradas e verticalizadas; e
- a constituição / consolidação do operário-massa, do trabalho coletivo fabril. (ANTUNES, 1995, p.25).

Nesta perspectiva, segundo Silva (2007) há um controle rigoroso sobre o trabalhador pela gerência científica, inclusive sobre a dimensão intelectual do seu trabalho, o qual reduziu-se a uma ação mecânica e repetitiva.

Vale ressaltar, segundo Silva (2007), a expansão dessa forma de produção no período pós-segunda guerra mundial, especificamente nos países centrais, possibilitando, assim, o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State*⁸, isto é, a política de pleno emprego, com salários mais altos, a conquista e garantia de direitos sindicais e políticos, além de uma série de direitos sociais, possibilitando o fortalecimento dos sindicatos dos trabalhadores. Para a autora: “A reconstrução dos países destruídos pelo referido conflito mundial favoreceu a expansão de um padrão de desenvolvimento, fruto da reestruturação tecnológica, industrial, comercial e financeira do mundo capitalista”. (SILVA, 2007, p.79).

⁸ Segundo Silva (2007), esse padrão positivo não se refere aos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, onde, citando Francisco de Oliveira, dá-se o estado de *mal-estar social*.

1.4.2 A Reestruturação produtiva flexível e o neoliberalismo

Na década de 1960, segundo Antunes (2005), O Taylorismo-Fordismo dá sinais de esgotamento, que culmina na crise estrutural do capital eclodida na década de 1970, onde o capital precisou buscar formas produtivas alternativas que procurassem suprir alguns de seus limites mais profundos, presentes no taylorismo/fordismo. O capital precisava de um padrão de produção mais “flexível”, atrelado ao mercado consumidor, de modo que fosse possível se contrapor às crises de superprodução.

Assim, buscou-se um novo método de organizar o processo de trabalho fundamentado no avanço da maquinaria informacional capaz de desestruturar a força coletiva presente na figura do operário, que marcou lutas sociais durante o período de glória do taylorismo/fordismo.

Neste contexto emerge a Reestruturação Produtiva, cujo objetivo deste novo método é o de aumentar a eficiência e evitar qualquer tipo de desperdício, pois, assim é possível elevar a produtividade e reduzir custos. O fortalecimento do capital, já referenciado, acabou por constituir um novo modelo de produção denominado flexível, inspirado no Toyotismo ou “modelo japonês” criado no Japão pós-segunda guerra mundial. Este novo modelo de produção tem como principal característica a “flexibilização” de tudo. Nele a classe trabalhadora não é mais formada por operários especializados como no taylorismo/fordismo, mas por trabalhadores chamados de “polivalentes” ou “multifuncionais” que passam a trabalhar em equipe, vivendo uma extensa exploração do trabalho, que é marcada pela competição entre equipes. Ainda conforme a análise de Antunes, essas modificações afetam os trabalhadores não apenas materialmente, mas, sobretudo subjetivamente. (ANTUNES, 2005).

Desta forma, esclarece Antunes (2005, p.53):

“Se no apogeu do taylorismo/fordismo a pujança de uma empresa mensurava-se pelo número de operários que nela exerciam sua atividade de trabalho, pode-se dizer que na era da acumulação flexível e da “empresa enxuta” merecem destaque, e são citadas como exemplos a ser seguidos, aquelas empresas que dispõem de *menor* contingente de força de trabalho e que apesar disso têm maiores índices de produtividade”.

Segundo Antunes (2005), essa forma de produção se diferencia da anterior, pautada nos seguintes elementos básicos:

- 1) *é uma produção muito vinculada à demanda*, visando atender às exigências mais *individualizadas* do mercado consumidor, [...] sua produção *é variada e bastante heterogênea*, ao contrário da homogeneidade fordista;
- 2) fundamenta-se no trabalho operário em *equipe*, com *multivariabilidade* de funções, rompendo com o caráter parcelar típico do fordismo;
- 3) a produção se estrutura num processo produtivo flexível, que possibilita ao operário operar *simultaneamente* várias máquinas (na Toyota, em média até 5 máquinas), alterando-se a relação *homem/máquina* na qual se baseava o taylorismo/fordismo;
- 4) tem como princípio o *just in time*, o melhor aproveitamento possível do tempo de produção;
- 5) funciona segundo o sistema de *kanban*, placas ou senhas de comando para reposição de peças e de estoque. No toyotismo os estoques são mínimos quando comparados ao fordismo;
- 6) as empresas do complexo produtivo toyotista, inclusive as terceirizadas, tem uma estrutura horizontalizada, ao contrário da verticalidade fordista. [...] Desse modo, flexibilização, terceirização, subcontratação, CCQ, controle de qualidade total, *kanban*, *just in time*, *kaizen*, *team work*, eliminação do desperdício, “gerência participativa”, sindicalismo de empresa, entre tantos outros pontos, são levados para um espaço ampliado do processo produtivo;
- 7) organiza os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs), constituindo grupos de trabalhadores que são *instigados* pelo capital a discutir seu trabalho e desempenho, com vistas a melhorar a produtividade das empresas, convertendo-se num importante instrumento para o capital apropriar-se do *savoir faire* intelectual e cognitivo do trabalho, que o fordismo desprezava;
- 8) o toyotismo implantou o “emprego vitalício” para uma parcela dos trabalhadores das grandes empresas (cerca de 25 a 30% da população trabalhadora, onde se presenciava a *exclusão* das mulheres), além de ganhos salariais intimamente vinculados ao aumento da produtividade” (*ibid*, p. 54-55) (grifos do autor).

Neste novo modelo de produção, existe também a individualização das relações de trabalho, a busca por participação nos lucros da empresa, a pouca solidariedade de classe e a restrição quanto à participação dos sindicatos, são as tentativas do capital para desestruturar e desorganizar a classe trabalhadora. Com tais atitudes, surge a idéia falaciosa de que os trabalhadores não são mais operários e sim *colaboradores*, *parceiros*. Tal idéia visa mascarar a contradição que existe entre a totalidade do trabalho social e a totalidade do capital.

A flexibilização trouxe mais um elemento de exploração para o trabalhador o denominado banco de horas. Este elemento foi aceito por alguns sindicatos e recusado por outros sob a argumentação de que se trata de mais uma maneira de explorar o trabalhador, com uma nova roupagem para violar a jornada de trabalho regulamentada em Lei. A respeito da flexibilização Antunes (1999, p.16) descreve que:

“Vivem-se formas transitórias de produção, cujos desdobramentos são também agudos, no que diz respeito aos direitos do trabalho. Estes são desregulamentados, são flexibilizados, de modo a dotar o capital do instrumental necessário para adequar-se a sua nova fase. Direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são substituídos e eliminados do mundo da produção”.

No que tange as respostas dadas a crise estrutural do capital eclodida no final da década de 1970, entendemos que é fundamental ressaltar que aliado a reestruturação produtiva flexível, ocorre a expansão mundial da hegemonia neoliberal.

No Brasil, o projeto neoliberal se instala a partir o de 1990, com a ascensão do Presidente Fernando Collor de Mello. O neoliberalismo pode ser definido como sendo um conjunto de idéias políticas e econômicas capitalistas que defende a *não participação* do estado na economia. De acordo com esta doutrina, deve haver total liberdade de comércio (livre mercado), pois este princípio garante o crescimento econômico e o desenvolvimento social de um país.

Segundo Friedman (1985), o neoliberalismo apresenta as características:

- Mínima participação estatal (Estado Mínimo) nos rumos da economia de um país;
- Pouca intervenção do governo no mercado de trabalho;
- Política de privatização de empresas estatais;
- Livre circulação de capitais internacionais e ênfase na globalização;
- Abertura da economia para a entrada de multinacionais;
- Adoção de medidas contra o protecionismo econômico;
- Diminuição do tamanho do estado;
- Aumento da produção com o objetivo de atingir o desenvolvimento;
- A base da economia deve ser formada por empresas privadas;
- Defesa dos princípios do capitalismo.

Neste contexto, Montaño (1997, p.111-112) esclarece que: “a existência de Estado forte e interventivo se torna não apenas supérflua e desnecessária, mas também negativa aos olhos dos neoliberais”. E complementa: “[...] para os neoliberais, o Estado não deve participar na atividade econômica com empresas públicas e, menos ainda, em alguns ramos essenciais da produção e de serviços, detendo o monopólio de certas atividades (telefonia, energia elétrica, combustíveis, segurança pública, etc.)”. A intenção é passar para o setor privado o que era e deveria ser de propriedade pública.

Nesta perspectiva, postula Silva (2007), o modelo neoliberal propõe diretrizes de ajustes estruturais, a partir do Consenso de Washington, pelos organismos internacionais FMI, BM, BID, OMC e G7, que estão centradas nas reformas promovidas pelos governos neoliberais, inclusive o atual - Lula, sobretudo a Reforma do Estado, isto é a (contra) Reforma do Estado, expressa na figura do Estado mínimo, descompromissado no que se refere as suas responsabilidades, principalmente, no âmbito social, as quais vem sendo transferidas para a Sociedade Civil, metamorfoseada em “Terceiro Setor”. (SILVA, 2007)⁹.

Vale ressaltar que essas diretrizes neoliberais, centradas na (contra)reforma do Estado, bem como os elementos característicos da reestruturação produtiva flexível já elencados anteriormente, afetam diretamente a classe trabalhadora brasileira, contribuindo com a precarização das suas condições e relações de trabalho, incluindo os trabalhadores públicos¹⁰, entre os quais os que trabalham no IPQ-SC, tema o qual trataremos na próxima sessão.

2. O INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA E O SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO SERVIDOR – SAS

2.1 Histórico do Hospital Psiquiátrico

No período colonial os doentes mentais vagavam pelas cidades, e eram excluídos de qualquer tipo de assistência médica, ficando expostos às possíveis alternativas: serem colocados nas prisões sob a alegação de perturbação à ordem pública, permanecerem em casa recebendo cuidados dos familiares ou então receberem tratamento específico na Europa, neste ultimo caso nos referimos aos doentes mentais das famílias abastadas. Gonçalves (1980 *apud* COSTA 1983) afirma que até a segunda metade do Século XIX, os doentes mentais não se beneficiavam de nenhuma assistência médica específica.

⁹Segundo Silva (2007, p.33), pautando-se em Montañó (2005), trata-se da “desresponsabilização do Estado e refilantropização da questão social tem pautado as relações de Estado e Sociedade no contexto de hegemonia neoliberal. [...] que o terceiro setor, a reestruturação produtiva e a (contra) Reforma do Estado constituem o tripé neoliberal”.

¹⁰Segundo Yamamoto (1999, p.119): “os Assistentes Sociais funcionários públicos vem sofrendo os efeitos deletérios da reforma do Estado na órbita do emprego e da precarização das relações de trabalho”.

A origem do hospital psiquiátrico está ligada à evolução histórica do conceito de loucura. Pessoti (1994 *apud* RAMMINGER 2002) aponta que a reclusão dos loucos passou por várias modalidades. A mais antiga era a prática de recolher os loucos junto com outras minorias sociais, em edifícios mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos. Posteriormente, aparecem na Europa as instituições hospitalares destinadas a dar tratamento médico aos doentes sem recursos, passam a acolher também os loucos, sendo que o tratamento ficava a cargo de pessoas sem formação médica, quase sempre religiosos. A partir do século XIX, surge um outro grupo de instituições caracterizado por acolher doentes mentais e dar-lhes tratamento médico sistemático e especializado, chamados de manicômios.

Desta forma, no século XIX até meados do século XX, o manicômio psiquiátrico foi considerado como a modalidade terapêutica mais eficaz, reconhecendo-se o seqüestro, o isolamento e as práticas coercitivas como um mal necessário. No entanto, a legitimidade de tal violência, defendida como caminho para a cura, nunca deixou de ser contestada pela filosofia, pela ciência e pelas artes.

Ramminger (2002) descreve que entendendo que a medicina é sempre social, como ciência e como prática, e desta forma está colada ao surgimento do Estado Capitalista, no Brasil também existe uma medicina e sua primeira especialidade – a psiquiatria – amalgamada às condições políticas, econômicas e sociais do Estado brasileiro. Aqui como na Europa, os “loucos” ficavam perambulando pelas ruas das cidades, ou recolhidos às Santas Casas de Misericórdia ou Hospitais Gerais. Com a organização dos médicos como categoria profissional, com o estabelecimento de uma legislação sanitária municipal no Rio de Janeiro e a criação de faculdades de Medicina, grupos de higienistas passam a exigir melhores condições aos doentes mentais, criticando os métodos empregados até então, defendendo a construção dos hospícios. Os médicos higienistas são considerados os fundadores da Psiquiatria no Brasil, mesmo sem ter a formação psiquiátrica devida. Então em 1852 no Rio de Janeiro foi inaugurado o primeiro Hospital Psiquiátrico brasileiro – O Hospício D. Pedro II.

A Lei 1132 de 1903 reorganiza a assistência prestada aos doentes mentais ou “alienados” - como eram chamados, estabelecendo em seu artigo 1º, que o indivíduo que por moléstia congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados, subordinando-se a um parecer médico a realização de seus cuidados. Esta Lei trata do reconhecimento da competência da Psiquiatria e do Psiquiatra sobre a “loucura”.

Em 1941, é criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais, ampliando a assistência ao doente mental, através da atuação direta do Psiquiatra aos doentes. Porém é no âmbito da Previdência Social que a assistência psiquiátrica assume um caráter a nível nacional.

Após a Segunda Guerra Mundial, muitos movimentos libertários e humanistas surgiram, influenciando todas as práticas. Discussões sobre cidadania, ampliação dos direitos humanos e liberdade foram disseminados por todo o mundo. Assim surgiram o Movimento Institucional na França e as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, culminando no Movimento da Antipsiquiatria. Entretanto os Estados Unidos optaram por uma política de redução de custos com a estratégia da desospitalização.

Aqui no Brasil, no bojo deste novo cenário, surge o Movimento da Luta Antimanicomial, a partir do Movimento dos trabalhadores de saúde mental. Desde então, importantes passos foram dados para a efetivação de uma nova política nacional de atenção à saúde mental, culminando com a aprovação da lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, em abril de 2001, substituindo o arcaico Decreto de 1934.

2.2 Conhecendo o IPQ-SC

O Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ-SC nem sempre teve essa denominação. Inicialmente, chamado Hospital Colônia Santana¹¹, localizado no município de São José, foi inaugurado com 300 leitos em 10 de novembro de 1941, no mandato do então Governador Nereu de Oliveira Ramos, como alternativa das mais modernas na época, substituindo estruturas meramente asilares e não terapêuticas existentes no interior do Estado de Santa Catarina.

À distância de centros urbanos e a precariedade das estradas, eram o reflexo dos preconceitos e da desinformação a respeito dos transtornos mentais. Eram utilizadas as terapias disponíveis como o eletro choque, sonoterapia, malarioterapia, até que em 1953 a descoberta do efeito antipsicótico do clorpromazina inaugurou novas formas terapêuticas.

¹¹FONTE: Site da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina – SES. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br>

Nos anos seguintes a psiquiatria evoluiu bastante, com o aparecimento de muitas drogas psicotrópicas e compreensão psicodinâmica, mas, devido ao aumento desproporcional do número de internos (2.040 em 1971) e o pequeno número de médicos e técnicos especializados, a situação do hospital tornou-se precária e desumana.

Em agosto de 1971, o Hospital Colônia Santana é incorporado à Fundação Hospitalar de Santa Catarina, através do Decreto Lei SES-09. Passou por uma reestruturação geral, e houve um investimento na infra-estrutura e na contratação de profissionais especializados (médicos, psicólogos, enfermeiros, dentistas, bioquímicos, terapeutas ocupacionais e outros), desativação de celas e pátios fechados, criação da unidade clínica e serviço de triagem.

O Hospital chegou ao final dos anos 80 com cerca de 1.500 pacientes e um atendimento mais especializado, porém ainda não condizendo com o preconizado pela moderna psiquiatria e terapias psicossociais.

Em 1996, o Hospital Colônia Santana, agora Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ-SC, é o único hospital público do Estado que presta atendimento de Psiquiatria mantido pela Secretaria de Estado da Saúde e conveniado com o Ministério da Saúde. Atendendo principalmente a uma população de baixa renda, proveniente dos municípios da grande Florianópolis e do interior do Estado, por não haver uma rede de atendimento ambulatorial.

Atualmente o IPQ-SC possui 160 leitos para o atendimento de pacientes agudos e 320 leitos para o atendimento de pacientes crônicos, com número em torno de 200 internações mensais, atendendo somente pacientes adultos e menores de 18 anos mediante pedido judicial. A média de permanência nos atendimentos agudos é de 21 dias, já no atendimento de crônicos o regime é basicamente asilar, herança social de um processo histórico.

A antiga Instituição Psiquiátrica deu um salto para a moderna compreensão biopsicossocial dos transtornos mentais e distúrbios do comportamento. Com o estabelecimento do Centro de Convivência Santana¹², a Comunidade de pacientes asilares recebe tratamento humanizado e socializante, aumentando sua integração à comunidade, com ênfase na auto-gestão e independência.

¹²O Centro de Convivência Santana, é uma unidade que fica fora dos “muros” do IPQ-SC onde moram os pacientes mais antigos do Instituto, que não tem contato com familiares a muitos anos. Nesta unidade os internos permanecem até o último dia de suas vidas.

A criação do IPQ-SC visou o atendimento intensivo e especializado de pacientes com quadros psiquiátricos graves e dependentes químicos. Tem respaldo científico e técnico, através de convênios e intercâmbio com instituições de ensino superior e residência médica, nas áreas de transtornos mentais e distúrbios de comportamento, bem como papel integrativo-educacional e sócio-familiar com a criação de seminários de famílias, para desmistificar e desestigmatizar a doença mental garantindo a reintegração social plena.

O Instituto de Psiquiatria tem como missão: Promover assistência e informação de qualidade aos portadores de transtornos mentais, suas famílias e à sociedade.

Os recursos financeiros destinados ao IPQ-SC são repassados do Ministério da Saúde para o Fundo Estadual da Saúde que realiza todas as compras dos materiais necessários solicitados pelo Instituto, através da Secretaria de Estado da Saúde. Não existe acesso ao dinheiro em espécie, tudo é solicitado para a Secretaria que por meio de contratos de licitação pública são realizadas as compras.

O IPQ-SC atualmente conta com 533 funcionários, conforme segue:

PROFISSÃO	QUANTIDADE
Médicos	29
Enfermeiros	17
Técnicos de Atividades Saúde	41
Agentes de Atividades Saúde II	167
Assistentes Sociais	06
Terapeutas ocupacionais	04
Pedagogos	02
Psicólogos	04
Professores de Educação Física	02
Nutricionista	01
Administrador	01
Farmacêutico	01
Técnicos em Atividades Administrativas	33
Técnico de Raios-X	01
Artífice II – Cozinheiros	08
Artífice II – Padeiros	02
Artífice II – Telefonistas	07
Artífice II – Costureiras	02
Artífice II – Diversos	26
Agente de Atividade Administrativa	01
Agente de Serviços Gerais	167
Motoristas	10
Cargo Comissionado (Diretor Geral)	01
TOTAL	533

Fonte: Setor de Pessoal do IPQ-SC em 04/2008.

2.3 O Serviço Social no IPQ-SC

Segundo Bisneto (2005), mostra que a literatura registra o início do Serviço Social em Saúde Mental no Brasil nos anos de 1940, porém, a inserção maciça do Serviço Social nos hospitais psiquiátricos se deu na década de 1970 por exigência do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Foi a partir de 1973 que o MPAS enfatizou a importância da equipe interprofissional para a prestação de assistência ao doente mental, que se abriu um maior espaço para o Serviço Social nas instituições psiquiátricas.

Netto (1991) nos esclarece que a inserção de assistentes sociais no sistema de saúde mental obedece à mesma lógica que modificou o quadro de atuação do Serviço Social como um todo no Brasil após 1964: a modernização conservadora dos aparatos do Estado, com oferta de serviços médicos e assistenciais estendidos aos trabalhadores, à centralização do controle desses serviços através da unificação dos diversos institutos e caixas de previdência das diferentes categorias profissionais, visando desmobilizar as categorias mais combativas pela uniformização dos serviços, buscando legitimação para a ditadura militar e instalando a lógica do capitalismo monopolista e os métodos de gerencialidade nos serviços públicos e não apenas nos processos industriais.

Neste sentido, afirma Vasconcelos (2000, p.192):

“Apesar do regime autoritário na década de 70, algumas tentativas de reorganização do setor psiquiátrico foram feitas, como a portaria do INANPS de 1973, exigindo, entre outras coisas, o aumento do número de profissionais nos hospitais, incluindo as Assistentes Sociais”.

A equipe do Serviço Social no IPQ-SC está inserida junto às equipes de saúde, atuando como profissionais capacitados para o enfrentamento das expressões da questão social, tendo como objetivo intervir e trabalhar junto ao paciente e seus familiares, a conscientização da doença frente ao processo de recuperação durante o período de internação.

Segundo Gerber (2005 *apud* PORTO, 2006) o Assistente Social foi reconhecido como profissional da saúde, através da Resolução nº 218/97, reconhecimento este um tanto quanto tardio. Enquanto profissional de saúde, atribui-se ao Assistente Social a intervenção junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzem a eficácia

dos programas de prestação de serviços que envolvam a proteção e/ou recuperação da saúde.

De acordo com Gonçalves (1983 *apud* PORTO, 2006) o Serviço Social no campo da saúde é o elo entre o paciente e sua família e entre o hospital e a comunidade da qual faz parte devendo, portanto, conhecer as tensões que influem nas vidas envolvidas.

Assim, o Serviço Social no IPQ-SC se insere nas equipes das unidades de Internação Psiquiátrica (UIP) procurando trabalhar com intervenção direta nos pacientes e familiares, como também na comunidade na qual estão inseridos. Buscando desenvolver atividades fundamentais para o processo de tratamento, objetivando o conhecimento do paciente e de sua situação sociofamiliar.

Desta forma, possibilita o acompanhamento de sua evolução, fornecendo subsídios para o atendimento aos familiares e fornecendo também à equipe dados da realidade social, contribuindo com a elaboração do diagnóstico e tratamento.

O projeto de intervenção profissional do Serviço Social neste Instituto descreve como principais atividades do Assistente Social¹³:

- Coordenação da reunião semanal com familiares, a fim de orientá-los quanto ao processo de recuperação da doença;
- Atendimento individual aos familiares, objetivando conhecer a história social do paciente e intervir visando fortalecer a rede familiar fragilizada pelo processo de adoecimento;
- Realização do grupo de admissão de novos pacientes;
- Realização do grupo de alta com os pacientes que concluíram o tratamento no IPQ-SC;

Os profissionais do Serviço Social participam também do serviço de plantão do IPQ-SC. É uma intervenção de triagem que se configura em pronto atendimento a todas as pessoas que procuram o Instituto, no qual são realizadas entrevistas com familiares e/ou responsáveis pelos pacientes recém internados, com o objetivo de obter informações relacionadas à situação biopsicossocial, prestando orientações referentes às normas, rotinas e tratamento hospitalar.

¹³FONTE: Setor de Serviço Social do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ-SC.

O Serviço Social neste Instituto tem sua prática profissional voltada para a emancipação dos portadores de transtornos mentais, através da orientação e de encaminhamentos buscando possibilitar ao portador de transtorno mental o acesso aos seus direitos sociais, tais como: assistência social, saúde, previdência, convivência social e familiar, entre outros.

2.3.1 Serviço de Atendimento ao Servidor – SAS

Desde o ano de 2005, o SAS desenvolve um trabalho junto aos trabalhadores que necessitam afastar-se de suas atividades laborais seja por motivo de doença (principalmente as psíquicas) ou por outros fatores que os impossibilite de desempenhar suas funções neste Instituto.

Dentro do organograma do IPQ-SC, o SAS está localizado na Gerência de Administração, ligando-se à divisão de recursos humanos e ao setor de pessoal e capacitação.

Segundo FELLI et al. (2007 p.22), as dimensões afetivas e emocionais sempre estiveram presentes no desenvolvimento do trabalho humano e, no entanto, apenas na atualidade sua importância tem sido mais enfatizada, especialmente no setor de serviços no qual tem havido um aumento do controle sobre os sentimentos do trabalhador no ambiente de trabalho.

Para o desenvolvimento do acompanhamento aos trabalhadores, o SAS conta com a participação de uma Assistente Social e uma Psicóloga, bem como com profissionais de outras áreas através do trabalho interdisciplinar, desenvolvendo desta forma, um trabalho por meio de atendimento individual, coletivo e/ou familiar que é realizado nas dependências do SAS, nos domicílios dos trabalhadores e inclusive durante o período de internação hospitalar quando necessário. Pois, conforme Barbosa (1990, p.18), “a práxis profissional é estabelecida e construída conjuntamente na relação entre Assistente Social e cliente”.

O atendimento a estes trabalhadores exige que o profissional utilize instrumentos técnico-operativos específicos tais como: o acolhimento – entendido como um processo de intervenção profissional que incorpora as relações humanas, exigindo do profissional um exercício contínuo entre teoria e prática, a escuta qualificada – onde é dada atenção a tudo que é trazido pelas pessoas em suas falas e em seus relatos, a

observação – pois não basta olhar é preciso ver fundo, decodificar, compreender as relações, a abordagem – entendida como um instrumento de aproximação e sempre com caráter intencional utilizada como meio para intermediar as ações que serão desencadeadas e a entrevista – instrumento importante, pois é através desta que se estuda/conhece o cliente e a entrevista que estabelece o diálogo, possibilita desvelar a realidade social.

Neste sentido, a ação profissional deste Serviço dá-se por meio de processos sócio-assistenciais, ou seja, na intervenção direta com o usuário, com o objetivo de responder as demandas colocadas na perspectiva da cidadania e dos direitos. Realizadas principalmente através das ações emergenciais onde as ações são desenvolvidas a fim de atender as demandas de emergência relacionadas às necessidades básicas e de urgência as famílias e das ações educativas onde através do diálogo com o usuário buscam-se alternativas e resolutividade para as suas demandas.

A maior parte dos atendimentos dá-se pela realização da visita domiciliar, pois existe uma incidência considerável de afastamentos por doenças psíquicas, que acaba impossibilitando estes trabalhadores de exercerem suas atividades profissionais. Sendo assim, constata-se a importância deste instrumento de intervenção, para o atendimento das demandas colocadas pelos trabalhadores atendidos, onde a receptividade durante o processo é uma constante. Segundo Sarmiento (2005) é preciso compreender a visita domiciliar como instrumento que potencializa as possibilidades de conhecimento da realidade, onde se exerce um papel educativo, colocando o saber técnico à disposição da reflexão sobre a qualidade de vida.

Cabe ressaltar que o SAS desenvolve o seu trabalho também junto aos familiares dos trabalhadores em LTS – Licença para Tratamento de Saúde, que procuram este serviço em busca de esclarecimentos acerca do processo de recuperação e tratamento da saúde, como também presta orientações no que se refere aos pedidos de solicitação de aposentadorias, pedidos e informações sobre internação em clínicas de recuperação para dependentes químicos e outros. A família do servidor afastado enfrenta um período de transição, e muitas vezes seus membros se mostram vulneráveis e fragilizados, necessitando assim, de atendimento e cuidados específicos. Conforme Mito (2000) é necessário que sejam dispensados cuidados dirigidos aos seus membros enquanto indivíduos, que por estarem atravessando um período de transição muitas vezes, se mostram vulneráveis e fragilizados.

A intencionalidade do atendimento prestado é a de trilhar caminhos que contribuam na identificação dos elementos que interferem no desempenho profissional do trabalhador, visando minimizar os agravantes negativos que possam pesar sobre os mesmos. Para isto, o Serviço Social desenvolve as seguintes atividades¹⁴.

- Atendimento individual ao servidor;
- Atendimento em equipe;
- Visita domiciliar;
- Visita hospitalar;
- Acompanhamento junto à Perícia Médica do Estado;
- Elaboração de projetos para cursos aos trabalhadores;
- Grupos de apoio;
- Encaminhamentos de trabalhadores para clínicas de recuperação de dependentes químicos;
- atendimentos aos trabalhadores fora do expediente quando necessário;
- Atendimento ao servidor e familiares diante situação de óbito;
- Visita hospitalar a pedido da família;
- Elaboração de relatórios e pareceres;

A equipe do SAS acredita que este Serviço possa colaborar na promoção de uma política social, que envolva os trabalhadores e que venha a contribuir na melhoria da sua qualidade de vida.

2.3.2 O Serviço Social e a Saúde do Trabalhador

O Serviço Social inserido na equipe de saúde mental tem direcionado seu trabalho principalmente no atendimento aos indivíduos portadores de transtornos mentais e aos seus familiares. Isto é evidenciado através de análise da literatura existente acerca deste tema. Entretanto, durante o período de estágio curricular realizado, tive a oportunidade de acompanhar e evidenciar a importância da atuação profissional do Assistente Social no IPQ-SC, especialmente no atendimento aos próprios trabalhadores dessa instituição.

¹⁴ FONTE: Serviço de Atendimento ao Servidor – SAS do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ-SC.

Segundo Felli, et.al. (2007), foi-se o tempo em que a saúde do trabalhador era considerada irrelevante. As mudanças ocorridas nos processos de produção modificaram o modo de olhar as demandas que envolvem o adoecimento pelo trabalho, trazendo uma complexidade que abre espaço para maneira de pensar a saúde do trabalhador.

De acordo com Ely (2007), as primeiras referências literárias de que se tem conhecimento na história da humanidade, estabelecendo uma relação entre o trabalho e o adoecimento, foi atribuído a Hipócrates (460-375 a.c). Este teria sido o primeiro a realizar uma observação clínica nos trabalhadores das minas. E, depois muitos outros escritores relatam as enfermidades e as seqüelas advindas da atividade desenvolvida, seja na forma de documentos oficiais ou até mesmo através da poesia.

Um dos maiores marcos na área da saúde do trabalhador é produção do médico italiano Bernardino Ramazzini (1633-1714). Ele teria estudado um grupo de trabalhadores, relacionando as doenças que os acometia, as formas usadas para o seu tratamento e também para a sua prevenção. Oliveira (1996 *apud* ELY 2007).

Segundo a referida autora, a Medicina do Trabalho data de 1830, com a inserção do médico na empresa, especificamente nas indústrias da Europa. Mas, no Brasil, só se difunde a partir da década de 1960, com a obrigatoriedade da presença do médico na empresa, dada por uma portaria do Ministério do Trabalho datada de 1972. A Medicina do Trabalho é centrada na figura do médico, tendo como foco a recuperação da saúde do trabalhador assegurando o seu retorno ao processo produtivo. O seu olhar sobre o processo saúde-doença no trabalho se dá focando o individual, o biológico, uma vez que, detectado o efeito da doença, preocupa-se em agir para tratá-lo, ou diminuir suas seqüelas.

A incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde foi um fator importante que favoreceu uma abordagem interdisciplinar entre as relações sociais e técnicas que configuram os processos de trabalho como condicionantes da saúde e da doença em coletivos de trabalhadores.

De acordo com Vasconcelos (1997) a interdisciplinaridade é entendida como estrutural, onde existe reciprocidade e enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos aplicados.

Ao se tentar compreender a complexidade do processo saúde/doença no trabalho, a Saúde do Trabalhador exige a comunicação entre as diferentes áreas do conhecimento, envolvendo as ciências sociais e humanas (como a psicologia, a assistência social, a medicina e a sociologia), as ciências biomédicas (a clínica, a

psiquiatria, a medicina do trabalho e a toxicologia), bem como as áreas tecnológicas (como a higiene e engenharia de segurança no trabalho, a engenharia de produção e a ergonomia).

Nesta perspectiva postula Munhoz, (1996, p.168):

[...] “a interdisciplinaridade se caracteriza pela *intensidade das trocas* entre os especialistas e pelo *grau de integração real*” dos conhecimentos dessas diferentes disciplinas/profissões. Além disso, o interdisciplinar vai “além do simples *monólogo* de especialistas ou do ‘diálogo paralelo’” e tem como horizonte “o campo unitário do conhecimento”.

A Saúde do Trabalhador aparece como uma espécie de integração disciplinar, onde diversas disciplinas não se justaporiam, mas coexistiriam como complementares. O grande desafio a respeito da Saúde do Trabalhador é produzir visões compartilhadas e abrangentes sobre os problemas analisados, ao mesmo tempo em que geram estratégias de intervenção.

Mendes (2003 *apud* ELY 2007) diz que a Saúde do Trabalhador entende o social como determinante das condições de saúde. Sem negar que os doentes devem ser tratados e que é necessária a prevenção de novas doenças, privilegia ações de promoção da saúde.

Assim, percebe-se que a relação **trabalho-saúde-doença** é influenciada por uma série de fatores individuais, ambientais, sociais, econômicos e políticos, porém, é direito de todo o cidadão ter um trabalho decente e seguro. Cabe então aos governantes o estabelecimento de atos que assegurem condições de trabalho adequadas e assistência à saúde.

2.3.3 Possibilidade de prática interdisciplinar

Por natureza, a saúde do trabalhador é um espaço de pesquisa e atuação interdisciplinar e multiprofissional. As análises dos processos de trabalho, dada sua complexidade, tornam a interdisciplinaridade uma exigência intrínseca que necessita “ao mesmo tempo, preservar a autonomia e a profundidade da pesquisa em cada área envolvida e de articular os fragmentos de conhecimento, ultrapassando e ampliando a compreensão pluridimensional dos objetos” (MINAYO-GOMEZ e THEDIN-COSTA *apud* MINAYO, 1991 P.71).

Isolada nenhuma disciplina consegue contemplar a abrangência da relação processo de trabalho-saúde em suas múltiplas dimensões. Portanto, a convergência de pesquisadores - atrelada a uma postura ética que dá significado à tarefa de pensar – seja capaz de estabelecer conexões e correspondências entre as parcelas de conhecimento que suas respectivas áreas aportam para a construção de uma proposta comum.

Aceitar o referencial de outras disciplinas torna mais produtivo o olhar de cada uma delas sobre o mesmo objeto e a resultante ultrapassa a soma dos enfoques isolados.

Bellini e Silva (2004) discorrem que o profissional de saúde deste tempo se constrói dentro de espaços e saberes diversificados e se insere em contextos que determinam o agir profissional e demanda qualificação constante para a atuação pertinente com as necessidades do real cotidiano.

A ruptura da maneira clássica de conceber o conhecimento aponta para um novo tempo na busca pela verdade. O conhecimento se (re)significa se (re)constrói quando torna-se socialmente útil, expressando a compreensão da diversidade como um elemento fundante e como possibilidade de romper com a violência da imposição imposta de valores culturais e científicos únicos, absolutos.

As autoras prosseguem enfatizando que o conhecimento se configura como sendo o elemento central nas discussões cotidianas, tornando assim, a atuação profissional um movimento constante de leitura crítica da realidade e de proposição de estratégias de enfrentamento do que é observado como problema. Atuar na área da saúde requer a apropriação de saberes ampliados e diversificados, dada a amplitude que o tema apresenta.

Hoje o desafio profissional, situa-se para a possibilidade da interdisciplinaridade. A concepção de um conhecimento que transcenda a fragmentação estabelecida até então, mostra-se como perspectiva de construção de saberes integrados, dinamizadores, totalizantes. Um novo horizonte se abre para o conhecimento e áreas profissionais, a conceituação dessa possibilidade é orientada pelo movimento da realidade. Desta forma: “A interdisciplinaridade é o princípio da máxima exploração das potencialidade de cada ciência, da compreensão e exploração de seus limites, mas acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade”. (BELLINI e SILVA 2004 *apud* ETGES, 2001).

O movimento do cotidiano na área da saúde impõe aos profissionais envolvidos o desafio de transpor limites historicamente instituídos pela organização da ciência moderna na construção e apropriação do conhecimento. Romper com práticas cristalizadas de fronteiras rígidas entre a atuação e a posse do saber do outro, coloca ao

profissional a necessidade de construção de estratégias que considerem as várias dimensões que compõem a prática na área da saúde.

Segundo Bellini e Silva (2004, p.8):

“[...] é indiscutível a necessidade de reformulações nos perfis profissionais para que andem de acordo com as transformações que ocorrem diariamente e, com isso, a visão de um conhecimento mutante faz cair por terra definitivamente o racionalismo dominante até hoje em relação às ciências”.

Entendemos que a necessidade de profissionais capacitados para o trabalho, na realidade complexa do cotidiano, requer a elaboração de estratégias e planejamentos que potencializem a inserção e atuação dos profissionais na saúde.

2.4 O contexto de inserção do servidor no IPQ-SC

As considerações que aqui serão apresentadas têm como objetivo mostrar a realidade dos profissionais trabalhadores da área da saúde mental do IPQ-SC, visando identificar os possíveis conflitos que afetam estes trabalhadores.

Tais considerações partem de questões relacionadas à satisfação profissional, relacionamento com colegas, as chefias, com a Instituição, uso de medicação psicotrópica, relacionamento familiar, pouca valorização do trabalho, falta de diálogo por parte das chefias, baixos salários e também acúmulo de vínculos empregatícios.

A carga horária dedicada a Instituição é de 40 horas semanais para a grande maioria, enquanto que a menor é de 10 horas semanais. Oficialmente esta é a carga horária, pois na prática constatou-se através dos prontuários dos servidores atendidos no SAS, que esta é ultrapassada constantemente por meio da chamada *hora-plantão*. O trabalho para além da jornada formalmente estabelecida tornou-se uma prática institucionalizada no IPQ-SC, e atende aos interesses individuais, ou seja, para o trabalhador é um meio de ampliar o seu ganho mensal conforme constatado junto aos prontuários. No que se refere à questão administrativa, constata-se que este aumento no número de horas trabalhadas ocorre devido ao número insuficiente de servidores na instituição para atender a demanda. Em nenhum dos prontuários foi verificado a existência de excesso de carga horária por “prazer ou dedicação profissional”.

Uma relação satisfatória com o trabalho é imprescindível para o bom desenvolvimento em todas as áreas da vida humana. E esta relação depende dos suportes afetivos e sociais existentes na vida do indivíduo durante sua trajetória profissional. Tais suportes advêm das relações deste com outras pessoas, bem como da possibilidade de poder compartilhar suas preocupações, amarguras e esperanças, com vistas a alcançar segurança e conforto. Este compartilhamento de sentimentos refere-se tanto as relações pessoais quanto as profissionais. Segundo Abreu (2000), ao ver-se sem estes suportes, o trabalhador pode ter sua tensão emocional aumentada, podendo ser levado ao estresse ocupacional ou até mesmo à síndrome de Bournout¹⁵.

2.4.1 Trajetória Metodológica

Segundo Minayo et al. (2003, p.17). “A pesquisa é a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade, é a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo”.

Nesta perspectiva, esta pesquisa originou-se no plano empírico, propondo-se a problematizar questões relativas à saúde e a segurança no trabalho. Para tanto, buscou-se a compreensão da realidade através da análise descritiva da experiência desenvolvida no SAS do IPQ-SC.

Para a realização desta pesquisa, foi realizada uma pesquisa documental e bibliográfica, com estudos descritivos de caráter qualitativo, sendo o foco desta o adoecimento dos trabalhadores da Área da Saúde Mental.

Cabe ressaltar que a escolha pela pesquisa documental e bibliográfica deu-se, devido à impossibilidade dos trabalhadores/usuários atendidos concordarem com a realização de uma entrevista, sendo este um fator limitante da pesquisa. Um outro fator limitante encontrado foi o curto período de estágio de março a julho de 2008.

Desta forma, conforme já mencionado anteriormente, o objetivo geral da pesquisa era identificar as principais causas de adoecimento dos trabalhadores do IPQ-SC. Os objetivos específicos eram o de traçar o perfil destes trabalhadores, destacar a importância do trabalho interdisciplinar no atendimento ao trabalhador, conhecer o

¹⁵Para Pereira (2002 *apud* MACEDO 2005), Bournout é caracterizada como um conjunto de sintomas (fadiga física e mental, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, sentimento de impotência e inutilidade, baixa auto-estima) podendo levar o trabalhador à depressão.

contexto institucional onde o trabalhador está inserido, com a finalidade de traçar estratégias de atendimento. Também pretendíamos identificar como se dá a intervenção do Serviço Social junto aos trabalhadores do IPQ-SC e mostrar a importância do acompanhamento do tratamento do trabalhador afastado de suas funções por motivo de doença, principalmente no caso da doença Psíquica.

Com este propósito, realizou-se a análise dos prontuários de atendimento, a fundamentação teórica sobre a Saúde do Trabalhador, bem como da história da Psiquiatria. O prontuário constitui-se em um importante instrumento de investigação, pois foi através dele que foram levantados os dados necessários para este estudo como: as principais doenças que levam ao afastamento das atividades laborais e os fatores que contribuem para o adoecimento dos trabalhadores, assim como informações pertinentes ao relacionamento interpessoal, setor de lotação, satisfação profissional e outras. Durante o desenvolvimento da pesquisa foi preservado o anonimato dos trabalhadores envolvidos, por questões éticas e respeito a estes sujeitos.

Esta pesquisa também foi uma forma de dar voz a quem muito mais ouve do que é ouvido. Nesta perspectiva Brant e Minayo-Gomez (2004, p.8) apontam que, entre os trabalhadores “a doença é geralmente associada à preguiça, vagabundagem ou malandragem”.

Com acesso aos prontuários foram coletadas informações referentes à patologia que motivou o afastamento do trabalho, local de lotação no IPQ-SC, profissão, questões sobre o relacionamento com os colegas de trabalho, com a chefia, quanto à satisfação profissional, e com relação ao retorno ao trabalho.

A população pesquisada é composta por 533 trabalhadores e a amostra foi constituída por todos os trabalhadores afastados do trabalho e também os não afastados atendidos pelo SAS, no período entre março e julho de 2008, que contempla 50 trabalhadores.

2.4.2 Análise dos Dados

Na análise dos dados coletados dos 50 prontuários de atendimento ao trabalhador, constatou-se que a maior parte dos trabalhadores são casados, apresentam jornada de trabalho estendida (fazem a chamada hora-plantão), tem faixa etária de mais de 40 anos de idade, possuem mais de um vínculo de trabalho, todos foram admitidos

através de concurso público e que os trabalhadores que mais adoecem são os que desenvolvem suas atividades nos setores da enfermagem, nutrição e zeladoria, ou seja, em setores onde as atividades estão ligadas ao cuidado direto com pacientes.

Quanto à satisfação profissional foi observado que há a existência de um número maior de trabalhadores que se dizem insatisfeitos por questões relacionadas ao trabalho como: o excesso de atividades, cobranças excessivas, pressão, pouca valorização do trabalho, condições de trabalho inadequadas (técnica e material), desempenho de mais de uma função, falta de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido, falta/dificuldade de diálogo com as chefias, “vergonha” em se reconhecerem como indivíduos-doentes que necessitam de tratamento (no que se refere aos transtornos psíquicos).

Neste sentido, Araújo (2005, p.14) ressalta:

“Podemos afirmar que faz parte das expectativas daqueles que trabalham, que se esforçam por fazer o melhor e que investem energia num projeto profissional, que seu trabalho seja reconhecido e valorizado. Esse reconhecimento da importância e relevância do trabalho seja pela chefia, pelos demais colegas e/ou clientes, confere ao trabalhador respeito profissional e se traduz efetivamente por um sentimento de alívio e de prazer”.

Segundo Mendes (2001 *apud* MACEDO 2005), “o prazer é definido a partir de dois fatores: **valorização e reconhecimento** no trabalho”, sendo esta valorização o sentimento de que o trabalho tem sentido e valor em si mesmo, é importante e significativo para a instituição e para a sociedade. Sendo o reconhecimento o sentimento de ser aceito e admirado no trabalho e ter liberdade para expressar sua individualidade. Assim, se percebe um descontentamento com relação à situação de trabalho, fator este que pode ser caracterizado como um sofrimento que não está sendo compreendido pela instituição.

Ainda com relação à satisfação profissional, Rebouças, Legay e Abelha (2007, p.4) afirmam: “Satisfação no trabalho é um estado emocional resultante da interação de profissionais, suas características pessoais, valores e expectativas com o ambiente e a organização do trabalho”.

No que se refere à situação “vergonha” em se reconhecerem como indivíduos-doentes que necessitam de tratamento (no que se refere aos transtornos psíquicos), Brant e Minayo-Gomez (2004, p.9) admitem que: “O processo de adoecimento conduz, como resultado final, à configuração da identidade de trabalhador-doente”.

Quanto ao relacionamento com os colegas de trabalho, percebeu-se duas situações: em um grupo observou-se a fala de uma equipe unida, onde há o respeito e o espaço para o diálogo. E em outro grupo onde os conflitos aparecem entre um ou outro membro da equipe, resultando em dificuldades de relacionamento e divergências que não conseguem ser resolvidas.

Na questão que enfoca o relacionamento com a chefia, evidenciou-se também dois grupos, onde o primeiro menciona que não existe problemas de relacionamento com a chefia. Já no outro grupo existem conflitos com a chefia, não existe entrosamento desta com o grupo, não há valorização profissional e o grupo se sente desmotivado para trabalhar.

“As relações no trabalho envolvem, o apoio social dos colegas, chefes e subordinados, que são consideradas como variável importante na saúde mental do trabalhador. Nesse sentido, a teoria do suporte social aponta para a importância existência de uma rede de relações para as estratégias de manutenção e recuperação da saúde mental”. (FERNANDES et al., 2006, p.5)

No que tange ao motivo que levou/provocou o afastamento do trabalho, ficou claro que o afastamento se deu na maioria dos casos por questões de transtornos mentais/sofrimento psíquico (estresse e depressão principalmente).

Neste sentido, é oportuno ressaltar que, de acordo com o Relatório sobre Saúde Mental no Mundo da OMS, os transtornos mentais podem causar incapacidade grave e definitiva, inclusive a incapacidade de trabalhar. Estes não são exclusivos de um determinado grupo de pessoas, eles são verdadeiramente universais.

Outra evidência relevante verificada no IPQ-SC, é que a depressão é o transtorno mental mais presente entre os trabalhadores que são acompanhados pelo SAS. Os relatos encontrados nos prontuários analisados mostram que estes trabalhadores apresentam tristeza, perda de interesse nas atividades que sempre eram desenvolvidas com bem-estar e diminuição da energia inclusive a de viver.

Segundo interpretação de Ramminger (2002, p.121): “a depressão aparece com um sintoma da contemporaneidade, caracterizada pela rápida e fulminante desestabilização dos modos de viver, incluindo os modos de trabalhar”.

Com esse entendimento e diante do exposto, ressaltamos que a pesquisa mostrou que praticamente em todos os casos de afastamento por depressão, estava relacionado a fatores como: decepções sucessivas em situações de trabalho, prolongamento da jornada

de trabalho (mais de um vínculo de trabalho, incluindo as horas-plantão), falta de reconhecimento no trabalho desenvolvido e pressão das chefias (consideradas omissas).

Nesta perspectiva, nos reportamo-nos a Macedo (2005, p.20), que citando MOURA in SARRIERA (2004), esclarece: “Arelada a interesses administrativos, a dimensão prescrita da organização do trabalho, coloca os sujeitos frente a riscos, ameaçando seu funcionamento psíquico espontâneo”.

Conforme Fernandes et al. (2006), observa que até pouco tempo, o sofrimento psíquico só era considerado como relacionado a saúde mental do trabalhador, quando se apresentava ruidoso, explícito e excessivo. Não sendo reconhecido como doença à luz dos saberes já codificados, tal sofrimento escapava a qualquer tematização teórica ou clínica, necessitando de legitimidade para se constituir num objeto de preocupação ou de investigação.

No SAS o Serviço Social foi explicitando suas atribuições e competências, e por consequência suas atividades foram se ampliando. Dentre as atividades de responsabilidade do Serviço Social estão: a) acompanhamento sistemático dos trabalhadores afastados do trabalho; b) coordenação de atividades dirigidas aos trabalhadores (como cursos de capacitação e reuniões); c) visitas domiciliares e hospitalares; d) atendimentos individuais e também familiar; e) realiza encaminhamentos diversos, entre outras.

Observou-se também os profissionais¹⁵ do SAS são requisitadas também a intervir em procedimentos administrativos individuais em andamento junto a Secretaria do Estado da Saúde, no sentido de realizar atendimento individual aos trabalhadores com procedimentos de esclarecimentos a respeito de processos (de aposentadoria, da Perícia Médica do Estado), bem como a prestar orientações sobre o acesso a direitos sociais garantidos em Lei, como no caso da aquisição aos medicamentos de alto custo para o tratamento quimioterápico. Desta forma, percebe-se que os estes trabalhadores recebem atendimento e orientação de qualidade, conforme preconiza as Leis.

Postura essa, que a nosso ver reafirma o projeto ético-político profissional do Assistente Social¹⁶, impressos pela lei de regulamentação da Profissão (Lei 8.662/1993), pelos Princípios Fundamentais do Código de Ética Profissional (Resolução CFESS nº 273/93) e as Diretrizes Curriculares de 1996.

¹⁶Segundo Maria Carmelita Yazbek: “o Serviço Social aparece atualmente como uma profissão consolidada na sociedade brasileira, com um projeto ético-político orientando seu exercício”. Disponível em <http://www.proeod.unit.br>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente faz-se necessário esclarecer que este trabalho não teve a pretensão de delinear conclusões definitivas alusivas a temática abordada, por se tratar de um processo em construção, desenvolvido dialeticamente em constantes transformações.

Assim, a preocupação com o adoecimento dos trabalhadores da saúde mental, deu-se devido ao grande número de afastamentos do trabalho por motivo de transtornos mentais. Entendemos que o impacto causado pelas mudanças do mundo do trabalho contemporâneo é grande e bastante significativo, sobretudo em época da reestruturação produtiva flexível, sob a égide da barbárie neoliberal. Esses impactos geram conseqüências na produtividade do trabalho, afetando tanto a classe trabalhadora, inclusive sua subjetividade, como também as organizações.

Neste contexto adverso e complexo, a nossa pesquisa foi realizada, pressupondo nosso entendimento desta temática numa dimensão ampla, no sentido de que a questão da saúde mental no trabalho não é considerada de forma isolada, ao contrário, acreditamos que é fundamental considerá-la em sua totalidade, isto é, contemplando os múltiplos fatores que envolvem os sujeitos que a vivenciam, considerando os fatores individuais, familiares, sócio-econômicos, ambientais e, sobretudo os organizacionais.

Nesta perspectiva, como foi constatado nesta pesquisa, dentre as principais causas de afastamento do trabalho está os afastamentos por transtornos mentais/psíquicos. Esses transtornos por se apresentarem de modo “silencioso e invisível”, à percepção de muitos, exigem um olhar atento por parte das chefias, profissionais de recursos humanos, assistentes sociais, psicólogos, médicos, enfim de toda e equipe de profissionais da organização, com o propósito de minimizar o sofrimento de quem o vivencia.

É igualmente oportuno destacar também que, observou-se que os profissionais pesquisados, ao executarem suas atividades num local destinado ao cuidado de pessoas portadoras de transtornos mentais, provavelmente faz com que no momento em que esses trabalhadores sentem-se “incomodados” e com medo de serem rotulados como “loucos”, face ao expressivo estigma que ainda percebemos em torno dessa temática e aos sujeitos que a vivenciam.

Diante de tal realidade, justifica-se a preocupação dos profissionais do SAS em ampliar o conhecimento através de uma prática interdisciplinar de trabalho, dentro e fora do IPQ-SC. Em síntese, constatou-se que a atuação interdisciplinar proporciona

e/ou oferece um atendimento de melhor qualidade e menos fragmentado aos seus trabalhadores, com a finalidade de contribuir para a melhoria das suas condições de vida e trabalho, e viabilizar propostas que visem tornar o ambiente menos nocivo a saúde do trabalhador.

Nesta perspectiva, destacamos a importância do profissional do Serviço Social, trabalhando, juntamente com outros profissionais de forma interdisciplinar, para efetivar e ampliar os direitos sociais dos trabalhadores, planejando, acompanhando e executando ações, sempre visando à promoção e recuperação da saúde dos mesmos, em conformidade com o nosso projeto ético-político¹⁷. Para tanto, é de fundamental importância que o Assistente Social tenha uma visão de totalidade, compreendendo a realidade atual em sua complexidade, contemplando as forças e interesses contraditórios engendrados que se contrapõem no seu cotidiano profissional. Neste sentido, Yamamoto nos esclarece quanto ao profissional do Serviço Social em tempo de capital fetiche:

“[...] conta com sua relativa autonomia, no âmbito dos espaços ocupacionais, [...] conta com sua qualificação acadêmico-profissional especializada, com a regulamentação de funções privativas e competências e com a articulação com outros agentes institucionais que participam do mesmo trabalho cooperativo, além das forças políticas das organizações dos trabalhadores que aí incidem” (IAMAMOTO, 2007, p. 422).

Evidenciamos também, durante a pesquisa, que há um número considerável de trabalhadores que nos relataram ter uma chefia “omissa” e distante da realidade, uma chefia que não recebeu nenhuma capacitação ou orientação do que é ser chefe, das atribuições da chefia. Nos deparamos com relatos de trabalhadores que informam que seus chefes não tem posicionamento para lidar com situações geradoras de conflitos entre trabalhadores e entre chefias e subordinados (informação colhida junto a trabalhadores durante visitas domiciliares).

Com este entendimento, e pressupondo que o Assistente Social deve ser mais propositivo e não só executor, ressaltamos a necessidade da realização de reuniões com as chefias, com vistas a um possível esclarecimento das dúvidas quanto a suas atribuições, bem como a respeito de temas pertinentes a esse universo específico de

¹⁷O projeto ético-político contempla: O Código Ética de 1993, a Lei 8.662/93 que regulamenta a profissão e as diretrizes curriculares de 1996.

trabalho. Aqui destacamos também a necessidade da capacitação das chefias a fim de melhor desempenharem suas atribuições, sobretudo no que se refere ao atendimento dos trabalhadores afastados (ou não) que estão recebendo acompanhamento pelo SAS.

Por fim, afirmamos ser de extrema importância a continuidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais do SAS, e que a participação de um número maior de profissionais de diversas áreas se engajem neste trabalho com o propósito de trocar conhecimentos específicos de uma determinada área com outras, tendo como horizonte a ampliação do exercício crítico e a valorização do trabalhador, que conta com um atendimento mais digno e qualificado na construção de um ambiente mais saudável para os trabalhadores deste Instituto.

Diante do exposto, creio que conseguimos indicar elementos ao que foi proposto para este TCC, no que se refere ao adoecimento dos trabalhadores da área da saúde mental, ficando aqui registrado o incentivo para que haja ampliação de oportunidades de estágios para outros acadêmicos do curso de Serviço Social no IPQ-SC, com vistas a dar continuidade às pesquisas sobre este relevante tema, contribuindo assim com a construção de conhecimentos nesta área além da desmistificação alusiva a essa temática e ao trabalho desenvolvido pelo Assistente Social nesta área.

REFERENCIAS

ABRAMIDES, M.B.C; CABRAL, M.S. **Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador**. Disponível em: <http://www.scielo.com.br> . Acesso em: 13/05/2009.

ABREU, K.L de et al. Estresse Ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional de Psicologia. In: **Psicologia Ciência e Profissão**, 2002.

ANTUNES, R. **As Formas da Violência no Trabalho e seus Significados**. In: SILVA,J.;LIMA,R. e ROSSO,S. **Violência e Trabalho no Brasil**. Goiânia, 2001.p. 20 – 35.

_____. **Adeus ao Trabalho**. Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Os sentidos do trabalho**. Ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. 7ª reimpressão. São Paulo: Bointempo, abril de 2005.

ARAUJO, M.V. **Repercussões do Trabalho no Adoecimento Mental e na Saída da Crise: o caso de uma servidora da UFMG**. UFMG, Belo Horizonte, 2005.

BARBOSA, M.C. **A práxis do Serviço Social nas Instituições**. In Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, nº 34, dez, 1990. p.5 – 20.

BELLINI, M.I.B, SILVA.S.M. **Saber e Fazer: a tessitura da rede em saúde**. In: Revista Virtual Textos & Contextos, nº 3, dez. 2004.

BISNETO, J.A. **Uma Análise da Prática do Serviço Social em Saúde Mental**. In: In Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 82, 2005. p.110 - 130.

BRANCO, A.B, OLIVEIRA, P.R.A, MATEUS, M. **Epidemiologia das licenças do trabalho por doenças mentais no Brasil, 1999-2002**. Disponível em: <http://www.prt18.mpt.gov.br> . Acesso em 07/05/2009.

BRANT, L.C, MINAYO-GOMEZ,C. **A Transformação do Sofrimento em Adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho**. Disponível em: <http://www.scielo.br> . Acesso em 10/03/2009.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS. **Lei nº 8.662/93**. In Coletânea de Leis 3ª edição. Belo Horizonte, 2004.

CODO, W, SAMPAIO, J.J.C, HITOMI, A.H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. In Coletânea de Leis 3ª edição. Belo Horizonte, 2004.

CORDOVIL, C. **Economia e Loucura**. Disponível em: <http://www.adroga.casadia.org/>. Acesso em 14/04/2009.

COSTA, A.B, COSTA. **As Transformações no Processo de Trabalho.** In: Ver. Univ. Rural, Série Ciências Humanas, v.22(2). Rio de Janeiro, 2000.

DÀVILA.M.L.S.I, KUSTER.M.F.C, GIOVANETTI.M. **O Quando a saúde adoecer: Situação de Saúde Mental dos Servidores da Secretaria da Saúde do município de Curitiba.** Paraná, Faculdade Evangélica do Paraná, 2005.

ELY, F.R. **O Super-Herói (nem tanto) também adoecer: um estudo em saúde do trabalhador com servidores da Polícia Federal em Santa Catarina.** UFSC. Florianópolis, 2007.

FACCHINI, L.A. In: **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil.** p. 46. São Paulo: Vozes, 1993.

FELLI, VE, PEDUZZI. M. **O Trabalho Gerencial em Enfermagem.** In:Programas de Atualização em Enfermagem. Porto Alegre, 2007.

FRIEDMAN, M. **Capitalismo e Liberdade. 2ª Ed. São Paulo. Nova Cultural, 1985.**

IAMAMOTO, M.V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social / Marilda Vilela Iamamoto.** São Paulo: Cortez, 2007.

_____ **O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social.** In: *Capacitação em Serviço Social e políticas sociais – Crise contemporânea, questão social e Serviço Social.* Brasília: CFESS – ABEPSS – CEAD – UnB, módulo 1, 1999, p. 112-128.

JORGE, I.M.P, **Doenças Psicossomáticas Relacionadas ao Trabalho – Estudo de Caso.** UFSC, Florianópolis, 2004.

LEI ORGÂNICA DA SAUDE. **Lei nº 8.080/90.** In de Leis 3ª edição. Belo Horizonte, 2004.

LEITE, N. **Aspectos Médicos Relacionados ao Trabalho.** Pós-Graduação Ergonomia. UFPR, 2007.

MACEDO, Z.D. **Dificuldades que afetam os profissionais de Saúde Mental na Rede Pública da Região Oeste de Santa Catarina.** UNOESC. Joaçaba, 2005.

MENDES, A.M.F.N. O estresse e a dialética da humanização: Reflexão crítica com intervenções ergonômicas para otimizar a qualidade de vida e do trabalho em enfermagem obstetra. Florianópolis: UFSC, 2006.

MEZZASALMA, M.A. **O que é Depressão?** 2008. Disponível em [http://: www.saintroman.com.br/](http://www.saintroman.com.br/) . Acesso em: 30/03/ 2008.

MIOTO,R.C.T. **Cuidados Sociais Dirigidos à Família e Segmentos Sociais Vulneráveis.** In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 4. O

Trabalho do Assistente Social e as políticas Sociais – Brasília: Unb, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

MINAYO, M.C.S. **Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido.** Medicina, Ribeirão Preto, V.24, nº 2,

MONTAÑO, C.E. **O Serviço Social frente ao neoliberalismo: Mudanças na sua base de sustentação funcional-operacional.** In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 53, 1997. p.111 - 112.

MUNHOZ, D.E.N. **Trabalho interdisciplinar: realidade e utopia.** In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 51, 1996, p.167 – 171.

NETTO, J.P. **Ditadura e Serviço Social.** Cortez, São Paulo, 1991.

PEREIRA, C.L.G.A. **Programas de Prevenção à Saúde do Trabalhador no Serviço Público: O Caso do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.** UFSC. Florianópolis, 2003.

PORTO, J.I. **Dependência Química em Mulheres: Uma Questão a ser Tratada.** UFSC, Florianópolis, 2006.

PRIMO, G.M.G. **O perfil dos trabalhadores, seu adoecimento e absenteísmo em um hospital público Universitário.** Belo Horizonte, 2008.

RAMMINGER, T. **A Saúde Mental do Trabalhador em Saúde Mental: Um Estudo com Trabalhadores de um hospital Psiquiátrico.** In: Bol. Da Saúde, v. 16, nº 1, 2002. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n1_10saudemental.pdf Acesso em: 01/04/2009.

REBOUÇAS, D; LEGAY, L.F; ABELHA, L. **Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental.** Disponível em: <http://www.scielo.com.br> . Acesso em: 30/03/2009.

RELATÓRIO SOBRE SAUDE MENTAL NO MUNDO – OMS. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/?art=339&sec=29>. Acesso em 01/04/2009.

RIBEIRO, C.V.S; LÉDA, D.B. **O Significado do Trabalho em tempos de Reestruturação Produtiva.** In: estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 4 nº 2. Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812004000300... Acesso em 14/04/2009.

RIBEIRO, H.P. **Saúde, Trabalho e Dignidade Humana.** In: Ribeiro, H.P: Trabalho e Lesões por Esforços repetitivos: um Estudo de Causalidade. Relatório II. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2001.

ROCHA, C.S & FRITSCH, R. **Qualidade de Vida no Trabalho e Ergonomia: conceitos e práticas complementares.** In Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 69, 2002, p.53 – 72.

ROCHA, L.E, RIGOTTO, R.M, BSCHINELLI, J.T.P. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.

RODRIGUES, A.R. & GASPARINI, A.C.L.F. **Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática: via de estresse e trabalho.** In: filho Mello, J. E Colaboradores. Psicossomática hoje. Porto Alegre, Artes médicas, 1992.

SARMENTO, H.B.M. **Repassando os Instrumentais em Serviço Social.** In: Textos de Teoria e Prática de Serviço Social, Estágio Profissional em Serviço Social na UFPa. Belém/PA: UFPa. 2005.p.06-47.

SILVA, H.L **Afastamento para Tratamento de Saúde dos Servidores Públicos das Secretarias da Administração e Fazenda: Proposta para minimizar a incidência.** UFSC, Florianópolis, 2004.

SILVA, Maria Izabel da. **A centralidade da categoria trabalho e o trabalho docente voluntário na UFSC.** Dissertação de Mestrado em Serviço Social (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado), Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 24/Agosto/2007.

SIVIERI, L.H. **Vigilância em Saúde.** In: Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador. Curitiba, 2004.

SOUZA, M.E.L; FAIMAN, C.J.S. **Trabalho, saúde e identidade: repercussões do retorno ao trabalho, após afastamento por doença ou acidente, na identidade profissional.** In: Saúde, Ética & Justiça. São Paulo. 2007, p.22 – 32.

TEIXEIRA, S. **A depressão no meio ambiente do trabalho e sua caracterização como doença do trabalho.** In Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg., Belo Horizonte, v.46, n.76, 27 – 44, jul./dez.2007.

VASCONCELOS, E.M. **Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo. nº 54, 1997. p.132 – 157.

ANEXOS

ANEXO A

Organograma do Instituto de Psiquiatria – IPQ-SC

Diretoria Geral

Gerência Administrativa

Gerência de Técnica

Gerência de Enfermagem

ORGANOGRAMA DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA

Diretoria

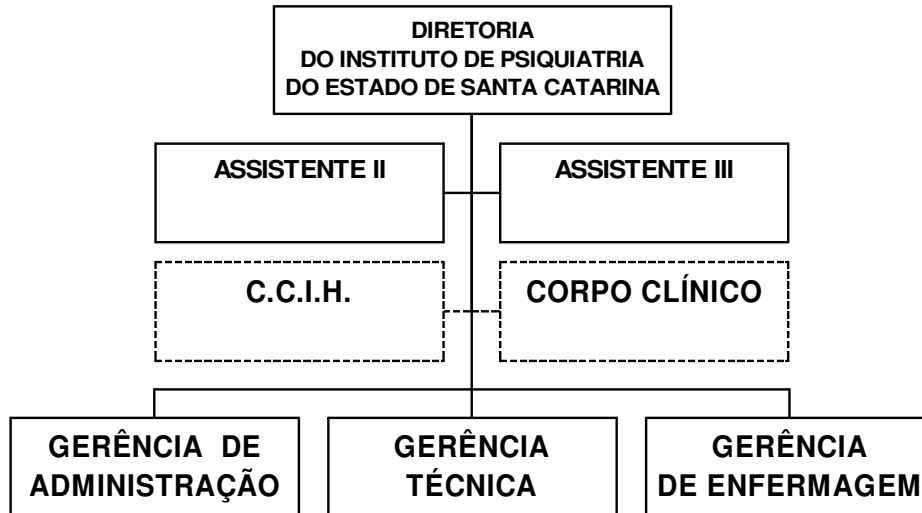
Dr. TITO LÍVIO SOARES
Diretor Geral

JAISSON JOSÉ DA SILVA
Gerente de Administração

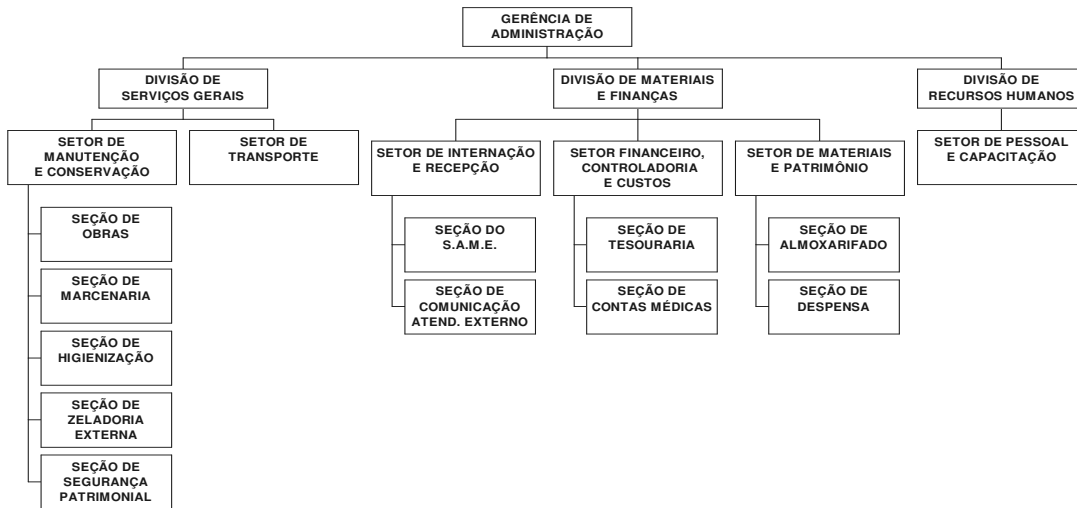
Dra. KÁTIA MELO MACHADO GERENT
Gerente Técnico

Enf^ª VERA LÚCIA DEOMÁRIO
Gerente de Enfermagem

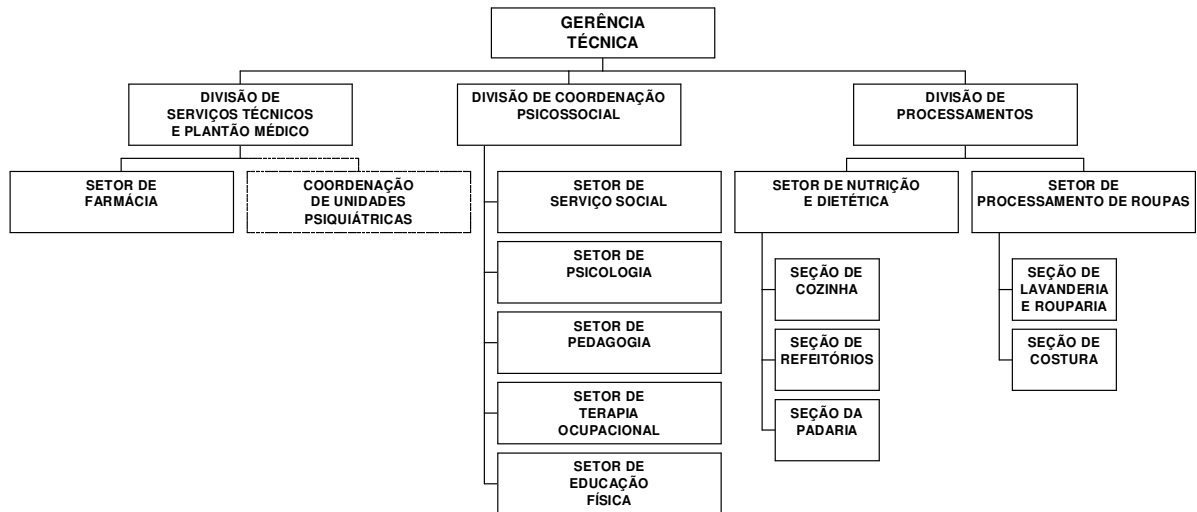
DIRETORIA GERAL



GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO



GERÊNCIA DE TÉCNICA



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

