

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO, TECNOLOGIAS
E SOCIEDADE

ANA CAROLINE DE SOUZA

ERGOLOGIA, SAÚDE E TRABALHO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA COM
ÊNFASE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ITAJUBÁ

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO, TECNOLOGIAS
E SOCIEDADE

ANA CAROLINE DE SOUZA

ERGOLOGIA, SAÚDE E TRABALHO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA COM
ÊNFASE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação submetida à defesa no programa de pós-graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade da Universidade Federal de Itajubá.

Linha de pesquisa: Desenvolvimento e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Felipe Silva

Coorientador: Prof. Dr. Davidson Passos Mendes

ITAJUBÁ

2021

ANA CAROLINE DE SOUZA

**ERGOLOGIA, SAÚDE E TRABALHO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA COM
ÊNFASE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de mestre, no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade da Universidade Federal de Itajubá.

Itajubá, 17 de dezembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Felipe Silva
(Orientador)

Prof. Dr. Davidson Passos Mendes
(Coorientador)

Prof. Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes
(Avaliador Interno)

Prof. Dr. Daisy Moreira Cunha
(Avaliador Externo - UFMG)

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Marcus pelo imenso companheirismo, amor, paciência, apoio e incentivo para a concretização de meus sonhos, inclusive deste mestrado.

Ao meu avô Sebastião, e à memória de minha querida mãe Mariza e avó Estelita modelos de amor incondicional, com quem aprendi a ser forte, acreditar na vida e na realização dos sonhos.

A toda minha família, pelo apoio e confiança quanto à realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ser o meu sustento e minha força diária, e me auxiliar na conquista de mais esse sonho.

À minha família, meu esposo, por me auxiliarem durante todo esse percurso, cada um ao seu modo, seja através de palavras animadoras, motivacionais, atitudes de carinho, amor e também orações. Vocês são parte desta conquista!

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Felipe Silva, e coorientador Prof. Dr. Davidson Passos Mendes, pelos inúmeros ensinamentos, e por todos os momentos de paciência, disponibilidade, compreensão, competência e atenção dedicadas à pesquisa.

Aos professores doutores membros da banca, Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes e Dra. Daisy Moreira Cunha, por compartilharem de suas vastas experiências, e por lapidarem este meu trabalho.

A esta Universidade e todo seu corpo docente, administração e direção que me proporcionaram as condições necessárias para que eu alcançasse meus objetivos.

A todos os professores do Programa de Mestrado DTECS, pelos ensinamentos e discussões.

Aos colegas de mestrado, por compartilharem experiências e conhecimentos.

Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que este percurso pudesse ser concluído.

Serei eternamente grata a cada um de vocês por cada aprendizado e momentos compartilhados.

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade”

Nise da Silveira

RESUMO

Os CAPS são dispositivos de saúde destinados ao tratamento e a reabilitação psicossocial de indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes e aqueles derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas. Mediante a complexidade do trabalho nessas instituições, por variados fatores, verifica-se que esta atividade tem impactado na saúde de seus profissionais. Nesse sentido, emerge a Ergologia como uma proposta para melhor conhecer e intervir nas situações laborais, visando transformá-las. Esta abordagem focaliza o trabalhador que não se prende unicamente às prescrições, e faz usos de si, debate as normas e valores, promove renormalizações para atingir os objetivos de seu trabalho e, principalmente, para dar continuidade com a sua vida e manter a sua saúde. No entanto, como os CAPS e a Ergologia são fenômenos recentes, surgidos na década de 1980 e, conseqüentemente, a associação entre ambos é ainda muito pouco explorada no campo científico, este estudo visou, por meio de uma revisão integrativa, contextualizar o emprego da ergologia nos variados contextos laborais, direcionando o olhar para o campo da saúde mental brasileira, especificamente os CAPS. E, a partir disso, analisar as contribuições da Ergologia para se desvendar a relação trabalho e saúde. A busca de estudos ocorreu nas bases de dados Google Acadêmico, *Scielo* e *PubMed*, mediante o uso dos descritores ergologia, saúde mental e centros de atenção psicossocial, nos idiomas inglês, francês e espanhol, juntamente com o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, em que foram identificados 59 artigos do tipo pesquisa de campo, incluídos nesta revisão. Os resultados indicaram uma forte presença da análise ergológica nos contextos laborais referentes ao setor de serviços e uma menor incidência de tal abordagem em estudos empíricos associados ao setor primário e industrial, bem como uma limitada incidência da análise ergológica no trabalho em saúde mental e nos CAPS. As contribuições da Ergologia para se desvendar a relação trabalho e saúde nos variados contextos de trabalho, inclusive em CAPS, encontra-se justamente na capacidade desta abordagem de colocar em evidência a atividade humana no trabalho, suas escolhas, debates de normas e valores, renormalizações e, a partir disso, descobrir as vivências e os problemas que os trabalhadores estão submetidos. De modo geral, as pesquisas revelam que em todos os contextos laborais, desde o setor primário até o setor de serviços, os trabalhadores estão submetidos a inúmeras situações conflituosas que podem impactar em sua saúde, seja através da existência de riscos laborais, condições precárias de trabalho, altas demandas e cargas laborais, dentre outras, refletindo a forte influência das normas antecedentes sociais e econômicas, principalmente, no ambiente de trabalho e nas escolhas efetuadas pelos trabalhadores. Espera-se com este estudo possibilitar uma maior discussão sobre a relação trabalho e saúde, especificamente no ambiente de CAPS, bem como promover um maior conhecimento e divulgação da Ergologia e um incentivo para a realização de mais pesquisas empíricas com suporte de tal abordagem, principalmente nos contextos dos serviços em saúde mental e em CAPS.

Palavras-chaves: ergologia, saúde, centros de atenção psicossocial.

ABSTRACT

CAPS are health services intended for the treatment and psychosocial rehabilitation of individuals with severe and persistent mental disorders and those derived from the abuse of alcohol and other drugs. Through the complexity of the work in these institutions, due to various factors, it is verified that this activity has impacted the health of its professionals. In this sense, Ergology emerges as a proposal to better know and intervene in work situations, aiming to transform them. This approach focuses on the worker who is not exclusively concerned with prescriptions, and makes use of himself, discusses norms and values, promotes renormalizations to achieve the objectives of his work and, mainly, to continue his life and maintain his health. It is noteworthy, however, that as CAPS and Ergology are recent phenomena, arising in the 1980s and, consequently, the association between them is still very little explored in the scientific field, this study aimed, through an integrative review, to contextualize the use of ergology in various work contexts, directing the look to the field of Brazilian mental health, CAPS. And from this, analyze the contributions of Ergology to unravel the relationship between work and health. The search for studies occurred in the Google Scholar, Scielo and PubMed databases, through the use of the descriptors ergology, mental health and psychosocial care centers, in English, French and Spanish, together with the establishment of inclusion and exclusion criteria, in which 59 field research articles were identified, included in this review. The results indicated a strong presence of ergological analysis in the work contexts related to the service sector and a lower incidence of such approach in empirical studies associated with the primary and industrial sector, as well as a limited incidence of ergological analysis in mental health and CAPS work. The contributions of Ergology to unveil the relationship between work and health in the various work contexts, including caps, are precisely in the ability of this approach to highlight human activity at work, its choices, debates of norms and values, renormalizations and, from this, discover the experiences and problems that workers are submitted to. In general, research shows that in all work contexts, from the primary sector to the service sector, workers are subjected to numerous conflicting situations that can impact their health, whether through the existence of labor risks, precarious working conditions, high demands and labor loads, among others, reflecting the strong influence of social and economic antecedent norms, work environment and the choices made by workers. It is expected that this study will enable a greater discussion about the work-health relationship, specifically in the CAPS environment, as well as to promote greater knowledge and dissemination of Ergology and an incentive to conduct more empirical research supported by this approach, especially in the contexts of mental health services and CAPS.

Keywords: Ergology, health, psychosocial care centers.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Questões relacionadas às possíveis hipóteses	22
Quadro 2: Etapas da revisão integrativa	90
Quadro 3: Descrição das palavras-chaves utilizadas	93
Quadro 4: Descrição e caracterização dos estudos selecionados na revisão integrativa	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos estudos em relação aos referenciais teóricos empregados (N=59)	107
Tabela 2: Distribuição dos estudos em relação ao eixo temático central (relação trabalho e saúde e conhecimento sobre a atividade humana no trabalho)	109
Tabela 3: Distribuição dos estudos entre os serviços de saúde	111
Tabela 4: Distribuição dos estudos entre os serviços de educação	112
Tabela 5: Distribuição dos estudos entre os demais serviços	112

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Etapas da seleção da pesquisa	95
Figura 2: Relação do número de estudos empíricos publicados entre os anos de 2011 a 2021	106
Figura 3: Relação do número de estudos empíricos por setor econômico	110
Figura 4: Relação do número de estudos empíricos referentes aos serviços de saúde mental publicados entre os anos de 2011 a 2021	114

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Álcool e Drogas

CAPS i – Centro de Atenção Infantil

CSM – Centro de Saúde Mental

DD3P – Dispositivo Dinâmico de Três Polos

DISAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

DVD - *Digital Versatile Disc* (Disco Digital Versátil)

ECRP – Entidade Coletiva Relativamente Pertinente

ECT – Eletroconvulsoterapia

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GM – Gabinete Ministerial

HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

MLA – Movimento da Luta Antimanicomial

MOI – Movimento Operário Italiano

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NR 32 – Norma Regulamentadora 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde)

NUPES – Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDI – Psiquiatria Democrática Italiana

PNST – Política Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador e Trabalhadora

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TR – Terapeuta de Referência

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	21
2.1 Geral	21
2.2 Específicos	21
3. HIPÓTESES	22
4. SOBRE O TRABALHO	24
4.1 O trabalho e suas transformações no modo de produção capitalista	24
4.2 Breve consideração sobre a relação trabalho e saúde	28
5. SOBRE A ERGOLOGIA	32
5.1 A gênese do pensamento ergológico	32
5.2 O trabalho para a perspectiva ergológica	34
5.3 O trabalhador: corpo si	36
5.4 O trabalho: usos de si e suas dramáticas	37
5.5 O trabalho: debate de normas, valores e renormalizações	39
5.6 O trabalho: ambiente de vida, de aprendizagem e de saberes	41
5.7 A confrontação de saberes e o dispositivo dinâmico de três polos	43
5.8 A atividade laboral como fator de desenvolvimento	44
6. SOBRE O CAMPO DA SAÚDE MENTAL: DO MACRO AO MICRO	50
6.1 A história da loucura no mundo ocidental	50
6.2 A psiquiatria e suas reformas subsequentes	54
6.3 A loucura no Brasil: do hospício à reforma psiquiátrica brasileira	66
6.4 O processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira	73
6.5 Os Centros de Atenção Psicossocial	80
6.7 O processo de trabalho em CAPS	83
6.8 O trabalho em CAPS e sua relação com a saúde de seus profissionais	85
7. MÉTODO	90
7.1 Desenho do estudo	90
7.2 Delineamento da questão investigativa	91
7.3 Estratégias de busca e seleção dos estudos	91
7.4 Diagrama metodológico	95
8. RESULTADOS	96
9. DISCUSSÃO	115

9.1 Ergologia e o setor primário da economia	118
9.2 Ergologia e o setor industrial	122
9.3 Ergologia e o setor de serviços	132
9.3.1 Ergologia e os serviços da atenção hospitalar	132
9.3.2 Ergologia e os serviços da saúde mental	142
9.3.2.1 Os CAPS	143
9.3.2.2 O hospital psiquiátrico	152
9.3.2.3 A comunidade terapêutica	158
9.3.3 Ergologia e os serviços da atenção básica da saúde	161
9.3.4 Ergologia e os serviços de atendimento pré-hospitalar	166
9.3.5 Ergologia e os serviços de saúde de outro país	167
9.3.6 Ergologia e os serviços da educação	168
9.3.7 Ergologia e outros serviços	173
10. CONCLUSÃO	187
REFERÊNCIAS	190
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE SELEÇÃO INICIAL DOS ESTUDOS ENCONTRADOS NAS BASES DE DADOS	203
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE SELEÇÃO DEFINITIVA DOS ESTUDOS ENCONTRADOS NAS BASES DE DADOS	204
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO E EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS	205
APÊNDICE D - QUADRO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS	206

1. INTRODUÇÃO

A palavra trabalho possui um caráter plural, e ao longo dos tempos adquiriu variadas concepções. É somente com o advento do modo de produção capitalista, juntamente com o desenvolvimento de suas várias formas de organização, que o trabalho adquiriu sua conceituação mais incisiva, estabelecida a partir do ponto de vista de satisfação às imposições do capital, tornando-se uma mercadoria, com o seu respectivo valor de troca (MARX, 1988; LIMA, 2007; NAVARRO; PADILHA, 2007).

No entanto, o trabalho não pode ser caracterizado somente como a venda de mão de obra ou força de trabalho para garantir a sobrevivência. A atividade laboral é algo central na vida humana, gênese do ser social, produtor de respostas às necessidades sociais, bem como a grande promotora de identidade, autoestima e das potencialidades humanas, sendo de fundamental importância para a saúde física e mental do indivíduo (MARX, 1988; JACQUES, 1996; JACQUES; AMAZARRAY, 2006; NAVARRO; PADILHA, 2007).

Ao aproximar o tema trabalho e saúde, assunto de grande reflexão e discussão nos dias atuais, constata-se que o trabalho influenciado por suas condições, formas de organização, o contexto social e histórico no qual está inserido, e também os aspectos subjetivos do indivíduo (inclusive as formas de lidar com as questões advindas das situações do ambiente laboral), pode ser fonte de saúde ou de adoecimento profissional (SIMÕES; HASHIMOTO, 2013; OLIVEIRA; GRECO; ESPÍNDOLA, 2015; GOMEZ; VASCONCELOS; MACHADO, 2018).

Neste sentido, emerge a Ergologia concebida como um projeto para melhor conhecer e intervir sobre as situações de trabalho, visando transformá-las. Para a perspectiva ergológica o trabalho possui inúmeras infidelidades e por isso não se restringe a uma mera execução de normas. As infidelidades devem ser geridas pelo trabalhador no aqui e agora do trabalho, através de usos de si, definidos como usos de si por si, isto é, suas singularidades, experiências, história de vida, e também o uso de si pelos outros, referentes às normas técnicas, organizacionais, dentre outras. Além dos usos de si, o indivíduo promove constantes debates de normas (permeadas por valores), entre as normas antecedentes e as normas endógenas inscritas em seu corpo-si, produzindo por consequência, novas normas na atividade, as renormalizações (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; SCHWARTZ, 2013).

Trabalhar para a Ergologia é, então, um destino a se viver, lidar com suas dramáticas, confrontar saberes (instituídos e constituídos), algo profundamente singular, complexo e enigmático (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; TRINQUET, 2010).

O trabalho para tal abordagem laboral, envolve todos esses aspectos, pois é invivível e profundamente patológico para o ser humano submeter-se inteiramente às prescrições. Viver é sempre uma tentativa de criar-se parcialmente, mesmo que com dificuldades como centro em um meio, e não como algo produzido pelo meio. A saúde neste contexto possui um aspecto normativo, ou seja, é a capacidade do ser humano de transformar o meio em que vive (permanentemente instável) de acordo com a suas necessidades e desejos (CANGUILHEM, 2010; SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; TRINQUET, 2010).

Dessa maneira, para se obter uma saudável dinâmica do trabalho é fundamental considerar essa atividade humana, ou seja, a existência de um indivíduo que faz usos de suas experiências, das prescrições, debate as normas, e produz renormalizações, para viver e ter saúde em um ambiente que em parte é imposto, coercitivo, mas que também é em parte modificável pelo indivíduo. Desta situação surge o saber da experiência do trabalhador, fruto da vivência cotidiana das situações do trabalho e daquelas decorrentes de sua própria vida. Este tipo de saber deve ser complementar aos saberes científicos, possibilitando assim, a construção de um novo modo de trabalhar, com o envolvimento de todos os sujeitos, os portadores do saber formalizado, e do saber da experiência (SCHWARTZ, 2009; TRINQUET, 2010; HOLZ; BIANCO, 2014).

A Ergologia visualiza o ser humano como sujeito que pensa sua relação com o trabalho, gera interpretações dessa situação e de suas condições, e a partir disso, se reorganiza mental, afetiva e fisicamente e age sobre o seu próprio processo de trabalho. A elaboração da vivência das atividades humanas por tal abordagem laboral, visa por um lado descobrir a vivência dos sujeitos em relação à organização do trabalho e constatar o que pode ser fonte de problemas, dificuldades, desafios e inquietações no ambiente laboral (HOLZ; BIANCO, 2014).

Por outro, pretende reincorporar os sujeitos do trabalho aos esforços necessários para a reconfiguração das práticas e das relações entre trabalho e produção, buscando modificar as práticas, conceitos e comportamentos mais adequados à vida. Bem como constatar o poder transformador da atividade humana no trabalho, visto que o agir humano sobre o seu processo de trabalho pode levar a mudanças que não se restringem unicamente ao ambiente laboral, podendo atingir a sociedade como um todo, em seus aspectos políticos, sociais, culturais,

econômicos, sendo um efetivo instrumento de transformação e desenvolvimento, produtor de história individual e da sociedade (SCHWARTZ, 2011; MENDES, 2014).

Por sua vez, o palco central deste estudo é o campo da saúde mental brasileira, em especial o trabalho em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A saúde mental nacional está pautada na Reforma Psiquiátrica Brasileira, fenômeno iniciado no final da década de 1970 e ainda em curso no país, fortemente influenciada pelos movimentos reformistas surgidos na segunda metade do século XX, e principalmente pela Psiquiatria Democrática Italiana, que visa questionar e desconstruir o modelo psiquiátrico tradicional, centrado na doença mental e no saber psiquiátrico, representado pelos manicômios, e propõe a consolidação de modelos assistenciais alternativos e novas formas de lidar com a loucura (BRASIL, 2005; AMARANTE, 2013).

Desse modo, seguindo as premissas reformistas o campo da saúde mental nacional está estruturado a partir de uma rede de serviços, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que engloba variados serviços pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) e que de forma integrada e articulada devem prestar uma atenção psicossocial a toda população, inclusive aos indivíduos com transtornos mentais graves e aqueles decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011; 2019; AMARANTE; NUNES, 2018).

Nesta conjuntura, os CAPS são considerados dispositivos estratégicos e essenciais na RAPS e no processo reformista brasileiro, sendo definidos como serviços abertos e comunitários de saúde pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), indicados para o atendimento às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e indivíduos com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. São classificados de acordo com a demanda e abrangência populacional, em CAPS I, II, III, IV; CAPS AD (álcool e drogas) e CAPS i (infantil) (BRASIL, 2004; 2011; 2017).

Suas ações e práticas são pautadas na existência de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, na integração e participação dos usuários e de seus familiares nos processos terapêuticos, no exercício de cidadania, na reabilitação psicossocial e inclusão social de tais indivíduos, mediante a articulação destes com outros dispositivos presentes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

No entanto, ao analisar o trabalho em CAPS percebe-se que este, caracteriza-se de modo geral, por altas demandas laborais, complexas ações e práticas assistenciais ao usuário e familiares, uma diversidade de profissionais, necessidade de interdisciplinaridade nas equipes,

contato constante com o sofrimento humano, aspectos burocráticos que dificultam a interação com outros dispositivos da RAPS, confluência de ideias psicossociais e biomédicas, e por fim uma precariedade das condições de trabalho. Soma-se a isso, a necessidade de inovação do jeito de trabalhar por parte de seus profissionais, que muitas vezes, na prática, não encontra os recursos necessários para tal atuação e renovação. (RAMMINGER, 2005; NARDI; RAMMINGER, 2007; LANCMAN, 2008; AZEVEDO; FIGUEIREDO, 2014; OLIVEIRA; GRECO, ESPÍNDOLA, 2015; VENTURA et al., 2015).

Todos esses fatores podem favorecer o surgimento de adoecimentos como estresse ocupacional, sobrecargas e experimentação de sentimentos diversos por parte de seus trabalhadores, bem como dificultar o caminhar da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BEZERRA, 2004; RAMMINGER, 2005; AZEVEDO; FIGUEIREDO, 2014).

Mediante todo o contexto até aqui apresentado e tendo em vista que a Ergologia, bem como os Centros de Atenção Psicossocial são fenômenos recentes, visto que surgiram em meados da década de 1980 (BRASIL, 2005; BRITO, 2011), e que por consequência, a associação entre ambos ainda é muito pouco explorada no campo científico. O estudo em questão visa, por meio de uma revisão integrativa da literatura, contextualizar o emprego da abordagem ergológica nos variados contextos de trabalho, direcionando o olhar para o campo da saúde mental brasileira, especificamente para os CAPS. E a partir disso, analisar as contribuições da Ergologia para se desvendar a relação trabalho e saúde.

A Ergologia com as suas várias ferramentas conceituais se mostra como um potencial instrumento de análise e intervenção laboral, pois ao evidenciar a atividade humana no trabalho, ou seja, o protagonismo do trabalhador na realização de sua atividade, com sua vasta experiência profissional e de vida, pode contribuir para a construção de um conhecimento mais efetivo e real sobre a atividade de trabalho, conferindo mais significados a esta atividade, e consequentemente auxiliar no desenvolvimento de uma melhor relação trabalho e saúde, que respeite as condições reais de execução e principalmente a existência de um sujeito trabalhador que enfrenta as infidelidades do trabalho não somente para atingir os objetivos deste, mas também para viver, ter saúde e produzir a sua história e da sociedade.

Em especial, em relação ao campo da saúde mental, e o contexto laboral de CAPS, a Ergologia além de contribuir com todos os aspectos acima citados, pode também auxiliar no desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, através de uma melhor compreensão sobre as normas antecedentes, valores e renormalizações que circundam todo esse processo

reformista, contribuindo para construção de mudanças mais condizentes com as condições reais de trabalho, bem como as necessidades do público alvo e dos trabalhadores desta área de atuação.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as contribuições da Ergologia para desvendar a relação trabalho e saúde.

2.2 Específicos

- Investigar a produção científica quanto à análise do trabalho realizada pela perspectiva ergológica.
- Investigar as contribuições da Ergologia para a relação trabalho e saúde.
- Avaliar as contribuições da abordagem ergológica para a relação trabalho e saúde em Centros de Atenção Psicossocial.

3. HIPÓTESES

A fim de esclarecer as possíveis hipóteses desse estudo, foi desenvolvido o Quadro explicativo 1, no qual cada objetivo específico deste estudo (O.E) está relacionado a uma questão e a suas respectivas hipóteses.

Quadro 1 - Questões relacionadas às possíveis hipóteses

QUESTÕES		HIPÓTESES
O.E.1	<p>Q.1 - Há estudos científicos que empregam a ergologia como instrumento de análise laboral?</p> <p>Q.2 - Como se dá a análise ergológica nos vários contextos de trabalho?</p>	<p>H.1 – Há estudos que empregam a ergologia para análise laboral, porém a quantidade é reduzida, o que pode sinalizar para um reduzido conhecimento e difusão sobre esta abordagem.</p> <p>H.2 - A análise ergológica nos diversos contextos produtivos ocorre através do afloramento da atividade industriosa, isto é, a atividade de trabalho, tal como ela ocorre na realidade. E para isso a Ergologia utiliza-se de suas variadas ferramentas conceituais.</p>
O.E.2	<p>Q.1 - A Ergologia tem contribuído para a relação trabalho e saúde?</p>	<p>H.1 - A contribuição da Ergologia para a relação trabalho e saúde é singela, devido ao baixo emprego desta abordagem para o conhecimento das situações de trabalho, e suas respectivas interferências na saúde do indivíduo trabalhadores</p>

QUESTÕES		HIPÓTESES
O.E.2	Q.1 - A Ergologia tem contribuído para a relação trabalho e saúde?	H.2 - A ergologia com sua análise do trabalho, a partir da atividade humana, pode ser um potente instrumento para se compreender a relação trabalho e saúde, pois auxilia na descoberta sobre a vivência dos sujeitos frente às situações de trabalho, descobrindo os problemas, conflitos que surgem no ambiente laboral e a interferência destes na saúde dos profissionais.
O.E.3	Q. 1 - A perspectiva ergológica tem contribuído para a relação trabalho e saúde no ambiente laboral de CAPS?	H.1 – A Ergologia tem contribuído de maneira tímida para a relação trabalho e saúde no ambiente de CAPS, devido à baixa utilização desta abordagem neste contexto de trabalho.

Fonte: própria autora

4. SOBRE O TRABALHO

4.1 O trabalho e suas transformações no modo de produção capitalista

A palavra trabalho ao longo dos tempos adquiriu, diversas concepções. O trabalho é um fenômeno cíclico, dependente da história, e que se altera de acordo com os acontecimentos e necessidades do ser humano participante da vida em sociedade (LIMA, 2007).

Na idade Média por exemplo, o trabalho era associado a ideia de sacrifício ou algo penoso e era delegado aos servos visto que os senhores ocupavam com a política, sacerdócio, guerra, ou seja, estavam preocupados com o exercício do poder. Já na era moderna, a concepção sobre o trabalho começa a se alterar tendo em vista a ascensão da burguesia, e as características do novo modelo de produção. Assim, o trabalho foi adquirindo conotações específicas de acordo com os costumes e tradições de determinada época (LIMA, 2007; DIAS; SANTOS; ARANHA, 2015).

Conforme explicita Pires (1996) e Santos (2017) as formas de efetuação do trabalho, os modos de produção, suas formas de organização, suas inovações, bem como a reprodução da vida social, as regras e os valores do convívio social, são eventos humanos, resultantes das relações políticas, econômicas, sociais, o que contribui para a compreensão do trabalho como uma categoria composta por uma diversidade de dimensões.

Quando se aborda o tema trabalho em geral, Marx (1988), conceitua o trabalho como a consequência do uso da força humana para apossar-se dos recursos da natureza e transformá-los em algo útil às necessidades do homem. Assim, o trabalho do homem é intencional e idealizado, fato que difere o ser humano dos outros animais.

Nas palavras do autor:

Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colmeias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e, portanto, idealmente (MARX, 1988, p. 142).

O trabalho é então uma ação que pressupõe a consciência e o conhecimento dos meios e dos fins aos quais se pretende chegar. Consequentemente não existe trabalho humano sem consciência/finalidade, na medida em que todo trabalho busca a satisfação de uma necessidade, sendo também produtivo e transformador para o homem, visto que tem por função a modificação de algo, utilizando-se para isso a sua energia de intenção (NAVARRO; PADILHA, 2007).

O trabalho apresenta-se como a gênese da realização do ser social, condição fundamental de toda a existência humana, constituindo assim o ponto de partida para a sua humanização. É o meio pelo qual o homem participa da construção da vida social, expressando a própria sociabilidade humana, produzindo respostas às necessidades sociais (MARX, 1988).

Além disso, segundo Navarro e Padilha (2007), o trabalho é compreendido como algo central na vida das pessoas e, conseqüentemente ocupa um espaço relevante no cotidiano contemporâneo, gerando a possibilidade de desenvolvimento de identidades e do potencial humano.

Por sua vez, a sociedade capitalista atribui um duplo sentido ao trabalho: de um lado o trabalho é concebido a partir da perspectiva de atividade central na vida dos indivíduos e atendimento das necessidades destes, e por outro lado o trabalho é estabelecido a partir do ponto de vista de atendimento às imposições do capital. Tal situação é visível, com o fato de que a organização de trabalho, ao longo da história, preocupou-se apenas em atender aos ideais do lucro e produtividade, elaborando formas capazes de negar os desejos e necessidades dos trabalhadores (NAVARRO; PADILHA, 2007).

Com o desenvolvimento do capitalismo, percebe-se então que a dimensão do trabalho concreto, que corresponde a utilidade da mercadoria, seu valor de uso, relacionado diretamente à satisfação das necessidades humanas, perde espaço significativo para a dimensão do trabalho abstrato, que se associa ao valor de troca da mercadoria, ou seja, o valor que o produto adquire como mercadoria colocada em mercado, e é voltado à produção de mais valia fabricada pela força de trabalho. Desse modo, em tal modelo o trabalhador recai à posição de mercadoria, e passa a ter também um valor quantitativo, de acordo com a sua força de trabalho (MARX, 1988; NAVARRO; PADILHA, 2007).

Diante desse quadro, perante o modelo do capital, o trabalhador não tem outra opção, a não ser vender sua força de trabalho ao empregador para garantir sua sobrevivência, enquanto que o empregador não irá medir esforços para ampliar seus ganhos e lucros. Assim, embora o

processo de trabalho intencione à criação de valores úteis é claramente eminente que seu objetivo principal seja a expansão e acumulação do capital (BRAVERMAN, 1987).

Por outro lado, para proporcionar a expansão e acumulação do capital, tão almejada pelos capitalistas faz-se necessário, a existência de um rigoroso controle do processo de trabalho para aumentar cada vez mais a produção. Esse controle é alcançado através da separação entre as tarefas de elaboração e execução, tendo como resultado a desqualificação do trabalhador que tem abolido de si o saber fazer no processo de trabalho (BRAVERMAN, 1987).

Cohn e Marsiglia (1994) relatam que essa separação das tarefas de concepção e elaboração no desenrolar do desenvolvimento capitalista, inicia-se com o estabelecimento da manufatura, no qual alguns trabalhadores são responsáveis pela organização do trabalho coletivo enquanto que os demais apenas o executam. Com a introdução da maquinaria, tem-se um aprofundamento dessa separação, pois nesse caso o trabalho é segmentado em várias fases e as operações passam a ser estabelecidas pelas máquinas.

A partir dessa divisão do trabalho (concepção/execução), ocorre uma expropriação do processo de trabalho para as mãos dos empregadores e uma maior exploração da força de trabalho por estes, objetivando sempre a busca por uma maior produtividade e acumulação do capital. Como consequência, se faz necessário a elaboração constante de estratégias de organização e controle do trabalho, que visem a manutenção de todo esse processo, e permita que o capitalismo se mantenha em permanente evolução (BRAVERMAN, 1987; HARVEY, 2008; RIBEIRO, 2015).

Destaca-se nesse sentido, o taylorismo, organização científica do trabalho, que surgiu no final do século XIX. A partir do estudo dos tempos e movimentos, no ambiente laboral, buscava-se a criação de normas e procedimentos padronizados para a realização do trabalho, determinando o melhor método e tempo para execução, criando assim um padrão de estrutura hierarquizada e rígida (ANTUNES, 2015; RIBEIRO, 2015).

No decorrer do tempo, Henry Ford a partir dos princípios de Taylor, desenvolveu sua própria metodologia de organização do trabalho, fixando o trabalhador em seu posto de trabalho e criando a linha de montagem, introduzindo assim, o fordismo ou taylorismo-fordismo. Tal modelo foi predominante ao longo do século XX (MORAES NETO, 1991; ANTUNES, 2009).

Dessa forma, com essa nova forma de organização laboral obteve-se uma produção em massa, por meio das linhas de montagem; confecção de produtos mais homogêneos; controle

dos tempos e movimentos pelo cronômetro taylorista e da produção em série fordista; existência de unidades fabris verticalizadas e concentradas; trabalho extremamente racionalizado e fragmentado. A atividade do operário limitava-se a uma ação mecânica e repetitiva, fixado em somente uma única tarefa, sendo um mero objeto do processo produtivo (ANTUNES, 2015).

No entanto, o taylorismo-fordismo entra em crise em meados dos anos de 1970, e a década posterior, presenciou, nos países de capitalismo avançado, alterações profundas no mundo do trabalho e uma consequente reestruturação produtiva, influenciados por um grande salto tecnológico, da automação, da robótica, e da microeletrônica. Surge então, novos processos de trabalho, caracterizados por uma flexibilização da produção e novas formas de conformação da produção à lógica do mercado, destacando o toyotismo, configurando-se como o processo de produção da grande maioria das empresas, até os dias atuais (ANTUNES, 2015; RIBEIRO; 2015).

Tal modelo de gestão do trabalho é reconhecido pelos seguintes aspectos de modo geral: altos investimentos em tecnologias; produção mais flexível, diversificada, de acordo com a demanda e pronta para suprir o consumo; melhor aproveitamento possível do tempo de produção, incluindo-se também o controle de qualidade, o transporte, e o estoque, por meio do *just in time*; o *kanban*, senha utilizada para determinar a necessidade de reposição de produtos, após a venda; trabalhadores polivalentes com maior qualificação e agilidade; tendência em diminuir a distância entre os níveis hierárquicos, valorização do trabalho realizado em equipe, a gerência participativa; desconcentração produtiva (ANTUNES, 2009; ANTUNES, 2015).

Um ponto essencial do toyotismo é que, para a efetiva flexibilização da produção, é fundamental também a flexibilização do trabalho, como um todo, ou seja, com menos vínculos organizacionais e empregatícios. Assim, há uma enorme desregulamentação dos direitos trabalhistas; uma tendência a terceirização e subcontratação dos trabalhadores; destruição do sindicalismo de classe e sua conversão para um sindicalismo de parceria. Tudo isso com o objetivo de dispor da força de trabalho em função das condições do mercado (ANTUNES, 2015).

Percebe-se que todas as formas de organização do trabalho apresentam essa distinção entre tarefas de concepção e elaboração (ANTUNES, 2015; RIBEIRO, 2015). No entanto, Antunes (2015), relata que a sujeição do trabalhador ao espírito do toyotismo é de bem maior intensidade e diferente daquela existente na era do fordismo. Tal sujeição na gestão fordista era movida por uma lógica despótica, enquanto que na gestão do modelo atual é mais envolvente,

mais consensual, mais participativa, em verdade mais manipulatória, utilizando-se desse envolvimento cooperativo do trabalhador somente para a manutenção e desenvolvimento do processo de valorização e acumulação do capital.

Deve-se destacar que nos dias atuais, não se pode afirmar que houve a superação ou a substituição efetiva de um modelo pelo outro. O que se observa é que, de um lado, os trabalhadores continuam enfrentando a cisão entre planejamento e execução, isto é, o rompimento entre o saber e o fazer, típicos do modelo taylorista-fordista de produção, enquanto que, de outro, são submetidos a um processo no qual, supostamente, lidam com a recomposição das tarefas e têm o controle da produção em suas mãos, a exemplo do toyotismo (SILVA, 2011; ANTUNES, 2015).

Percebe-se por fim que, os capitalistas, como forma de manter o controle e aumentar o processo de acumulação, reorganizam, constantemente, o sistema de gestão, a partir de inúmeras alternativas tecnológicas, como garantia do desenvolvimento do sistema capitalista e também da disciplina, exploração e da passividade dos seus trabalhadores (PIRES, 1996; ANTUNES, 2015).

4.2 Breve consideração sobre a relação trabalho e saúde

O tema trabalho e suas relações com o processo saúde-doença representa uma reflexão importante na sociedade contemporânea. O trabalho possui papel insubstituível e vital no desenvolvimento do homem e contribui de forma significativa para a formação do patrimônio cultural e histórico do ser humano (CLOT, 2006; SIMÕES; HASHIMOTO, 2013).

Trabalhar não representa somente a venda de uma mão de obra ou força de trabalho em troca de um salário, para garantir a sobrevivência. O exercício de uma atividade laboral possibilita ao homem, fazer parte da vida em sociedade, assim como também, favorece o desenvolvimento de habilidades e atributos que qualificam e contribuem para a formação de sua subjetividade e identidade, sendo de fundamental importância para a sua saúde física e mental (JACQUES, 1996; JACQUES e AMAZARRAY, 2006; NAVARRO; PADILHA, 2007).

Nos dias atuais, a relação trabalho e saúde pauta-se no campo denominado saúde do trabalhador. Para este modelo tal relação associa-se a condições multifacetadas, e não a uma

simples ausência de doenças, tendo o processo de trabalho como importante fator na gênese dos adoecimentos (GOMEZ, 2011).

De modo breve, o objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e adoecimento dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Para tanto, focaliza o processo de trabalho, o qual possui um sentido marxista, isto é, tal processo está inserido no contexto do capital, em um cenário de exploração e confrontação de classes. Para se compreender a relação trabalho/saúde deve-se considerar este contexto e a historicidade que circunda as relações de produção materializadas em condições específicas de trabalhar, produtoras ou não de agravos à saúde (MENDES; DIAS, 1991; GOMEZ, 2011; GOMEZ; VASCONCELOS; MACHADO, 2018).

Além disso, deve-se levar em conta também a existência de características específicas dos processos de trabalho com potencial repercussão na saúde dos trabalhadores, inclusive a subjetividade destes, ou seja, aspectos provenientes da vida cultural e pessoal do indivíduo, e as suas formas de lidar com o ambiente de trabalho e as pressões advindas deste (MENDES, DIAS, 1991; GOMEZ, 2011; SIMÕES; HASHIMOTO, 2013;).

Em outras palavras, a relação trabalho e saúde dependerá de variados fatores tais como: formas de organização e condições de execução laborais, disponibilidade de recursos, relações interpessoais, gestão participativa, reconhecimento do trabalho, dentre outros aspectos. Podendo ser fonte de saúde ou de adoecimento (SIMÕES; HASHIMOTO, 2013; OLIVEIRA; GRECO; ESPÍNDOLA, 2015).

Uma característica essencial deste modelo relaciona-se a participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança, pois são os trabalhadores que realmente conhecem as situações concretas do cotidiano laboral expressas em sofrimento, doença e morte, conferindo assim, mais sentido ao trabalho (MENDES, DIAS, 1991).

No Brasil, o campo da saúde do trabalhador tem sua origem no processo de redemocratização do país, principalmente a partir da década de 1980. Este campo em solo nacional, foi influenciado pelo avanço da produção acadêmica no setor da medicina preventiva e social, e da saúde pública, que apoiada no movimento da Medicina Social Latino-Americana, ampliou o quadro interpretativo sobre o processo saúde-doença, estabelecendo as categorias classe e trabalho como determinantes sociais da saúde (GOMEZ, 2011).

Bem como o movimento da Reforma Sanitária Brasileira com a sua luta pela universalização e promoção da saúde. E por fim, o Movimento Operário Italiano (MOI), que tinha como alvo a alteração das condições de trabalho nas unidades produtivas, por meio da incorporação dos conhecimentos e validação dos trabalhadores sobre os seus locais de trabalho, nesse processo (GOMEZ, 2011; MUNIZ, et al., 2013).

Após a ocorrência de variadas conferências, como VII Conferência Nacional de Saúde, a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador ambas no ano de 1986, bem como as experiências de implantação da Rede de Serviços de Saúde do Trabalhador, fica estabelecida através da Constituição de 1988 e pela Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) a saúde do trabalhador, enquanto marco político normativo do Estado, obedecendo a ideia da saúde como direito universal (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

A Lei Orgânica da Saúde determina que as ações de saúde do trabalhador devem ser realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos âmbitos de assistência, vigilância, informação, pesquisas e participação dos sindicatos, dentre outros aspectos (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

O campo de saúde do trabalhador no âmbito do SUS, comporta uma série de avanços, como a criação da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), a Política Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNST), dentre outros (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Por outro lado, há também inúmeros entraves, relacionados às dificuldades de municipalização das ações de saúde do trabalhador, existência no campo da saúde de uma blindagem política que ainda persiste em desconsiderar a centralidade da categoria trabalho como um determinante social dos agravos à população em geral, sem deixar de citar é claro, os entraves que o próprio SUS vem sofrendo nos últimos anos (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018; VASCONCELLOS; MACHADO, 2011).

Outro aspecto relevante a se destacar e que de certo modo comunica com um dos aspectos acima discutidos, é que apesar de inúmeras pesquisas constatarem a enorme influência do trabalho na saúde do homem, ainda nos dias atuais, tende-se a buscar as causas do adoecimento no trabalhador, na sua história pessoal, familiar e laborativa pregressa, associando a doença às características como: fraqueza, preguiça, falta de interesse, má vontade, dentre outras, não considerando os aspectos de interação do indivíduo com o trabalho e a sociedade,

condições de vida e o contexto político, econômico e social no qual está inserido (SIMÕES; HASHIMOTO, 2013).

Os autores Franco, Drunk e Silva (2010) alertam que a relação trabalho e saúde/adoecimento não deve ser visualizado como um problema individual, mas sim como um problema de saúde pública que atinge os sujeitos em escala crescente.

O estabelecimento de uma precária relação trabalho e saúde, pode interferir na saúde do trabalhador favorecendo vivências de sofrimento, desconforto, adoecimento e até mesmo produzindo a incapacidade para o trabalho. Esta situação pode provocar ações globais para o indivíduo desde o rompimento nos projetos de vida, nos sonhos e interfere fortemente no estigma do trabalhador, na sua forma de conceber o mundo e a si próprio, no modo pelo qual os outros o veem e evidencia também de certa forma a falência de seus recursos internos (SIMÕES; HASHIMOTO, 2013).

O mundo da produção se mantém majoritariamente, estruturado e se movendo pela acumulação de capital e lucro. Isso, por conseguinte leva a uma progressiva perda da razão social do trabalho e este, pode se tornar um terreno fértil para o sofrimento e o adoecimento dos indivíduos (FRANCO; DRUCK; SILVA, 2010).

5. SOBRE A ERGOLOGIA

5.1 A gênese do pensamento ergológico

A construção da perspectiva ergológica se deu entre o final da década de 1970 e início dos anos 80, na França, sendo a denominação Ergologia estabelecida somente no final dos anos 90. Tal abordagem laboral é o fruto de experimentações e debates entre profissionais do conceito e protagonistas da atividade de trabalho, fortemente influenciada por três vertentes: o Movimento Operário Italiano (MOI), a Ergonomia da Atividade e pela filosofia das normas de Georges Canguilhem (ATHAYDE; BRITO, 2011; BRITO, 2011; SCHWARTZ, 2013).

O Movimento Operário Italiano (MOI), surgiu em meados da década de 1960, liderado pelo médico Ivar Oddone, e composto por psicólogos, médicos, sociólogos, sindicalistas e trabalhadores, dentre outros, apresentando como objeto de estudo o trabalho operário. Este movimento através da ideia de comunidades científicas ampliadas, construiu um novo modelo de conhecimento sobre as situações de trabalho, a partir de uma discussão multidisciplinar sobre o mesmo, visando promover uma interlocução entre saberes formais e os saberes dos trabalhadores para assim, solucionar os problemas nos ambientes laborais (BRITO, 2011; VIEIRA JÚNIOR; SANTOS, 2012).

Essa nova abordagem estabelece o protagonismo do trabalhador na luta contra a nocividade existente no trabalho e juntamente a isso afirma o valor científico da subjetividade dos trabalhadores, validada pelo grupo homogêneo de trabalhadores presentes nessa equipe multidisciplinar (ODONNE, et al., 2020; BRITO, 2011).

Outra forte influência presente na abordagem ergológica do trabalho, corresponde a Ergonomia da Atividade. A partir da análise das situações de trabalho nas indústrias francesas impregnadas pela lógica taylorista, constatou-se que o trabalho possuía duas faces distintas: a prescrição e o real, bem como também a existência de uma variabilidade dos contextos e dos indivíduos e as suas estratégias de regulação (TERSSAC; MAGGI, 2004; BRITO, 2011; ALVES, 2018).

Nesse sentido, para a abordagem ergonômica o trabalho prescrito ou tarefa corresponde a tudo aquilo que é estabelecido de forma antecipada pela organização produtiva e fornecido ao trabalhador para que este possa efetuar o trabalho. Em outras palavras, o trabalho prescrito

integra as condições determinadas de uma situação de trabalho (o ambiente físico, as características de um dispositivo técnico, a matéria-prima utilizada, dentre outros), e as prescrições (ordens, normas, procedimentos, resultados a serem obtidos, etc) (GUÉRIN et al., 2001).

Já o trabalho real ou atividade é o trabalho tal como ele se realiza concretamente, de acordo com as condições reais para a sua execução. No intermédio entre o trabalho prescrito e o trabalho real há inúmeras variabilidades que o trabalhador deve enfrentar para atingir os objetivos do trabalho. Tais variabilidades são referentes ao processo de trabalho (panes, dificuldades de previsão, dentre outros), aquelas associadas ao trabalhador (fadiga, experiência, efeitos da idade, ritmo circadiana) e também a do coletivo de trabalho (GUÉRIN et al., 2001; TELLES; ALVAREZ, 2004).

Consequentemente, o trabalho não é uma simples execução de normas e procedimentos. A atividade de trabalho consiste, portanto, em gerenciar a variabilidade existente, ou seja, situações indeterminadas quanto a sua possível finalidade, considerando aspectos de qualidade, segurança e saúde. Essa gestão, regulação das atividades se dará por meio de características singulares do trabalhador (história de vida, de trabalho na empresa, de saberes) assim como também particularidades coletivas (construção de saberes, competências operatórias e valores) necessárias para dar conta da atividade (DURAFFOURG, 1998; GUÉRIN, et al., 2001; MENDES, 2014).

Por fim, a ergologia se apropria da discussão da filosofia das normas de Georges Canguilhem e sua relação com a saúde (VIEIRA JÚNIOR; SANTOS, 2012). Para Canguilhem, a vida é uma atividade que se opõe a inércia, ou seja, viver é agir sobre o mundo. Tendo isso em vista, o autor estabelece uma concepção de saúde associada ao meio (ambiente em que se vive). Este meio é sempre infiel, instável, e a saúde é caracterizada como uma margem de tolerância a essas infidelidades do meio e também como a capacidade do ser humano (individual ou coletivo) de criar novas normas, ou de agir sobre o meio (de acordo com as suas necessidades e anseios) (CANGUILHEM, 2010).

Para o autor a saúde é vista como uma polaridade dinâmica entre o sujeito (ou sujeitos) e o seu meio, ou seja, para analisar a saúde é necessário considerar esses dois polos, de um lado, os indivíduos, do outro o meio em que vivem, e como cada um desses polos afeta o outro (CANGUILHEM, 2010).

Essa característica humana de vitalidade, ou seja, a tentativa de agir sobre o mundo, ou a tentativa constante de agir e adequar o meio em que se vive, se estende ao trabalho, e mesmo em um ambiente laboral extremamente padronizado como a organização taylorista, existe um ser humano que deseja viver, e resiste às medidas que lhe são expostas do exterior, através de microcriações ou os famosos “jeitinhos”, enfim, soluções elaboradas pelo trabalhador para atingir os objetivos de seu trabalho e manter-se vivo e com saúde, pois o ser humano quer ser dono de suas próprias normas (BRITO, 2011).

Dessa maneira, a partir da influência dessas três abordagens o referencial ergológico delineou-se, e ganhou formato, tendo como o seu principal expoente Yves Schwartz, na tentativa de ser uma ferramenta de análise e transformação do trabalho visando tecer alternativas frente ao grande impacto do modelo de produção capitalista no ambiente laboral e também na vida dos trabalhadores (VIEIRA JÚNIOR; SANTOS, 2012).

5.2 O trabalho para a perspectiva ergológica

A Ergologia é concebida como uma perspectiva de análise e intervenção sobre o trabalho, a partir da atividade humana no trabalho, ou seja, o ponto de vista do trabalhador sobre esta atividade. Tal perspectiva visa evidenciar a atividade humana no trabalho em todas as suas dimensões, numa ligação constante entre sua porção micro e macro, propondo uma análise situada do trabalho, e apostando na potência humana, de compreender e transformar, o que está em jogo, (re)inventando, elaborando novas condições e um novo meio pertinente às suas aspirações e necessidades (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; ATHAYDE; BRITO, 2011; BRITO, 2011).

Segundo Trinquet (2010) conhecer a realidade da atividade laboriosa, na perspectiva ergológica significa, analisar sob quais condições essa atividade se realiza de fato, o que permite organizá-la melhor e, torná-la mais sustentável em todos os seus aspectos, sociais, humanos e econômicos. Para tanto visa colocar em diálogo os saberes constituídos (científicos, técnicos) e os saberes instituídos (saberes da experiência em relação ao trabalho), por meio do dispositivo dinâmico de três polos, que será discutido de forma mais detalhada mais adiante.

Percebe-se portanto, que a análise do trabalho é algo extremamente complexo, assim, a abordagem ergológica é dita interdisciplinar pois, oferta um quadro apropriado para a

integração de variadas disciplinas, tais como: economia, sociologia, linguística, ergonomia, psicologia, filosofia, dentre outras, sendo uma condição essencial para o alcance da complexidade das questões que envolvem as relações entre a produção e o trabalho, visto que o trabalho humano ou atividade industriosa possui variadas dimensões (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; SCHWARTZ, 2013).

A Ergologia apresenta como ponto de partida, a diferenciação e distância apontada pela Ergonomia entre trabalho prescrito e trabalho real, e reincorpora e aprofunda tal contestação. Assim, a perspectiva ergológica repensa o trabalho por meio de quatro proposições universais: a) existe sempre uma distância entre o trabalho prescrito e o realizado; b) esta distância é sempre parcialmente singular porque não é possível antecipá-la totalmente, está sempre introduzida na história daquele que trabalha; c) aquele que faz a gestão dessa distância obedece a uma racionalidade que atravessa tanto o intelectual, o biológico quanto o cultural, o corpo-si; d) há sempre valores em jogo na atividade (BORGES, 2004; SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Borges (2004) demonstra que tal abordagem laboral concebe o trabalho como uma atividade humana, situada no tempo e no espaço, sendo atividades sempre complexas e com um caráter enigmático. Desse modo, a atividade de trabalho sob a perspectiva ergológica é a forma como os seres humanos se envolvem e cumprem os objetivos determinados pelo trabalho em local e tempo determinados através das ferramentas colocadas à disposição, ou seja, seu corpo biológico, sua inteligência, sua afetividade, seu psiquismo, sua história de vida e de relações com outros seres humanos, além é claro das prescrições.

Para a Ergologia, em uma situação de trabalho é impossível não haver atividade, bem como é impossível restringir ao prescrito, ou seja, aquilo que é determinado anteriormente à efetuação do trabalho. No entanto, não existe somente prescrição visto que o trabalho compreende a atividade humana e o ser humano reorganiza sua atividade em função das variabilidades existentes ao realizar a tarefa. Nesse sentido, o trabalho para a Ergologia não se resume em mera execução, a uma simples ação mecânica (BORGES, 2004).

A noção de atividade ganha aqui uma dimensão muito mais ampla do que a explorada pela Ergonomia, a atividade é tomada no sentido de atividade interior, é o que se passa na mente e no corpo da pessoa no trabalho, em diálogo com ela mesma, com o seu meio e com os “outros”, estando o trabalho e o homem íntima e enigmaticamente conectados (TRINQUET, 2010).

De acordo com Borges (2004) essa atividade é, portanto, sempre realizada e vivenciada de forma singular, personalizada e diferenciada e marca o distanciamento entre o que é prescrito e o que é efetivamente realizado.

Consequentemente, o ambiente de trabalho é um espaço de cultura, sociabilidade, técnica e, principalmente, de seres humanos e de infidelidades, ou seja, cada dia, ou até cada situação é vivenciado de uma forma, jamais é executado sempre da mesma maneira, possui variabilidades, infidelidades.

A contribuição da Ergologia, portanto se situa nesse olhar plural sobre o ser humano que realiza a atividade, ou seja, a relação que a pessoa estabelece com o meio no qual está engajada, debatendo as normas, os valores, e por fim renovando indefinidamente a atividade humana e o trabalho, visto que a produção no trabalho não está separada das demais circunstâncias da vida ((SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Tal abordagem procura desvendar as vivências dos sujeitos no que diz respeito às organizações de trabalho e entender o que possa ser gerador de pressões, desafios, problemas e ao mesmo tempo inquietações e prazer. O homem, centro de estudo da Ergologia, produz interpretações e ações de maneira a contribuir para o fortalecimento das relações sociais no ambiente organizacional (LIMA; BIANCO, 2009).

A partir de uma concepção geral sobre a Ergologia, pretende-se a diante discutir de forma mais detalhada algumas ferramentas conceituais dessa abordagem laboral.

5.3 O trabalhador: corpo-si

Para discorrer sobre o trabalhador e as questões por ele engendradas, a Ergologia introduz o termo “corpo-si”. Essa expressão trata-se da pessoa enquanto ela está em atividade, sendo um centro de arbitragem que incorpora o social, o psíquico, o biológico, o institucional, as normas, os valores (presentes e retrabalhados), a relação com o tempo, a relação com os níveis de racionalização, dentre outras, enfim, a individualidade considerada como uma história de vida. Em decorrência disso, a entidade que arbitra e decide não é inteiramente biológica, nem inteiramente consciente ou cultural (DURRIVE; SCHWARTZ, 2018).

O trabalhador na realização de suas atividades se depara permanentemente com infidelidades do ambiente laboral, sendo-lhe impossível escapar de micro escolhas rotineiras. Desse modo, o corpo-si é o árbitro e gestor dessas variabilidades que o estimula a escolher entre trabalhar “por si” ou “pelos outros”, realizando, assim, seu trabalho (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

A Ergologia não utiliza a noção de subjetividade, pois essa caracterização coloca o indivíduo diante de um espelho em que ele se reconhece, um espelho que o transforma em objeto circunscrito numa moldura, descortinando os segredos de sua vida e de sua ação. Assim o termo corpo-si não corresponde a um “sujeito” delimitado, mas sim uma entidade enigmática que resiste às tentativas de ser objetivado (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Falando do corpo e principalmente do corpo-si coloca-se o dedo sobre alguma coisa que nos ultrapassa a todos, na medida em que isso nos remete às profundezas do que somos a essa “alguma coisa” que é, digamos novamente biológica, mas atravessada por nossa história. Ou seja, nós trabalhamos nosso corpo, nós o trabalhamos permanentemente pela nossa experiência de vida, e, portanto, por nossas paixões por nossos desejos, nossas experiências. [...] Trata-se do histórico, mas do histórico funcionando em alquimias que vão além de nós: e que vão além, tanto de quem lhe mostra o espelho, quando de quem está com ele (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 197).

A Ergologia desenvolve o conceito de corpo-si de modo que não se lhe imponham barreiras epistemológicas drásticas, sendo necessário visualizar que todo conceito da abordagem ergológica veicula com ele uma história, valores, que todos os homens carregam sem se dar conta disso (HOLTZ; BIANCO, 2014; SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

5.4 O trabalho: usos de si e suas dramáticas

O meio de trabalho conforme já dito é sempre variável, imprevisto, e infiel, jamais se repete exatamente de um dia para o outro, ou de uma situação de trabalho a outra, sendo os trabalhadores responsáveis por dar conta dessa infidelidade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

No entanto, essa infidelidade dever ser gerida não como uma execução, mas sim como um uso de si, pois é o indivíduo no seu ser que é convocado, mesmo no inaparente, com seus

recursos, capacidades e escolhas infinitamente mais amplos que aquelas que são explicitadas e solicitadas pela tarefa cotidiana (SCHWARTZ, 2000; SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Essa situação é o que caracteriza e define o denominado “vazio de normas”, ou seja, não há possibilidade nenhuma de uma antecipação total da atividade, pois as normas antecedentes são insuficientes, visto que não existe apenas execução (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Este uso de si pode ocorrer de duas maneiras: o uso de si por si e o uso de si pelos outros. O uso de si por si alude ao posicionamento que cada trabalhador toma diante das normas com as quais se depara, confrontando-as e alterando-as, fazendo escolhas, fazendo uso de sua inteligência, sua história, sua sensibilidade, seus gostos, recombina valores e critérios na busca por uma adequação à sua realidade, o que leva cada ato de trabalho a ser único de profissional para profissional (SCHWARTZ, 2000).

Já os usos de si por outros é uma noção que remete a um conjunto de estatutos diversos. Os outros podem então ser os colegas de trabalho, aqueles que avaliam o trabalho, aqueles que pagam pelo trabalho, ou ainda os que elaboram as prescrições e as normas técnicas, científicas, organizacionais ou hierárquicas (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Quando se diz que o trabalho é uso de si, isso quer dizer também, que o trabalho é um lugar de uma tensão problemática, de um espaço de possíveis sempre a negociar. Nesse sentido, trabalhar compreende sempre uma dramática do uso de si, por envolver o trabalhador por inteiro e propiciar um espaço de tensões, dramas, negociações de normas e de valores (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Desse modo, as situações em que o indivíduo precisa fazer escolhas, arbitrando entre valores diferentes ou contraditórios, isso é chamado de dramáticas de uso de si. Uma dramática refere-se ao fato de que o trabalho é sempre um destino a se viver, destino que será determinado pelas escolhas feitas constantemente. Sabe-se que mediante as escolhas realizadas tem de enfrentar os riscos de falhar, desagradar, de criar dificuldades novas, e ao mesmo tempo que se escolhe a si mesmo, e em seguida ter que assumir as consequências de suas escolhas (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Percebe-se então que trabalhar é colocar-se a prova do real seus próprios limites, suas próprias capacidades, portanto é correr riscos, é arriscar-se, e fazer usos de si, visto que o trabalho nunca é realizado de antemão, é efetuado no aqui e agora (SCHWARTZ; DURRIVE, 2015).

5.5 O trabalho: debate de normas, valores e renormalizações

O trabalho além de envolver um trabalhador munido de seu árbitro mais íntimo, o corpo-si que realiza a gestão dos usos de si, envolve inevitavelmente também uma sucessão de debates de normas, pois o trabalhador tem que agir em um ambiente laboral saturado por inúmeras normas antecedentes de diversos níveis e graus de proximidade com as exigências do seu trabalho no momento presente, visto que a prescrição é insuficiente (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; SCHWARTZ, 2014).

A Ergologia utiliza o termo normas antecedentes que é algo mais amplo que a noção de trabalho prescrito, proveniente da Ergonomia, pois tais normas se constituem como patrimônio coletivo que englobam os saberes científicos, técnicos e culturais historicamente incorporados ao fazer (BRITO, 2006).

As palavras de Vieira-Júnior e Santos (2012, p. 94) confirmam o conceito da expressão “normas antecedentes” ao considerarem-nas precursoras do trabalho prescrito.

[...] é mais abrangente que o seu precursor [trabalho prescrito], por incorporar várias dimensões presentes nas situações de trabalho, como: a) as aquisições de inteligência do trabalhador; b) as experiências coletivas; c) o saber-fazer; d) as construções históricas analisadas como patrimônio cultural e científico; e) a dimensão dos valores, que transcende a questão monetária e se posiciona na esfera do político, dos debates e dos conflitos que findam por compor o caráter híbrido desse conceito.

O debate de normas, se dá no momento da ação laboral, ou seja, no aqui e agora, entre as normas antecedentes e as normas endógenas inscritas no corpo-si de cada indivíduo. Como há escolhas, decisões para serem tomadas, estas são sustentadas por valores que estão vinculados às normas antecedentes, impostas pelas instâncias administrativas e referentes ao contexto histórico, e a valores que estão ligados aos diferentes atores e às regras instituídas pelos coletivos (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; DURRIVE; SCHWARTZ, 2018).

Para Durrive e Schwartz (2018 p. 28):

[...] valores é o peso que se atribui mais ou menos às coisas; uma hierarquia, uma categorização própria a cada um a propósito do que se estima, do que se prefere, ou pelo contrário do que se negligencia, rejeita. [...] um indivíduo não

inventa sozinho nem completamente os seus valores: contudo, ele os retrabalha incessantemente, através das convocações e solicitações do meio e da vida social.

Os valores atravessam toda a sociedade assim como o micro da atividade, e justificam por que o indivíduo realiza ações de certa forma e não de outra, por que tem tal tipo de relação com as pessoas e não outro (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

A atividade consiste, portanto, em um retrabalho ou re-hierarquização constante de um universo de valores. Assim, sempre haverá valores em jogo na atividade, pois existem escolhas conscientes ou inconscientes, pautadas em uma razão de critérios, e são os valores que levam à reconfiguração das normas, ou seja, às renormalizações, outro conceito fundamental da ergologia (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; SCHWARTZ, 2014).

As renormalizações decorrem de um desencontro entre os valores que permeiam as normas antecedentes e os valores dos trabalhadores. E são resultantes dos debates de normas caracterizadas como um retrabalho permanente das normas antecedentes e uma produção de normas na própria atividade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

A criação dessas normas parciais, reajustadas no instante do agir, para lidar com uma determinada situação, derivam da ideia de que cada indivíduo tenta recompor, em parte, o meio de trabalho de acordo com o que ele próprio é, e com o que ele deseja que seja o universo que o circunda, levando a um tipo de recriação permanente e, como consequência, a uma defasagem entre o trabalho prescrito e o trabalho real (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; SCHWARTZ, 2014).

Para completar Schwartz e Durrive (2010) demonstram que o ser humano em atividade fazendo usos de si, debatendo as normas, os valores e por fim, promovendo renormalizações, confere a segunda infidelidade do meio laboral, derivada da ressingularização do meio provocado pelo próprio ser humano, de acordo com os seus valores, normas, aspirações. Portanto o meio laboral é duplamente infiel, seja as infidelidades existentes no próprio ambiente laboral, seja a infidelidade decorrente do ser humano em constante confrontação com as normas, fato que verdadeiramente assegura o trabalho de não ser uma simples execução de normas, uma ação mecânica.

5.6 O trabalho: ambiente de vida, de aprendizagem e de saberes

Os usos de si, os debates de normas e as renormalizações efetuadas pelo trabalhador no ambiente laboral traduzem a ideia de que o trabalho não é uma realização puramente mecânica ou técnica e também de que qualquer atividade econômica seja ela qual for sempre haverá uma conexão complexa, permanente e enigmática entre o trabalho e o ser humano, visto que para este, dar conta dos objetivos do trabalho, o indivíduo utiliza-se de suas experiências, sua história de vida. Em outras palavras, quando o ser humano vai para o trabalho, ele não se desvincula do restante de sua vida, na realidade ela também acontece no ambiente laboral (TRINQUET, 2010; HOLZ; BIANCO, 2014).

O ser humano possui como característica fundamental a sua capacidade de se mover dentro de um universo de normas, e também deseja ser dono de suas próprias normas, e a partir disso viver com saúde. Por consequência, viver é irradiar, ou seja, viver é organizar o meio de acordo consigo mesmo, suas necessidades, aspirações e desejos, como um centro de avaliação, de valorização, de decisão concernente ao seu próprio agir (CANGUILHEM, 2010; DURRIVE, 2011).

Assim, fazer usos de si, debater as normas e valores e criar novas normas no ambiente laboral são o que possibilita viver nesse ambiente e com saúde, pois é invivível e patológico se submeter inteiramente as normas. A vida é sempre uma tentativa de criar-se parcialmente, mesmo com dificuldade, como centro em um meio e não como algo elaborado por um meio (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

O trabalhador mediante as suas escolhas e arbitragens tenta instituir um meio em torno daquilo que são suas próprias leis, normas, seus próprios valores e história, para preencher a deficiência das normas antecedentes, e principalmente para tentar viver e viver com saúde, em um ambiente em parte imposto, coercitivo, mas em parte modificável, debatido e renormalizado constantemente pelo próprio trabalhador (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; HOLZ; BIANCO, 2014).

Deve-se destacar que o trabalho caracteriza-se por uma ligação permanente entre a sua porção micro (local e tempo da ação do trabalho) e a sua porção macro (o contexto dessa ação, o global), fortemente influenciados pelas singularidades humanas, e também por determinantes

sociais, políticos e econômicos, incorporadas tanto nas normas antecedentes, quanto nas normas endógenas de cada ser humano (SCHWARTZ, 2011).

O trabalho acontece nesse encontro entre o micro e o macro sob a responsabilidade do trabalhador, que individual ou coletivamente, promove frequentemente debates de normas e as recria a fim de atender a demanda organizacional e também dar continuidades com as suas normas de vida (BORGES, 2004; SCHWARTZ, 2011).

Outro aspecto fundamental que a Ergologia aponta é a extensão do trabalho com um ambiente de aprendizagem. O trabalho é uma atividade intelectual, visto que, para executá-lo, é necessário antes pensar. Porém, do mesmo modo que é preciso aprender a fazer previamente, também se aprende fazendo (HOLZ; BIANCO, 2014).

Dessa maneira, toda atividade é de um lado aplicação de um protocolo e, de outro, um encontro de encontros a gerir. Por mais prescritiva que uma tarefa possa ser, o que irá orientá-la em sua realização é também o conhecimento a respeito da situação de trabalho do operador (HOLTZ; BIANCO; 2014).

Em outras palavras, “[...] é a partir da situação na qual se encontra o operador que ele vai organizar sua ação e mobilizar eficazmente certo número de conhecimentos” (DURRIVE, 2011, p. 59), ou seja, ele vai gerir seu fazer baseando-se também em suas próprias normas, muitas delas manifestas somente no momento da ação, visto que é impossível para o trabalhador pensar integralmente a situação de modo antecipado. Nesse sentido, a ação de renormalizar engloba a historicidade dos trabalhadores, o que lhes provê meios de reconfigurar as normas antecedentes (DURRIVE, 2011; BIANCO; HOLZ; BIANCO, 2014).

De toda essa relação resultam saberes investidos, ou os saberes imanentes à atividade. O saber investido é aquele conhecimento ou competência que surge da experiência da gestão de uma determinada atividade de trabalho, é um saber pessoal, da experiência profissional e também de outras experiências do trabalhador (familiar, social, cultural, dentre outras), que remete a valores e até mesmo a personalidade de cada um. Este tipo de saber é considerado estar em aderência com a atividade, pois ele surge no aqui e agora da atividade, perante as infidelidades da mesma. Por consequência não é um saber formalizado, está inscrito no corpo do trabalhador (TRINQUET, 2010; HOLZ; BIANCO, 2014).

Por outro lado, a atividade de trabalho engloba também os denominados saberes constituídos, ou seja, o saber acadêmico, técnico formalizado nos livros, nas normas

organizacionais e técnicas. É considerado um saber em desaderência com a atividade ou desinvestido, pois é estabelecido anteriormente a realização do trabalho, sendo algo genérico, generalizado (TRINQUET, 2010).

Tendo em vista que a atividade de trabalho é um ambiente de vida e de aprendizagem, desponta outro aspecto epistemológico fundamental da perspectiva ergológica: os saberes técnicos, científicos formulados pelo pesquisador devem ser lançados para confronto com os saberes das experiências advindas dos portadores da experiência, ou os portadores da aprendizagem estabelecida na atividade e no ambiente de vida (trabalhador). Nesse sentido, o trabalhador é peça central da investigação e o pesquisador deve estar disposto a aprender com ele (ODONNE, 2007; TRINQUET, 2010; HOLZ; BIANCO, 2014). Tal aspecto epistemológico da Ergologia será discutido mais detalhado no item a seguir.

5.7 A confrontação de saberes e o dispositivo dinâmico de três polos

De acordo com Schwartz (2009), o prestígio do conceito, ou o a adoção do saber especialista como instrumental de governança de tudo e de todos, inclusive no trabalho, faz com que a atividade intelectual e vital do trabalhador impregnado de experiências e histórias de vida permaneça amplamente na penumbra, escondido.

Por sua vez, o saber gerado na atividade pelo trabalhador, ou seja, o saber instituído é considerado o verdadeiro saber, e fonte potencial de conhecimento sobre a atividade de trabalho, e ao levar em conta tais saberes, os conhecimentos científicos, especialistas podem ser colocados à prova. Dessa maneira, para se compreender e analisar uma situação de trabalho é necessário associar, confrontar ou colocar em diálogo os saberes constituídos e os saberes instituídos (TRINQUET, 2010; BRITO, 2011).

Nesse sentido, é proposto pela abordagem ergológica, o Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P), que visa colocar em confronto os portadores do conhecimento conceitual e os trabalhadores, portadores do patrimônio vivo das atividades de trabalho. Ou seja, colocar confronto os saberes acadêmicos acumulados com os saberes imanentes à atividade. (SCHWARTZ, 2009; HOLZ, 2013).

O termo polo refere-se a um lugar virtual onde se agregam, e exprimem-se competências, objetivos, saberes, interesses, dentre outros aspectos, comuns da realidade

coletiva. Assim, o polo dos saberes constituídos (referente aos conceitos, competências e conhecimentos acadêmicos e/ou profissionais pertinentes ao objeto em estudo) encontra-se com o polo dos saberes investidos na atividade (associados à experiência prática, onde se situam forças de convocação e reconvocação para o retrabalho desses saberes, ou seja, os debates de normas) (SCHWARTZ, 2009; TRINQUET, 2010; HOLZ, 2013).

A confrontação desses dois polos é realizada por intermédio de um terceiro polo (III), que sob o olhar de uma exigência filosófica, provoca uma conexão entre os dois primeiros polos e pontua as convicções iniciais (problemas encontrados no trabalho) e através do processo socrático de duplo sentido, ou seja, a partir da ideia de que não é somente Sócrates que detém todo o conhecimento, permite que cada indivíduo (pesquisadores e trabalhadores) envolvido retrabalhe seus próprios recursos, confrontando-os com os recursos dos outros e juntos devem buscar respostas apropriadas às situações de trabalho determinadas, levando-se em conta tanto os saberes acadêmicos quanto os saberes de experiência (SCHWARTZ, 2009; TRINQUET, 2010).

De modo conciso o DD3P possibilita a construção de um saber que é fruto de trabalho cooperativo, e também permite que o conhecimento formal seja enriquecido e alimentado pelo conhecimento informal relativo aos trabalhadores que criam e recriam saberes, valores, cultura, histórias próprias e vivências das quais eles são portadores (HOLZ, 2013).

5.8 A atividade laboral como fator de desenvolvimento

Inicia-se esse tópico com o seguinte questionamento do filósofo e precursor da ergologia Yves Schwartz: “O trabalho, como um lugar maior onde se desenham projeto de vida possíveis a partir dos legados industriais de diversas entidades coletivas, não terá sido esquecido ou desprezado nas figuras propostas e sobretudo impostas de desenvolvimento?” (SCHWARTZ, 2018, p.1).

De acordo com Santos e Carniello (2014), o termo desenvolvimento representa o “santo graal” das ações do setor privado e das políticas de governo, justificando-se como uma condição de meta ideal, as ações e os planos efetuados no momento presente em busca desse desenvolvimento.

A história, no entanto, demonstra que as primeiras considerações sobre o termo desenvolvimento, surgem apenas no século XVIII, com a economia política de Adam Smith e David Ricardo, a partir do debate sobre como elevar o conforto material das sociedades, articulando a palavra desenvolvimento à ideia de progresso, devido à ênfase econômica dado a esse termo, que foi fortemente assimilado nos séculos posteriores (SANTOS; CARNIELLO, 2014).

A noção de desenvolvimento passou então, a ser relacionada às ideias de progresso, de modernidade, de racionalidade, de secularização e de ordem. Em outras palavras, o desenvolvimento tem seu comprometimento com o resultado da Revolução Industrial, o processo de industrialização, os padrões de consumo, culturais, sociais, morais, simbólicos e econômicos do ocidente, ou seja, a imposição dos padrões dos países desenvolvidos sobre os não desenvolvidos, e enfim, a expansão e consolidação do capitalismo (SANTOS, CARNIELLO, 2014).

De acordo com os autores Veiga (2006) e Pimenta (2014), foi muito comum atrelar o conceito de desenvolvimento ao conceito de crescimento econômico, até a década de 1960, devido ao sucesso do processo de industrialização, medido por instrumentais métricos como o PIB (Produto Interno Bruto) e a renda per capita. As noções de desenvolvido e subdesenvolvido eram construídas através da capacidade produtiva e de competição num sistema acumulativo.

Porém, essa forma de visualizar o desenvolvimento começou a apresentar algumas distorções, a medida em que mesmo com a intenso crescimento econômico em diversos países semi-industrializados, na década de 1950, como é o caso do Brasil, tal situação não se traduziu necessariamente em maior acesso das populações pobres a bens materiais e culturais como acarretam nos países desenvolvidos. Em outros termos, a uniformização e universalização de progresso e industrialização perpetrada pelos países desenvolvidos e transmutando a periferia também em centro, se faz inatingível e utópica, caracterizando-se como um processo ilusório desencadeado pela própria natureza e constituição do capitalismo (VEIGA, 2006; PIMENTA, 2014).

Arrighi (1997), demonstra que é uma ilusão a ideia de industrialização como sinônimo de desenvolvimento, pois desenvolver não é o mesmo que industrializar, ao passo que a industrialização tão almejada, é buscada não como um fim, mas sim, como um meio de conquistar a riqueza, o poder e, conseqüentemente, aumentar as desigualdades e o abismo entre os países e entre pessoas dentro de seu país.

Com essa associação desenvolvimento/industrialização perpetuada por diversos economistas, transmitia-se a falsa ideia de que o país desenvolvia, sendo que na realidade o país apenas industrializava-se, uma vez que o desenvolvimento se restringia ao âmbito econômico e não ao social.

Furtado (1974), relata que a crença num progresso promissor e esperançoso, mediado pelo processo de industrialização, gera consequências culturais, sociais, econômicas e ambientais drásticas para os países periféricos e também a permanência de uma dependência desses países em relação às nações centrais, sendo na realidade um verdadeiro mito tal aposta.

Após um longo período de predomínio do padrão modernizador-desenvolvimentista, e com o esgotamento de tal modelo abriu-se espaço para o surgimento de teorias inovadoras sobre a questão do desenvolvimento. O reconhecimento de novos problemas globais, muitos dos quais resultantes do modelo de industrialização implantado, passou a exigir novas explicações e soluções. Assim, temas como colapso urbano, preservação ambiental, mudanças demográficas, participação social e fortalecimento de instituições democráticas impulsionaram e estiveram presentes na formulação de novas teorias (NIEDERLE; RADOMSKY, 2016).

Nesse sentido, as concepções sobre desenvolvimento ganham, por aderência, outros adjetivos, tais como: sustentável, humano, regional, local, território, dentre outros (PIMENTA, 2014).

Como exemplo dessa nova onda de formas de visualização sobre o desenvolvimento, cita-se Amartya Sen, o qual destaca o desenvolvimento como liberdade. Para o economista, o desenvolvimento consiste na eliminação de privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercerem ponderadamente sua condição de agente. Conseqüentemente, para se ter um efetivo desenvolvimento se faz necessário remover das principais fontes de privação de liberdade: pobreza, tirania, carência de oportunidade econômicas e destruição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos (SEN, 2011).

A partir de tal contextualização breve sobre a questão do desenvolvimento, e em resposta a pergunta inicial desse texto, Schwartz (2018), em um posicionamento crítico, relata que existem vários campos da experiência humana investidos pelos diversos conceitos de desenvolvimento, e cada um faz um convite para uma reflexão acerca desses temas, porém em nenhum deles há o devido reconhecimento e crédito para a atividade humana no trabalho,

produtora de histórias, e sua abordagem intelectual, como elemento fundamental para a construção do processo de desenvolvimento.

Nesse sentido, surge outra indagação: como então a perspectiva ergológica pode auxiliar na compreensão sobre desenvolvimento?

Segundo Schwartz (1996, 2003), a vida humana consiste em conhecimentos e experiências que atravessam uma história, e ao serem colocados em prática representam novas relações sociais e valores de uso, sendo a própria existência da sociedade construída por meio da história elaborada pelos seres humanos.

No ambiente laboral, por sua vez, há uma história marcada por variadas vidas individuais. À vista disso então, nenhuma situação humana carrega tantos sedimentos, condensações e marcas de debates de história das sociedades humanas quanto as situações de trabalho. Assim, os conhecimentos colocados em ação no ambiente laboral, os sistemas produtivos, as tecnologias empregadas, as várias maneiras de organização, os processos escolhidos, os valores selecionados e as relações sociais que enlaçam e adversam os homens contribuem para solidificar os produtos da história da humanidade (SCHWARTZ, 2003; LIMA; BIANCO, 2009).

Todas as situações de trabalho constituem-se de normas de vida, usos e exploração da natureza e dos homens que ao serem vivenciadas estão em constante processo de transformação e reprodução, ou seja, se faz história e se produz laços sociais em toda atividade de trabalho. Conseqüentemente como o trabalho é construído por meio da história e reproduzido nela, ou seja, na história da sociedade, a figura do homem é significativo nesse contexto por ser responsável por essa reprodução (SCHWARTZ, 1996; SCHWARTZ, 2003).

Dessa forma, em uma atividade laboral, homens e mulheres mediante suas escolhas, valores individuais e coletivos, exploram os recursos técnicos, científicos e sociais existentes, e questionam e exploram tais saberes, construindo ou desconstruindo as novas formas de fazer, as aprendizagens, as redes de transmissão do saber-fazer, os laços coletivos mais ou menos intensos, os valores do uso de si e da saúde no trabalho. Tudo isso no intuito de produzir diferentes e novas combinações, novas técnicas, novos conhecimentos (LIMA; BIANCO, 2009; SCHWARTZ, 2011).

Nessa perspectiva, tendo em vista o trabalho como produtor de histórias e saberes, Schwartz (2011) relata que todos os tipos de trabalho são formas renormalizantes,

transformadores do meio humano e tem como ponto de partida a atividade industriosa, ou seja, a atividade real de trabalho, com seus trabalhadores que dissipam os conhecimentos, saberes construídos nesses ambientes de labor e ao mesmo tempo de vida pelos milhares de canais de sociabilidade com os outros espaços da vida em sociedade, ou seja, seus aspectos políticos, sociais e econômicos.

Deve-se destacar aqui um ponto importante apontado por Schwartz (2011), no qual a sociedade capitalista, tal como foi construída, ao longo dos tempos, mediante os processos da Revolução Industrial e sua sequente divisão social do trabalho, e as organizações científicas do trabalho, possibilitou visualizar o trabalho na sua forma *stricto sensu*, ou seja, como algo genérico e simplista, como uma troca de porção de tempo por uma remuneração, mediante uma série de normas pré-estabelecidas a serem executadas pelos trabalhadores em seu campo de trabalho.

No entanto, a partir do momento em que o trabalho passa a ser visto como a maneira pela qual os homens fazem histórias de suas vidas e da própria sociedade, não se pode restringi-lo a uma mera execução de normas previamente antecipadas, assim como também a uma simples troca de tempo por dinheiro. Visto que para compreender a forma como os homens fazem histórias é necessário conhecer saberes singulares dos sujeitos envolvidos que não podem ser antecipados, previstos, conhecidos por tratarem de uma situação de trabalho peculiar, um momento histórico no tempo e no espaço, e não simplesmente um ato mecânico (SCHWARTZ, 2003; 2011).

Nesse sentido, a partir de toda essa contextualização, e em resposta ao segundo questionamento desse tópico, Schwartz, Adriano e Abderrahmane (2008), demonstram que não se pode tratar sobre as questões e problemas do tema desenvolvimento, sem considerar a importância da atividade de trabalho.

Para esses autores, a ergologia propõe dar uma maior visibilidade à atividade industriosa, ou seja, ao trabalho real, e visa compreender o trabalho, seus trabalhadores com seus vastos recursos e potencialidades, seus valores, seus constantes debates entre as normas antecedentes e suas normas endógenas, suas renormalizações, tudo isso respeitando as necessidades de cada sujeito viver a situação de trabalho nas suas dimensões singulares, e produzir a sua própria história, feitos impossíveis de se antecipar.

Mediante tais ações procura-se modificar e construir novos conceitos, práticas e comportamentos centrados nas soluções de problemas específicos, concretos e territorializados e conseqüentemente mais adequados à vida (OLIVEIRA, 2018).

Tal abordagem laboral exige que o processo de desenvolvimento incorpore as renormalizações e cultura produzida pelo coletivo humano no trabalho, de tal maneira que essa produção possa ser reconhecida como parte das normas organizadoras do processo de desenvolvimento previsto pelas políticas locais e globais (SCHWARTZ; ADRIANO; ABERRAHMANE, 2008).

Percebe-se então, que a perspectiva ergológica se aproxima de concepções locais de desenvolvimento, que valorizam visões endógenas do processo desenvolvimentistas, porém tal abordagem laboral evidencia a existência de uma interligação permanente entre a porção micro do trabalho, um ambiente humano de vida e construtor de saberes, e a porção macro de um universo mais amplo da sociedade e suas normas antecedentes, constantemente renormalizadas, pelos trabalhadores, sendo estas, fermentos de histórias e de mudanças de todos os aspectos da vida humana.

Assim, é necessário e fundamental que as concepções desenvolvimentistas encarem o trabalho como parte do processo de desenvolvimento, algo enigmático, singular, criativo, capaz de contar e construir histórias o suficiente para desenvolver uma sociedade como um todo, basta enxergar isso.

6. SOBRE O CAMPO DA SAÚDE MENTAL: DO MACRO AO MICRO

6.1 A história da loucura no mundo ocidental

Ao longo da história, a loucura apresentou variadas concepções, perpassando desde o campo da mitologia, religião até o domínio médico. Na Grécia antiga, a loucura era considerada uma manifestação dos deuses, sendo valorizada socialmente. Assim, o sujeito considerado “louco” possuía poderes diversos, e o seu saber era importante, capaz de interferir no destino dos homens (ALVES, et al., 2009).

No início da Idade Média, período marcado pela lepra, peste e o medo de ameaças de outros mundos, a loucura é visualizada como expressão das forças da natureza ou algo da ordem do não humano, sendo exaltada num misto de atração e terror. Mais posteriormente ainda no mesmo período histórico a loucura é associada à possessão por espíritos maus, sendo necessário extirpá-los, via práticas inquisitoriais, sob o controle da Igreja (AMARANTE, 1998; 2013).

Com o a emersão da racionalidade, a loucura deixa de pertencer ao domínio das forças do divino ou da natureza, e assume uma condição de ausência de razão, ou seja, é louco aquele indivíduo que ignora ou transgride a moral racional. Em virtude de tal associação, a loucura passa a estar relacionada à ideia de não controle, ameaça, enfim de periculosidade, e ganha um caráter moral, passando a ser vista como algo que desqualifica, e que traz consigo um conjunto de vícios, como irresponsabilidade e preguiça (ALVES, et al., 2009).

O desenvolvimento do Mercantismo no século XVII, consiste no modelo que considera a população de um território específico o seu bem maior, devido ao lucro que isso poderia ocasionar. Por consequência, todas aquelas pessoas que não poderiam contribuir com tal visão, ou seja, não contribuía com o movimento de comércio, produção e consumo deste sistema, como os idosos, crianças abandonadas, loucos, mendigos, aleijados, portadores de doenças venéreas, dentre outros, começam a ser encarcerados, com a justificativa de obtenção de um controle social de tudo aquilo que era considerado desviante para a sociedade da época (ALVES, et al., 2009).

É interessante destacar que no século XVII é estruturado o Hospital Geral, uma nova modalidade de hospital, sem o caráter de filantropia, que até então caracterizavam tais instituições. Inicialmente, surgiu na França, espalhando-se por toda a Europa, principalmente

Inglaterra e Alemanha. O Hospital Geral era destinado aos pobres de qualquer idade, sexo, qualidade de nascimento, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, de doenças curáveis ou incuráveis, com o objetivo de suprimir a ociosidade e a mendicância. Este hospital não possuía um caráter médico, sendo um tipo de entidade administrativa, semijurídica, com o poder de julgamento e execução dos indivíduos internados na instituição e também da população em geral, considerada clientela potencial da instituição. O Hospital Geral passa, então, a desempenhar uma função de ordenamento político e social da sociedade (FOUCAULT, 1978; AMARANTE, 2013).

No século seguinte com a Revolução Francesa (1789) e seus ideais de igualdade, fraternidade e liberdade propiciaram mudanças significativas na sociedade. O hospital conseqüentemente passa a ser objeto destas alterações. Assim, vários internos presentes nesta instituição em decorrência do poder autoritário do Antigo Regime são libertos, e também são criadas novas instituições assistenciais como orfanatos, reformatórios, escolas normais, casas de correção, dentre outros (AMARANTE, 2013).

É a partir deste momento com o intuito de humanizar e adequar o hospital ao novo espírito moderno, que aparece o médico como figura frequente e fundamental no hospital, transformando este, uma instituição médica por excelência. O hospital torna-se, a um só tempo, espaço de exame, que possibilita o contato com o empírico, com as doenças e os doentes; espaço de tratamento, com um enquadramento das doenças e dos doentes, disciplina do corpo terapêutico e das tecnologias terapêuticas, e por fim, espaço de reprodução do saber médico, ou seja, local privilegiado de ensino e aprendizagem. O hospital a partir de então, perde a sua função original de caridade e posterior de controle social, e assume uma nova finalidade a de tratar os doentes (AMARANTE, 2013).

Neste contexto, surge a figura do médico Philippe Pinel, conhecido como o pai da psiquiatria, que no final do século XVIII, mais especificamente no ano de 1793, se torna diretor do Hospital de Bicêtre (uma das unidades do Hospital Geral de Paris), e promove a libertação dos loucos até então acorrentados em tal instituição, assim como também inicia a medicalização do Hospital Geral de Paris (AMARANTE, 2013).

Pinel, seguindo os seus objetivos direciona os loucos ao tratamento asilar e por meio do princípio terapêutico da abordagem moral e do isolamento do mundo exterior. Tal ação é considerada uma reforma. Trata-se a partir de então de uma nova configuração da loucura e da apropriação desta pelo saber médico, em outras palavras, a loucura passa a ser sinônimo de

doença mental. Philippe Pinel, portanto consolida o termo alienação mental, a profissão de alienista, funda os primeiros hospitais psiquiátricos e inscreve as alienações na nosografia médica, promovendo uma classificação das enfermidades mentais (ALVES, et al., 2009; AMARANTE, 2013).

A alienação mental para Pinel caracterizava-se como um distúrbio no âmbito das paixões e dos excessos emocionais do indivíduo, capaz de desencadear uma desarmonia na mente e na possibilidade de o indivíduo perceber a realidade, não sendo uma perda total da razão, mas sim uma desordem em seu íntimo mais profundo. Visto desta forma, conseqüentemente, a loucura deveria ser tratada medicamente (PEREIRA, 2004; AMARANTE, 2013).

Nesse sentido, o local mais propício para o tratamento do louco seria no asilo, no hospital psiquiátrico, isolado do mundo exterior, possibilitando assim, um tratamento mais adequado ao alienado, através de uma observação mais apurada do médico sobre o fenômeno da loucura em seu estado puro, livre das interferências externas, dos excessos da vida urbana, dos ‘males da civilização’, considerados uma das principais causas das perturbações mentais. O hospital é um ambiente fundamental para se observar e simultaneamente produzir conhecimento sobre a alienação, uma espécie de laboratório, onde os sujeitos e seus comportamentos seriam observados, analisados, comparados, descritos e classificados, enfim, o lócus da manifestação verdadeira da doença (AMARANTE, 1998; 2013; VENANCIO, 2011).

Além de o asilo ser um ambiente de observação constante do fenômeno da loucura, este local é ainda terapêutico, passível de solucionar o desequilíbrio das paixões e das emoções dos sujeitos alienados, desde que estes, sejam submetidos às regras invariáveis de polícia interior, ou seja, às regras disciplinadoras do ambiente hospitalar, como horários, condutas, etc. Entra em cena, o princípio do tratamento moral, caracterizado como uma soma de princípios e medidas firmes por parte da equipe que promovia o tratamento do doente, impostas aos alienados, com a pretensão de introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes, reeducar suas mentes, afastar os delírios e ilusões, chamando-os a realidade (PEREIRA, 2004; AMARANTE, 2013).

Castel (1978) relata que esta medicina mental inaugural, de ordem puramente classificatória, não está interessada em localizar a origem da doença mental, mas sim em somente contemplar os sinais e sintomas, com o objetivo de agrupá-los, de acordo com a sua ordem natural, baseado nas informações aparentes da doença.

Nesse sentido, se por um lado Pinel promove a libertação dos loucos das correntes do Hospital Geral e estabelece um campo de possibilidades terapêuticas para agora o enfermo louco, por outro, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de prática/saberes consolidados na figura do hospital psiquiátrico. Além disso, a visualização da loucura como alienação, contribui de forma significativa para a manutenção da associação loucura/periculosidade/ameaça à ordem, pois o louco é aquele ser humano sem juízo, sem razão, sem capacidade de discernimento entre o certo e o errado. Desse modo, o universo da loucura deve ser excluído do contexto social, e o louco perde o direito de ser considerado sujeito igual aos demais cidadãos, restando-lhe apenas a interdição civil e o controle absoluto nos hospitais psiquiátricos (ALVES, et al., 2009; AMARANTE, 2013).

Posteriormente já na segunda metade do século XIX a prática psiquiátrica, segue a orientação das demais ciências naturais, e assume uma posição positivista. A psiquiatria adota a partir de então, um modelo pautado na medicina biológica, e seu fenômeno de causalidade, restringindo-se a observar e descrever com um olhar científico o fenômeno da loucura, ou seja, a doença mental, os distúrbios nervosos a fim de se obter um conhecimento mais objetivo sobre o ser humano (AMARANTE, 1998).

A psiquiatria organicista se torna hegemônica, e adentra ao século XX, e a loucura continua a ser descrita em seus mínimos detalhes e cria-se uma cartografia de sintomas de todo o tipo, possibilitada pelas descobertas experimentais da neurofisiologia e da anatomia patológica. Por consequência, deve-se combater a loucura, através do controle dos sintomas e pela adequação do comportamento, encorajando-se, para isso, o uso de medicamentos específicos e outros procedimentos aplicados ao corpo do indivíduo, mantendo-se enfim, a submissão do indivíduo louco (OLIVEIRA, 2009).

Segundo Amarante (1998) a prática psiquiátrica ao assumir essa nova vertente biológica/organicista, busca firmar-se como conhecimento científico, e garantir credibilidade de uma ciência, apoiando-se em uma pretensa neutralidade e relações de causalidade, para se descobrir a essência da doença mental. No entanto, a análise histórica de construção da psiquiatria demonstra que esta pretensa neutralidade e objetividade da ciência psiquiátrica, buscaram na realidade encobrir poderes e valores no cenário cotidiano dos atores sociais envolvidos.

Foucault (1997) demonstra que o hospital psiquiátrico além de ser um local de conhecimento, provação, constatação e produção de verdade, responsável por manter uma

ordem social contra as desordens dos loucos, é também e acima de tudo isso, local de poder médico. O grande médico do hospital psiquiátrico é simultaneamente aquele que pode relatar a verdade sobre a doença pelo saber que possui sobre ela, e aquele que pode elaborar a doença na sua verdade e submetê-la na realidade, pelo poder que a sua vontade opera sobre o doente.

O poder do médico lhe permite produzir a realidade de uma doença mental, cuja propriedade é reproduzir os fenômenos inteiramente acessíveis ao conhecimento. A loucura como doença mental é de posse unicamente do conhecimento médico, e o sujeito a partir do momento que possui a loucura/doença se torna despojado de todo poder e de todo conhecimento sobre a sua própria doença, entregue ao despotismo dos médicos e de outros profissionais, que podem fazer dele o que quiserem, sem possibilidades de apelo (FOUCAULT, 1997).

Por fim, percebe-se de forma nítida que a configuração psiquiátrica inicial criou um monopólio de competência em torno da doença loucura, de acordo com as realidades social e histórica vigentes. No final do século XIX, o pensamento e a prática psiquiátrica sofrem os primeiros abalos. No entanto, é somente no período pós Segunda Guerra Mundial, mediante o afloramento de novas questões no cenário histórico mundial, que se torna iminente e fundamental uma reorganização da psiquiatria. Por consequência, as reformas subsequentes à reforma efetuada por Pinel visam questionar o papel e a natureza da instituição asilar e também do saber médico ou poder médico (FOUCAULT, 1978; AMARANTE, 1998).

6.2 A psiquiatria e suas reformas subsequentes

De acordo com Amarante (1998; 2013), as primeiras críticas ao hospício nos moldes pineliano relacionam-se ao caráter fechado e autoritário da instituição. Soma-se a isso também a rápida superlotação de internos, a função de controle social ainda perpetuada por estas instituições e as permanentes denúncias de violências contra os pacientes internados. Em outras palavras, como uma instituição criada dentro de nova ordem baseada em liberdade, igualdade e fraternidade, pode na realidade ser tão absolutista?

Desponta assim, o primeiro modelo de reforma à tradição pineliana, o das colônias de alienados. Estas colônias foram construídas em grandes áreas agrícolas, onde os alienados pudessem submeter-se ao trabalho terapêutico e ter maior liberdade, servindo para neutralizar as críticas feitas ao hospital psiquiátrico tradicional. Porém, na realidade as colônias de

alienados mostraram-se exatamente iguais aos asilos e suas práticas tradicionais (AMARANTE, 1998; 2013).

Por sua vez, a ocorrência das duas grandes guerras mundiais fez com que a sociedade refletisse sobre a sua natureza humana, tanto em seu aspecto de crueldade, quanto na sua capacidade de solidariedade, produzindo um ambiente propício para transformações da área psiquiátrica (AMARANTE, 2013).

É interessante evidenciar que tais fatos proporcionaram um intenso questionamento sobre a visão romântica do homem, promovida pelo Iluminismo, colocando em crise o ideal de sujeito da razão, pois o homem a partir de então passa a ser visto como fruto de sua própria destruição e, não somente, de seu desenvolvimento positivo. Esse novo ponto de vista provoca intensas modificações nos ideais que sustentava as relações humanas até então (ALVES, et al., 2009).

Nesta conjuntura, irrompem nas diversas esferas do saber, tentativas de construção de uma nova ordem política, social, e econômica, objetivando redimensionar a cultura e o passado fragilizado pelo trauma da guerra. Especificamente, em relação ao campo da psiquiatria, após a Segunda Guerra Mundial, a sociedade dirige o olhar ao hospital psiquiátrico de forma mais incisiva e descobre as condições de vida precárias e atrocidades vivenciadas pelos pacientes psiquiátricos internados (ALVES, et al., 2009; AMARANTE, 20013).

A sociedade no contexto pós-guerra passa a repudiar toda e qualquer forma de violência e desrespeito aos direitos humanos. Não é mais possível aceitar de forma passível a deterioração do asilo psiquiátrico, e também que homens passíveis de realizar atividades, pudessem estar degradados nestes ambientes asilares. Desse modo, frente a uma grande quantidade de homens jovens com inúmeros e variados danos físicos, psicológicos e sociais causados pela guerra, tornava-se urgente e imperativo reparar tal situação. Simultaneamente a este fato, em virtude do projeto de reconstrução nacional dos países afetados pela guerra, tornava-se imprescindível a recuperação da mão-de-obra invalidada pela guerra (AMARANTE, 1998; COUTO; ALBERTI, 2008).

O espaço asilar psiquiátrico, caracterizado por um quadro de extrema precariedade, não estava cumprindo com a sua função terapêutica de recuperação dos doentes mentais, e por isso, passa a ser visto como o responsável pelos altos índices de cronificação e o agravamento de tais doenças. Por consequência, a atualização e a reforma desses ambientes se torna uma ação imperativa de cunho econômico e social (AMARANTE, 1998; ALVES et al., 2009).

Nesse sentido, são operados representados por diversas tentativas de modificar os hospitais psiquiátricos. Conforme já dito anteriormente, estes movimentos visavam questionar o papel e a natureza da instituição asilar e também do saber médico, cada um à sua maneira. Algumas reformas, porém, tornaram-se mais marcantes, devido ao seu aspecto de inovação e impacto que proporcionaram ao cenário psiquiátrico, influenciando as experiências contemporâneas e sendo reconhecidas até os dias atuais (ALVES, et al., 2009; AMARANTE, 2013).

Inicia-se aqui pela experiência das denominadas Comunidades Terapêuticas, que tiveram seu início ainda nos tempos da Segunda Guerra Mundial, no Hospital Monthfield em Birmingham, Inglaterra, realizada por T. H. Main, Bion e Reishman. Porém, é somente a partir do ano de 1959, que as Comunidades Terapêuticas, passam a ter maior reconhecimento, em virtude do trabalho realizado por Maxwell Jones, que promoveu uma maior dinâmica e sistematização no processo de construção desses modelos, sendo considerado o mais importante autor e operador prático da comunidade terapêutica (COUTO; ALBERTI, 2008; AMARANTE, 2013).

O propósito desta experiência inglesa era qualificar a psiquiatria, por meio da promoção de mudanças dentro da instituição asilar psiquiátrica, para que esta pudesse desempenhar o seu real papel terapêutico na vida dos doentes mentais. As comunidades terapêuticas são definidas como grupos de discussão e de conversas, em que todos, incluindo funcionários e pacientes, discutiam sobre todos os aspectos do hospital psiquiátrico (FEITOSA, et al., 2010; BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015).

Maxwell Jones ao empregar a proposta das comunidades terapêuticas dentro do hospital em que trabalhava, visava o envolvimento do paciente com a sua própria terapia e com a dos demais, chamando-o a participar de todas as atividades disponíveis, e também proporcionar aprendizado de novos meios de superar suas dificuldades ao relacionar-se com aqueles que possam auxiliá-lo. A função terapêutica do hospital neste contexto, deixa de ser unicamente de responsabilidade dos técnicos, e passa a ser também dos próprios internos, dos familiares e da comunidade (AMARANTE, 1998; FEITOSA, et al., 2010; FOSSI; GUARESCHI, 2019).

O objetivo era criar um espaço de expressão de sentimentos e debates sobre o funcionamento da instituição, no qual todos poderiam participar e decidir, enfatizando assim, a atuação em equipe para se evitar situações de abandono, descuido e violência e simultaneamente gerar possibilidades benéficas para todos os envolvidos, por meio da

construção de uma horizontalidade de novas relações e práticas sociais, ou seja, o paciente se torna mais ativo e participativo no processo de seu tratamento, e outros profissionais além do médico psiquiatra podem auxiliar na construção desse caminho terapêutico (AMARANTE, 1998; FEITOSA et al., 2010).

O termo comunidades terapêuticas passa a ser compreendido como um processo de reformas institucionais, marcadas pela adoção de medidas administrativas, participativas, democráticas, horizontalizadas e coletivas, ambicionando transformar a dinâmica asilar, e desconstruir as ideias de cronificação, segregação e hierarquização por muito tempo perpetuada pelos hospícios (AMARANTE, 2013).

De acordo com Amarante (2013), apesar de as Comunidades Terapêuticas terem proporcionado significativas mudanças no hospital psiquiátrico, estas mudanças são restritas a este local, não conseguindo solucionar o problema da exclusão que fundamenta a própria existência do asilo, ou seja, ela não chegou na raiz do problema.

Na sequência, outra experiência reformadora do hospital psiquiátrico ainda no período pós-guerra ocorreu na França, denominado Psicoterapia Institucional, e tem como o seu principal personagem e divulgador François Tosquelles. Este realizou a sua experiência no hospital de Saint-Alban, ganhando grande relevância a partir da década de 1950 (AMARANTE, 2013; CÉSAR; COELHO, 2017).

Tosquelles acreditava no potencial terapêutico do hospital psiquiátrico, criado para tratar e curar as doenças mentais, a sua destinação, podendo assim obter a cura da doença mental, e o doente devolvido à sociedade. No entanto, a instituição psiquiátrica, ao longo do tempo, perdeu a sua finalidade terapêutica, em virtude de um mau uso das terapêuticas, da administração e ainda do descaso e das circunstâncias político-sociais envolvidas, tornando-se um lugar de repressão e violência. É fundamental, portanto, a instituição psiquiátrica tratar as suas características doentias, e superar a ideia de local de segregação e de verticalização de poderes (AMARANTE, 1998).

A reconstrução do potencial terapêutico da instituição psiquiátrica, promovida pela psicoterapia institucional, passava pela ideia de oferecer possibilidades de participação e adesão de responsabilidades por parte dos internos, por intermédio do trabalho terapêutico, e também pelo estabelecimento de um coletivo de pacientes e técnicos de todas as categorias, abrindo-se assim novos espaços e possibilidades terapêuticas (AMARANTE, 2013).

No hospital Saint-Alban, onde Tosquelles iniciou o seu movimento, os camponeses da região ao se destinarem para as feiras, passavam em frente ao hospital, e aproveitavam para comercializar os trabalhos que os pacientes produziam, contribuindo para a constituição de uma cultura muito peculiar em Saint-Alban. Esta experiência acabou mobilizando os mais diferentes personagens, desde os próprios funcionários da instituição, os seus hóspedes (refugiados) e a população da cidade em geral, que passam a realizar essas trocas com os pacientes do hospital (FEITOSA, et al., 2010).

Desse modo, técnicos e pacientes começam a realizar atividades, que envolviam ateliês ou oficinas de trabalho e arte, festas, passeios, com o intuito de reorganizar internamente a dinâmica psíquica dos pacientes. Todos os envolvidos possuíam uma função terapêutica, independentemente do papel que exerciam dentro do hospital. Tal situação contribuía para combater a verticalidade nas relações e a violência institucional, e além disso possibilitava uma reformulação das condições de liberdade para os internos, a partir da criação de zonas de liberdade dentro do hospital, resgatando suposta finalidade terapêutica do hospital psiquiátrico (FEITOSA, et al., 2010).

Apesar de todas essas inovações, assim como as Comunidades Terapêuticas, a Psicoterapia Institucional não se opõe ao modelo asilar e apenas tentar reformá-lo. Em outras palavras, as transformações promovidas pela Psicoterapia Institucional são restritas ao espaço institucional asilar, e não questionam a função social da psiquiatria, do hospício e dos técnicos (AMARANTE, 1998; CÉSAR; COELHO, 2017).

Ainda no território francês surge outro modelo reformista da psiquiatria, a Psiquiatria de Setor a qual se iniciou em 1945, por meio da contribuição de vários psiquiatras progressistas, destacando o nome de Lucien Bonnafé. Esta vertente torna-se mais evidente na década de 1960 e indicava a necessidade de um trabalho e tratamento externo ao hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2013).

A Psiquiatria de Setor considerava que a internação no hospital psiquiátrico deveria ser um evento transitório, uma etapa do tratamento, e a maior parte do tratamento e da assistência ao paciente psiquiátrico deveria ser feito em sua própria comunidade (AMARANTE, 1998).

Para concretizar tal ideia, o espaço interno do hospital psiquiátrico foi dividido em vários setores com suas enfermarias, e cada um deles correspondia a um setor ou região geográfica e social da comunidade. Neste setor da comunidade havia os Centros de Saúde Mental (CSM), instituições extra-hospitalares, com uma equipe de saúde mental para assegurar

o tratamento. Esta equipe multiprofissional deveria garantir a continuidade da terapêutica após a alta hospitalar, e simultaneamente a isso teria também de atuar de acordo com as demandas da sua comunidade, e promover ações de prevenção e tratamento das doenças mentais, de forma a evitar a reinternação ou a internação de novos casos (AMARANTE, 1998).

Desse modo, todos os pacientes provenientes de um determinado setor ou região, ao necessitarem de internação hospitalar psiquiátrica, seriam alocados no correspondente setor do hospital psiquiátrico, ou seja, sempre em uma mesma enfermaria. E quando recebessem alta médica seriam encaminhados para o Centro de Saúde Mental (CSM), da sua região correspondente ao setor hospitalar de internação (AMARANTE, 2013).

Tal situação possibilitaria inúmeras vantagens como: permitia que o paciente circulasse pelos espaços, como forma de inclusão social, acolhendo-o para que o mesmo não ficasse permanentemente no hospital; a manutenção dos costumes e hábitos dos pacientes, vistos que estes seriam tratados também em sua comunidade; conhecer e ter contato com outros pacientes e pessoas. No entanto, a maior e a mais importante vantagem deste modelo reformista refere-se ao acompanhamento do paciente, pela mesma equipe multiprofissional, dentro ou fora do hospital, o que permitiria o estabelecimento de um maior vínculo com os profissionais envolvidos, assegurando assim o tratamento terapêutico, tanto nos Centros de Saúde Mental, quanto no próprio hospital psiquiátrico, desfazendo o impacto negativo deste (AMARANTE, 2013).

Segundo Passos (2009) a reforma psiquiátrica francesa não apresentou um caráter de contestação e ruptura do hospital psiquiátrico, muito pelo contrário, era uma proposta de modernização dos hospitais psiquiátricos, chegando a estimular a abertura de novos hospitais, simultaneamente a uma diminuição das internações.

Por sua vez, surge nos Estados Unidos a Psiquiatria Preventiva ou Saúde Mental Comunitária, influenciada pela Comunidade Terapêutica inglesa e pela Psiquiatria de Setor francesa, tendo a figura de Gerald Caplan como o seu fundador e principal divulgador (FEITOSA, et al., 2010; AMARANTE, 2013).

A Psiquiatria Preventiva ou Saúde Mental Comunitária configurou-se como uma estratégia dos programas de saúde mental concebidos pela política do presidente dos Estados Unidos, John Kennedy, no início dos anos de 1960. Neste período, os Estados Unidos defrontavam grandes problemas políticos, sociais e econômicos, entre eles a guerra do Vietnã, o crescimento do uso de drogas e o surgimento de gangues entre os jovens, dentre outras

situações. Soma-se a estes fatores, a realização de um censo no ano de 1955 sobre as condições assistenciais nos hospitais psiquiátricos dos EUA, o qual demonstrou as precárias condições de assistência, além de violência e maus-tratos a que estavam submetidos os pacientes internados em todo o país (AMARANTE, 2013).

Para a Psiquiatria Comunitária o conceito de crise como explicação para as perturbações mentais, passa a ser norteador. As crises relacionam-se a uma descontinuidade no padrão de funcionamento do sujeito, ou também a alterações agudas do padrão de comportamento que transcorre de tempos em tempos no desenrolar da vida de um indivíduo. A crise pode então, promover um desequilíbrio das condições de saúde do indivíduo e ser um perigo crescente de vulnerabilidade ao distúrbio mental, ou pode ser também uma oportunidade de crescimento da personalidade da pessoa (LARA, 2006).

À vista disso, a proposta de Caplan é promover uma prevenção destas crises e intervir nestas situações, a fim de evitar que a doença mental se instale e cronifique. Ele acreditava também que todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente. Para tanto, Gerald Caplan desenvolve o seu trabalho a partir dos seguintes conceitos: prevenção primária (programas para diminuir os transtornos mentais em uma comunidade, considerando as dimensões física, psicossocial e sociocultural da vida das pessoas); prevenção secundária (programas para diminuir a duração dos transtornos mentais, ou seja, intervenções relacionadas ao descobrimento do diagnóstico e tratamento precoce da doença mental); e por último, prevenção terciária (programas para diminuir a deterioração resultante dos transtornos mentais, ou seja, a readaptação do paciente à vida social) (LARA, 2006; AMARANTE, 2013; CÉSAR; COELHO, 2017).

O grande feito da proposta de Caplan foi a prevenção primária, ou seja, trabalhar com todas as dimensões do indivíduo, física, mental e sócio culturais. Esta estratégia tinha como objetivo antecipar um mal que ainda não havia ocorrido, na tentativa de evitá-lo. Dessa maneira, a Psiquiatria Preventiva propôs estratégias de trabalho de base comunitária, investindo em equipes multiprofissionais de saúde mental para acompanhar os indivíduos com doenças mentais preventivamente, identificando e intervindo na crise em seu viés individual, familiar e social (LARA, 2006; AMARANTE, 2013; CÉSAR; COELHO, 2017).

Deve-se evidenciar que a Psiquiatria Preventiva ao intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais, configurou-se como uma estratégia de demarcação de um novo objeto para a psiquiatria: a saúde mental (AMARANTE, 1998).

Outro conceito introduzido por este modelo reformista foi o de “desinstitucionalização”, que se tornou uma das principais diretrizes das políticas de saúde mental dos EUA. A “desinstitucionalização” referia-se a um conjunto de medidas de “desospitalização”, ou seja, ações de redução do tempo médio de internação hospitalar, de diminuição do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, e de promoção de altas hospitalares (AMARANTE, 2013).

Para se efetivar as políticas de “desinstitucionalização”, foram construídos centros de saúde mental, hospitais-dia, hospitais-noite, lares de abrigados, enfermaria e leitos em hospitais gerais, dentre outros. O objetivo de tais políticas era de que aos poucos o hospital psiquiátrico fosse se transformando em um recurso obsoleto e não fosse mais empregado, na medida em que os serviços comunitários de saúde mental adquirissem maior efetividade e competência em tratar as doenças mentais no âmbito extra-hospitalar, e que a incidência das doenças mentais fosse diminuindo como resultado das ações preventivas (AMARANTE, 2013).

De acordo com Amarante (2013) o fenômeno da “desinstitucionalização” nos Estados Unidos, na realidade promoveu um efeito muito contraditório, pois houve um aumento significativo da demanda psiquiátrica neste país, tanto nos serviços extra hospitalares quanto nos hospitais psiquiátricos, e conseqüentemente os próprios serviços comunitários se tornaram grandes captadores e encaminhadores de novos clientes para os hospitais psiquiátricos. Em outras palavras, o modelo da Psiquiatria Preventiva também não conseguiu solucionar o problema do hospício e seu conseqüente papel de exclusão social.

Na seqüência, novamente na Inglaterra ainda na década de 1960 em meio aos movimentos *underground* da contracultura (psicodelismo, pacifismo, movimento hippie, dentre outros) se revela a Antipsiquiatria, tendo como seus precursores os psiquiatras Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson (AMARANTE, 1998).

A Antipsiquiatria é construída a partir de estudos revolucionários sobre o comportamento humano e configurou-se como uma corrente ou movimento de contestação radical ao saber psiquiátrico. Esta corrente visava negar a psiquiatria tradicional, rejeitando tudo que ela, afirmava sobre doença mental, e também promover novas alternativas de tratamento para o sofrimento mental (OLIVEIRA, 2011).

A crítica mais profunda à psiquiatria tradicional se refere a objetividade científica da prática psiquiátrica, proveniente do modelo das ciências naturais, produzindo um grande equívoco metodológico, devido à natureza distintas de ambos as ciências. Para a Antipsiquiatria a psicopatologia clássica implicava em circunscrever e isolar o paciente em uma entidade

nosológica, considerando o comportamento de qualquer ser humano como um conjunto de sinais e sintomas de sua doença. E visualizar somente os sinais e sintomas da doença em nome da objetividade científica, não seria ver de uma forma neutra, seria na realidade ver a partir de pressupostos pré-estabelecidos, escolhendo o que se vê e o que não se vê (GABRIEL; TEIXEIRA, 2007; AMARANTE, 2013).

Por esse ângulo, a experiência patológica não ocorre no indivíduo na condição de corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade. A doença mental deixa de ser um acontecimento intrapsíquico, de caráter individual e privado e passa a ser considerada uma tática que o indivíduo emprega para conseguir sobreviver em situações sociais específicas. Dessa maneira, os comportamentos considerados ‘doentios’ de um sujeito deveriam ser entendidos a partir das relações que ele mantém com os outros ao seu redor e com a sociedade, e, segundo a Antipsiquiatria, seria correto dizer que é essa relação que está doente e não qualificar como doente o indivíduo que participa desta relação (OLIVEIRA, 2011; CASTELO BRANCO, 2012).

O hospital psiquiátrico por sua vez, neste cenário não é apenas o reprodutor, mas principalmente o grande radicalizador das estruturas opressoras e patogênicas da organização social, manifestadas inclusive na organização social família (AMARANTE, 2013).

Especificamente em relação ao hospício, este a partir de uma análise microssociológica empreendida por Goffman (2019), enquanto “Instituição Total”, se torna um dispositivo organizacional de controle, alienação e separação do indivíduo da vida social. Todo esse processo de controle e isolamento, intitulado pelo autor de “Mortificação do Eu”, propicia um tipo de desaculturação, em virtude de uma distância das rotinas e transformações culturais ocorridas no mundo externo, produzindo dependência da instituição e medo de reinserir-se no convívio social. O isolamento/prisão assim como outras técnicas de controle se perpetua do aspecto físico para o simbólico, gerando grandes mutilações no ser, muitas delas irreversíveis. Em outras palavras, o trabalho efetuado no hospício, a partir da prática psiquiátrica tradicional, distancia-se de um projeto de reabilitação, promovendo na realidade uma degeneração, por meio do enfraquecimento da autonomia e da individualidade, coisificando o ser e iniciando o indivíduo numa carreira moral estigmatizada.

Nesse sentido, para a Antipsiquiatria a loucura é tida como um fato social e político, e o louco é considerado uma vítima de uma sociedade alienada que corrompe a experiência individual e comportamental, transformando-o em um ser perigoso, passível de perda de voz, e

tem na figura do hospício e a consequente prática psiquiátrica tradicional uma forma de controlar e efetuar uma solução para o problema do indivíduo louco (AMARANTE, 1998).

Por consequência o fundamento ideológico da Antipsiquiatria era a total extinção dos manicômios e a eliminação da própria ideia de doença mental. Sendo a loucura uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social, era necessário permitir que a pessoa vivenciasse a sua experiência; esta seria, por si só, terapêutica, na medida em que o sintoma expressaria uma possibilidade de reorganização interior. O terapeuta deveria somente auxiliar a pessoa a vivenciar e a superar este processo, acompanhando-a. (AMARANTE, 2013).

De acordo com Oliveira (2011) e Amarante (2013) o movimento da Antipsiquiatria nunca apresentou uma verdadeira unidade, e por trazer fortes críticas às estruturas social e familiar, foi rapidamente e injustamente associado aos movimentos contestatórios e anti-institucionais que abalaram a Europa Ocidental nos anos de 1960 e que culminaram no Movimento de Maio de 68. É inegável, porém as suas imensas contribuições para o campo da psiquiatria, inclusive sobre o processo de desinstitucionalização, o qual a partir deste momento torna-se mais complexo e se distancia da noção estadunidense, de desospitalização.

Por fim, a última experiência reformadora da psiquiatria, abordada neste texto refere-se a Psiquiatria Democrática Italiana (PDT). A experiência italiana tem início nos anos de 1960, em um manicômio na cidade de Gorizia, e tem como seu principal expoente Franco Basaglia (AMARANTE, 1998).

Na tentativa de humanizar e tornar o hospital psiquiátrico de Gorizia um lugar de efetivo tratamento e reabilitação dos internos, Basaglia apoia-se inicialmente nos modelos da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional. Na medida em que o hospital se humanizava, e a partir do contato com obras de Michel Foucault e Erving Goffman, Basaglia concluiu que o hospital psiquiátrico continuava sendo uma instituição fechada e com a finalidade de controle social e não de cura, era necessário a criação de um outro caminho, o de negação da psiquiatria enquanto ideologia e a destruição do manicômio (BASAGLIA, 1979; AMARANTE, 2013).

O problema era que, na medida em que recusávamos a ciência que os colegas ingleses e franceses propunham, tínhamos que colocar alguma coisa em seu lugar. Estávamos convencidos de que a ciência na qual nos formáramos não era capaz de produzir nada de novo, era sempre uma reprodução de si mesma

(...). A ciência é produto da classe dominante, e no momento em que há mudança na ciência ela acontece de acordo com os códigos da classe dominante. Por isso achamos que não era possível encontrar uma nova ciência com os velhos códigos (BASAGLIA, 1979, p. 87).

Franco Basaglia passou a elaborar um pensamento e uma prática institucional originais, relacionado à ideia de superação de todo aparato manicomial, não se restringindo somente a estrutura física do hospital psiquiátrico, mas ao conjunto de seus saberes e práticas, científicas, sociais, jurídicas e legislativas, que até então, fundamentavam a existência de um lugar de segregação, isolamento e patologização da experiência humana. Basaglia, com isso, promove uma denúncia sobre a urgência do saber psiquiátrico refletir e alterar a maneira pela qual funda a sua práxis e também da própria sociedade ponderar sobre a forma pela qual tem se relacionado com o sofrimento e a diferença ao longo da história (AMARANTE, 2013).

Após a sua experiência no hospital psiquiátrico de Gorizia, Basaglia juntamente com a sua equipe dirigem-se ao hospital psiquiátrico de Trieste, cidade localizada ao norte da Itália, no ano de 1971 e lá iniciam a mais original e rica experiência de transformação radical da psiquiatria contemporânea, fonte de inspiração para muitas experiências por todo o mundo, inclusive para o Brasil em sua reforma psiquiátrica, a qual será discutida mais adiante (AMARANTE, 1998).

Em Trieste, juntamente com fechamento dos pavilhões e suas respectivas enfermarias psiquiátricas, foram concebidos vários outros serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, objetivando tomar o lugar dessa instituição clássica de forma definitiva. Os primeiros serviços substitutivos criados foram os Centros de Saúde Mental (CSM), dispositivos regionalizados, ou seja, distribuídos de forma criteriosa pelas várias regiões da cidade, influenciados pela Psiquiatria de Setor francês e também pela Psiquiatria Comunitária estadunidense. Porém, deve-se deixar claro que, estes centros da experiência italiana, não funcionavam em mão dupla, uma vez que não eram dispositivos que davam continuidade ao tratamento após a alta e que reinternavam os pacientes nos manicômios nos momentos de crise, mas serviços que por meio do conceito de “tomada de responsabilidade” passaram a assumir a integralidade do cuidado em saúde mental de cada território, e reconstruir o lugar social da loucura, que desde os tempos de Pinel estavam associados à periculosidade, à incapacidade e ao erro (AMARANTE, 2013).

Na sequência foram criados também outros dispositivos visando à inclusão social, como a construção de residências para que os ex-internos do hospital passassem a habitar na própria

cidade, as cooperativas de trabalho, e outras formas de participação social como: produtora de vídeos, grupos de teatro e de música, dentre outros (AMARANTE, 2013).

A proposta iniciada por Franco Basaglia e continuada pelo movimento da Psiquiatria Democrática Italiana é considerada um movimento político, pois enfatiza a polis com os seus aspectos sociais, políticos e econômicos, e atribui aos movimentos sociais, atores sociais concretos, um papel central e fundamental na luta e confronto com o cenário institucional psiquiátrico, possibilitando um questionamento e uma reinvenção desta instituição, a partir de uma conscientização de todos sobre a loucura e seu lugar social (AMARANTE, 1998).

Dessa maneira, com a ajuda da população, foi levada ao Parlamento Italiano uma nova proposta de lei sobre a doença mental. Nessa nova proposta foi abandonado o conceito de periculosidade, apontando que as organizações médicas e sociais deveriam responder às necessidades reais da população. Tal fato culminou com a aprovação da Lei 180 ou Lei Basaglia no ano de 1978, que dispunha sobre o tratamento psiquiátrico obrigatório e voluntário e sobre o encerramento definitivo dos hospitais psiquiátricos. A partir de então, ficava proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos e a sua utilização como dispositivo terapêutico, e a terapêutica indicada passa a ser realizada em serviços extra hospitalares, assim como também passam a ser criadas unidades especializadas psiquiátricas em hospitais gerais (BASAGLIA, 1979; GOULART, 2008; SERAPIONI, 2019).

A proposta italiana rompeu com as experiências anteriores de reforma da psiquiatria anteriores, principalmente em relação à compreensão sobre o processo de desinstitucionalização, até então adotada como sinônimo de uma simples desospitalização. O princípio do projeto de desinstitucionalização torna-se, então, a ruptura com o paradigma da psiquiatria clássica, o qual estabelece a relação mecânica de causa-efeito na análise da constituição da loucura (ROTELLI, 1990).

Rotelli (1990) demonstra que o mal obscuro da prática psiquiátrica está na separação do objeto fictício, intitulado “doença mental” da existencial global, concreta, complexa e social dos sujeitos. É a partir desta separação artificial que se construiu todo um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos culminando na construção da instituição psiquiátrica asilar, para lidar com a doença mental.

Ainda seguindo as ideias do autor supracitado, o objeto da psiquiatria não deve ser mais a doença mental, com os seus aspectos de periculosidade, insensatez, dentre outros, mas sim a relação existência-sofrimento e o corpo social. De doença mental para existência-sofrimento, o

fenômeno psíquico se reveste de complexidade, reorientando a finalidade da psiquiatria de cura para a produção de vida.

Para finalizar, percebe-se que a concepção sobre a loucura é uma construção histórico-social, relacionado a um determinado período. As reformas da prática psiquiátrica vêm no sentido de lidar ou até mesmo desconstruir essas concepções, conforme pode se verificar com os textos apresentados até aqui. Tais experiências reformistas influenciaram reformas psiquiátricas em várias partes do mundo, e em especial o Brasil, que será discutido mais detalhadamente a seguir.

6.3 A loucura no Brasil: do hospício à reforma psiquiátrica brasileira

A psiquiatria brasileira tem sua história pautada na prática asilar e na medicalização do social, reproduzindo a lógica mundial de tratamento da loucura. As raízes da psiquiatria brasileira estão relacionadas ao processo colonizador, sendo que as primeiras intervenções por parte do Estado em relação à loucura são datadas da primeira metade do século XIX, em virtude da vinda da família real portuguesa ao Brasil (MACHADO, et al., 1978; ALVES, et al., 2009).

Com o pretexto de promover a urbanização do país e o reordenamento das cidades, se fez necessário recolher todos aqueles que perambulavam pelas ruas, ou seja, os desempregados, mendigos, órfãos, marginais, e inclusive os loucos, sendo todos direcionados às prisões ou às celas especiais dos hospitais gerais das Santas Casas de Misericórdia. No entanto, especificamente em relação à loucura, para os médicos da época, tal situação não solucionava o problema da loucura, pois os ambientes para os quais os loucos eram direcionados, no caso, as Santas Casas de Misericórdia, não contavam com uma higiene e nem um tratamento físico e moral adequado, sendo necessária a criação de asilos higiênicos, arejados com a respectiva forma de tratamento (MACHADO, et al., 1978; ALVES et al., 2009).

Desse modo, no ano de 1842, Dom Pedro II assina um decreto que possibilita a criação de um hospital para doentes mentais, sendo inaugurado pelo próprio imperador no ano de 1852, e intitulado de Hospício Dom Pedro II, marcando assim, o surgimento da instituição psiquiátrica brasileira (MACHADO, et al., 1978; COUTO; ALBERTI, 2008).

Posteriormente com o início do período republicano há a criação das colônias agrícolas, no caso as colônias de São Bento e a Conde de Mesquita na Ilha do Governador no Rio de

Janeiro, em virtude da superlotação do Hospício Dom Pedro II, agora nomeado, Hospício Nacional de Alienados. Porém, com o passar do tempo foram sendo necessárias novas instalações devido ao grande número de internos atendidos, e soma-se a isso, as precárias condições sanitárias das colônias (VENANCIO, 2011).

Nesse sentido, no início do século XX, na gestão de Oswaldo Cruz como diretor-geral de Saúde Pública do governo federal de Rodrigues Alves, há uma transformação da assistência aos alienados no contexto de ações de higiene pública. Ocorre a promulgação do Decreto nº 1132/1903, que reorganiza a assistência aos alienados no Brasil, e passa a fornecer as diretrizes para a implementação e a organização da assistência em todas as regiões do país. Tal situação também sinaliza para a forte relação entre a psiquiatria brasileira e a medicina higienicista (COUTO; ALBERTI, 2008; VENANCIO, 2011).

É nesta conjuntura que aparece a figura de Juliano Moreira na direção do Hospício Nacional, conferindo um caráter mais científico ao sistema psiquiátrico brasileiro, com os seus fundamentos teóricos, práticos e institucionais. Este médico também foi um grande promotor dos hospitais colônias, e do papel do Estado na promoção da assistência pública aos alienados. Tais colônias deveriam oferecer aos doentes mentais o isolamento e as condições necessárias para o seu tratamento, através do trabalho terapêutico e do convívio familiar com alguns empregados das instituições, os quais estabeleciam suas residências nas colônias, sendo estas residências concedidas pelas próprias instituições (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007; COUTO; ALBERTI, 2008; VENANCIO, 2011).

A partir de então, proliferaram-se hospitais psiquiátricos e colônias agrícolas para doentes mentais em todo o território nacional instituições são criadas no intuito de prestar assistência asilar aos doentes mentais. O modelo de compreensão e tratamento da doença mental nessas instituições, seguia duas vertentes: a psiquiatria organicista, e a prática asilar, visando ao tratamento moral, com os seus princípios básicos do isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância e a distribuição do tempo (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007; ALVES, et al., 2009).

É interessante destacar a fundação no ano de 1923, da Liga Brasileira de Higiene Mental, por Gustavo Heide, que apresentou inicialmente o objetivo de melhorar a assistência aos doentes mentais, por meio de melhoria das instituições psiquiátricas e da formação dos psiquiatras. Porém, a partir do ano de 1926 seus psiquiatras passaram a elaborar projetos que

extrapolaram a orientação inicial da Liga, visando à prevenção eugênica e a educação dos indivíduos (ALVES, et al, 2009).

Percebe-se nesse contexto a psiquiatria assumindo o seu papel de controle social, operando entre a polícia e a justiça, pela penetração no espaço cultural, a qual passa a intervir, por meio de “medidas preventivas”, na regulação dos doentes mentais, e também das pessoas ditas “normais”. A prática de tal regulação pelo saber psiquiátrico se propaga na sociedade como um todo, e os fenômenos psíquicos e culturais passam a ser vistos e explicados unicamente pela causalidade biológica, justificando a intervenção médica em todos os níveis da sociedade (FOUCAULT, 1978).

Na era Vargas, por sua vez, a psiquiatria brasileira focalizou na estruturação da assistência hospitalar e nos dispositivos terapêuticos ofertados pela medicina científica da época, o qual estabelecia a internação, juntamente com a descoberta da Eletroconvulsoterapia (ECT), da Lobotomia e com o surgimento dos primeiros neurolépticos, como a solução para todos os males. Assim, ocorreram reformas e ampliação das instalações já existentes e a criação em larga escala de hospitais estaduais, financiados pelo Governo Federal, obedecendo ao modelo de colônia agrícola (COUTO; ALBERTI, 2008; ALVEZ et al., 2009; GOULART; DURAES, 2010).

Já na década de 1960 com a instalação da ditadura empresarial-militar houve um declínio do setor público e um aumento do privado com a criação de variadas clínicas e hospitais psiquiátricos particulares subsidiados pelo Estado, estabelecendo assim, a institucionalização do lucro, como novo mediador para subsidiar as relações de cuidado em saúde mental. A política de saúde mental adotada pelo regime militar aumentou substancialmente a quantidade de hospitais psiquiátricos que passaram de 341 no início da década de 1970 para 430 no início da década de 1980, sem que isso significasse uma melhora da atenção ofertada (GUERRA, 2005; ALVES et al., 2009).

Observa-se que o cenário da saúde mental brasileira até então, estava composto por ideias eugenistas, práticas psiquiátricas tradicionais, instalação do lucro como mediador das relações de saúde e além é claro da superlotação dos ambientes institucionais e pouquíssima qualidade nos serviços prestados (COUTO; ALBERTI, 2008; ALVES, et al., 2009).

Amarante (2013) relata que o sistema hospitalar psiquiátrico, pautado no modelo biomédico se aproximava muito das instituições penitenciárias, correcionais, baseados na vigilância, disciplina, repressão e punição. O controle dos chamados loucos se dava por meio

de um sistema formalizado de vigilância e disciplinarização dos internos com severa autoridade formal, subordinação, rigor no cumprimento das regras e normas racionais e a impessoalidade nas interações entre os indivíduos.

Para ilustrar o atendimento psiquiátrico pautado no padrão hospitalocêntrico pré-reforma, pode-se citar como exemplo, a situação do antigo Hospital Colônia na cidade mineira de Barbacena. Arbex (2013), em seu livro intitulado “Holocausto Brasileiro” relata que essa instituição era formada por dezesseis pavilhões independentes, e nesse ambiente os pacientes foram submetidos a todos os tipos de descasos e desumanidades possíveis, com inúmeras violações de direitos humanos e a morte de pelo menos 60 mil pessoas dentro dos muros do hospital.

Nessa instituição os pacientes dormiam em cima de capins espalhados pelo chão, devido à superlotação do hospital; andavam nus em virtude da escassez de roupas no hospital, ficando expostos à baixas temperaturas; passavam fome e sede, pois a alimentação era racionada; não havia sistema de água encanada, que os deixavam expostos à imundície dos esgotos abertos que cruzavam todo pavilhão; eram espancados, violentados, abusados sexualmente, submetidos a torturas físicas e psicológicas, a terapias de choque, procedimentos cirúrgicos como lobotomia, duchas e medicalizados de forma indiscriminadas, para serem mantidos dóceis e sob controle (ARBEX, 2013).

O Hospital Colônia não apresentava um critério médico sobre o conceito de loucura para as consequentes internações; assim tal critério era vago, abrangente e arbitrário. Aproximadamente 70% dos indivíduos internados na Colônia não possuíam diagnóstico mental, eram epiléticos, viciados em álcool e entorpecentes, homossexuais, prostitutas, pobres, negros, meninas grávidas, crianças indesejadas, moradores de rua, ou seja, todos aqueles sujeitos indesejáveis pelo padrão moralista da sociedade brasileira (ARBEX, 2013).

Com a superlotação da instituição e suas péssimas condições de higiene e de atendimento, em torno de 16 pessoas morriam por dia. Ao morrerem, davam lucro para o manicômio, pois seus corpos eram vendidos para as diversas faculdades de medicina do país. O Hospital Colônia chegou a faturar, num valor aproximado ao Real, cerca de 600 mil reais em uma década, com esse tipo de comercialização. Quando não conseguiam vender os corpos, devido à diminuição de interesse por parte das universidades, os corpos passaram a ser decompostos em ácido, no pátio do pavilhão, em frente a todos pacientes, com o objetivo de que as ossadas, pudessem ser comercializadas (ARBEX, 2013).

Conseqüentemente, perante a situação da psiquiatria brasileira até então, era extremamente necessário o surgimento de novas ideias e propostas para se obter uma nova configuração de tratamento ao doente mental no Brasil. Desse modo, no final da década de 1970 tem início o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), como, o resultado da mobilização dos trabalhadores da área da saúde mental, familiares, usuários e movimentos sociais, com o intuito de questionar e desconstruir a prática psiquiátrica asilar, pautada em estratégias de exclusão, segregação, representada pelos manicômios e propõe a consolidação de modelos assistenciais alternativos (BRASIL, 2005; AMARANTE, 2013).

É interessante observar que no Brasil, a designação Reforma Psiquiátrica foi adotada somente a partir do ano de 1989 como uma estratégia social e política de aproximação com a Reforma Sanitária que originaria o Sistema Único de Saúde (SUS). É dita Reforma, pois de acordo com a compreensão proposta pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde da Fiocruz (NUPES/FIOCRUZ), é algo que vai muito além de transformações superficiais, constituindo-se como algo estrutural, com um expressivo núcleo de revolução frente às condições da relação saúde-Estado (AMARANTE, 2015).

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira é influenciado por variadas vertentes reformistas críticas ao modelo psiquiátrico tradicional, que emergem na segunda metade do século XX. No entanto, a sua interferência maior provém da Psiquiatria Democrática Italiana, iniciado por Franco Basaglia, que se fundamenta e propôs a primeira experiência de desinstitucionalização, processo cujo o foco é o indivíduo com sofrimento psíquico, compreendendo a saúde como um processo saúde-doença, visto como fruto das condições de vida e do lugar ocupado por cada sujeito social, e não mais somente a doença, de acordo com a prática psiquiátrica tradicional. Novas práticas, novos espaços de cuidado e novas formas de lidar com a loucura são propostas (AMARANTE, 1998; AMARANTE, 2013; AMARANTE; TORRE, 2018).

O processo de desinstitucionalização consiste não somente em retirar os indivíduos de hospitais psiquiátricos, mas principalmente reinseri-los em suas comunidades, fortalecendo seus vínculos e desenvolvendo sua autonomia e potencialidade. Conseqüentemente esta ação propicia o fortalecimento de uma sociedade fundamentada no exercício pleno da cidadania, da liberdade, da justiça social e no respeito aos diferentes (AMARANTE, 2013).

Nesse sentido, a reforma psiquiátrica brasileira fortemente influenciada pela Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), trouxe uma crítica severa à precariedade do cuidado, abandono e

segregação das pessoas com transtornos mentais, assim como também um questionamento incisivo sobre as políticas públicas de saúde mental e sobre o padrão assistencial centrado nos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1995; 1998; LUZIO; L'ABBATE, 2006).

Tal reforma configura-se como um conjunto de iniciativas de cunho político, social, legislativo e cultural que visam modificar a situação e tecer alternativas. Apresenta como proposta fundamental a desinstitucionalização dos usuários e a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços de saúde e sociais que funcione segundo a lógica do território e que garanta o direito à saúde de forma integral, universal e equânime, e também a participação social e à cidadania. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; AMARANTE, 2013).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda em curso no país tem exigido mudanças estruturais, socioculturais e assistenciais profundas e de longo prazo. Dessa maneira, a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos depende diretamente da construção e fortalecimento de uma rede de serviços de caráter territorial, integral e intersetorial (GOULART, 2006; MENDES, 2014).

Os princípios que direcionam as políticas públicas de saúde mental estão inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a elaboração de redes de serviços e ações deve ser hierarquizada e regionalizada em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual e, ainda, seguir princípios como universalidade, integralidade e equidade (MENDES, 2014).

De acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica a Rede de Atenção Psicossocial deve ser estruturada e articulada a partir de sete eixos (BRASIL, 2011):

- Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio Saúde da Família, Saúde da Família, Consultório de Rua, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centro de Convivência;

- Atenção Psicossocial Especializada: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II ou III; Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD); Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i).

- Atenção de Urgência e Emergência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas; Pronto-socorro em hospital geral;

- Atenção Residencial de Caráter Transitório: unidades de acolhimento adulto e infanto-juvenil; Comunidades Terapêuticas;
- Atenção Hospitalar: Enfermaria em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental;
- Estratégias de Desinstitucionalização: Serviço Residencial Terapêutico, Programa de Volta para Casa;
- Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

O objetivo desta rede de serviços é de integrar e articular a saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a integralidade do cuidado em saúde mental (AMARANTE; NUNES, 2018).

Destaca-se nesta rede de serviços os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como o lugar de referência para o tratamento em saúde mental, dispositivos fundamentais para o caminhar da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005). Estes dispositivos serão discutidos de forma mais detalhada em item específico mais adiante.

Vale evidenciar que em 2017, por meio da Portaria n. 3.588/2017, foram empreendidas mudanças na Rede de Atenção Psicossocial, acrescentando mais serviços à essa rede, os CAPS AD IV direcionados para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, a equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental, e hospitais psiquiátricos especializados. Tais alterações apontam para o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais, por meio de ampliação de recursos para tais fins (BRASIL, 2017).

Atualmente, o Ministério da Saúde, pela nota técnica número 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, a qual estabelece alterações na Política Nacional de Saúde Mental e na Política Nacional sobre Drogas, determina que todos os serviços da RAPS são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e atuar de forma complementar, não existindo mais o termo serviços substitutivos. Não haverá mais incentivos de encerramentos de unidades de qualquer natureza, pois, todos os serviços são necessários para o tratamento em saúde mental (BRASIL, 2019).

Amarante e Torres (2018), alertam para a existência no cenário atual brasileiro, profundos paradoxos e desafios para avanço da reforma psiquiátrica, evidenciados por uma clara tendência de imposição de interesses institucionalizantes, ligados à mercantilização da saúde e o retorno ao modelo biomédico; subinvestimentos na rede pública, especialmente em tempos de “crise” política e social e governo conservador; e uma atenção básica fortemente dominada por um viés medicalizante, e com uma grande rejeição ao acolhimento dos casos de saúde mental.

De acordo com Mendes (2014) e Amarantes e Torres (2018), a RPB apresentou grandes desenvolvimentos nos campos teórico-assistencial, técnico-assistencial e jurídico-político, no entanto ainda existem vários desafios a serem enfrentados. Esses avanços devem auxiliar no fortalecimento da própria reforma e, conseqüentemente, na consolidação do SUS, pela promoção dos direitos humanos, da luta por inclusão social e do direito à diversidade cultural, sendo que isso auxiliará de forma substancial o desenrolar da própria reforma, visto que tal movimento está pautado nos princípios do SUS.

Dessa forma, nas palavras de Amarante (1995, p.493):

Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social.

6.4 O processo de construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil na década de 1970 é contemporâneo à eclosão do Movimento Sanitário, o qual visava à alteração dos modelos de atenção e gestão da saúde, em defesa da saúde coletiva, equidade nos serviços ofertados e da maior participação dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Porém, apesar do paralelo com o Movimento Sanitário, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira possui uma história própria, inscrita num contexto internacional de transformações e superação da modelo e violência asilar (BRASIL, 2005).

De acordo com Amarante (1998), o estopim para o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi o episódio conhecido como a “Crise da DISAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), no ano de 1978. Na ocasião os profissionais vinculados às quatro unidades da Divisão (Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho) deflagram uma greve, em virtude das precárias condições de trabalho e do clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições. A greve culminou na demissão de 260 estagiários e profissionais. Tal situação ganhou alcance de divulgação na mídia nacional na época.

Ainda no ano de 1978 é constituído no Rio de Janeiro o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) considerado o ator fundamental, a partir do qual surgem originalmente as proposições de reformulação do sistema assistencial psiquiátrico e a crítica ao saber médico psiquiátrico (AMARANTE, 1998).

Dessa maneira, o MTSM inicialmente promoveu uma forte denúncia sobre a precariedade das condições de trabalho, refletindo de forma substancial na assistência dispensada aos pacientes psiquiátricos. Houve também uma forte crítica relacionada à cronificação dos manicômios e a necessidade da humanização destes serviços, por intermédio de melhores condições de assistência à esta população. Apresentava, na ocasião, um conjunto heterogêneo de denúncias e reivindicações, com um forte caráter trabalhista e humanitário (AMARANTE, 1998).

O MTSM constitui-se como um espaço de debate de propostas na tentativa de propor alternativas à assistência psiquiátrica até então oferecida. Este movimento organiza variados encontros, aglutinando coletivos, como: trabalhadores da saúde, associações de classe, entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1998).

Neste contexto, ocorrem variados eventos importantes para a consolidação e fortificação do MTSM em todo território nacional e para a efetivação da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1998). Hirdes (2009) relata que o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira intercala períodos de intensificação das discussões e de surgimento de novos serviços e programas, com períodos em que ocorreu uma lentidão do processo, podendo situar as décadas de 1980 e 1990 como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira.

Nesse cenário, destaca-se a 8ª Conferência de Saúde no ano de 1986, na qual surge uma nova concepção de saúde associada à qualidade de vida, sendo um direito do indivíduo e dever

do Estado em promovê-la, através dos princípios como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização e promoção de políticas de bem-estar social (MACIEL, 2012).

Outro fundamental evento foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no Rio de Janeiro, em 1987. O relatório desta conferência aponta para uma mudança do modelo assistencial, e estabelece estratégias para a desospitalização, bem como a redução progressiva de leitos e a priorização de um sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente psiquiátrico. Além, é claro, da garantia de um tratamento que respeite os direitos dos indivíduos com transtornos mentais, em conformidade com os princípios de cidadania e inclusão social (BRASIL, 1988).

A partir da I Conferência de Saúde Mental não seria mais permitido o credenciamento e a instalação de novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas tradicionais, diminuindo progressivamente os existentes e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica. Ficava proibido a partir daquele momento, a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais (BRASIL, 1988).

No mesmo ano ocorre o II Congresso Nacional do MTSM realizado em Bauru/São Paulo, conhecido também como "Congresso de Bauru". Neste evento enfatiza-se a proposta "Por uma sociedade em manicômios", e revela transformações significativas no movimento. A partir deste momento o MTSM deixa de ser um coletivo somente de profissionais, tornando-se um movimento social, composto por sujeitos com sofrimento mental e seus familiares e também outros ativistas de direitos humanos (AMRANTE, 1998; AMARANTE; NUNES, 2018).

Fortemente influenciado pelo processo de desinstitucionalização da experiência italiana, o MTSM assume uma posição mais radical de crítica aos hospícios, compreendendo-os como instituições irreformáveis, e a loucura como fenômeno social. Assim, a imagem-objeto deste movimento deixar de estar associada apenas a melhoria do sistema, a luta contra a violência e segregação, passando explicitamente a lutar pela extinção das instituições e concepções manicomiais. A partir de então ocorre a transformação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) para o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), sendo instituído o 18 de maio como dia nacional da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 1998; BRASIL, 2005; AMARANTE, NUNES, 2018).

Neste período ocorre a instauração do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para o campo das práticas de saúde mental. O primeiro deles, o CAPS Luiz Cerqueira, também conhecido como CAPS Itapeva – inaugurado em 1987 na cidade de São Paulo, tem forte inspiração das experiências reformistas inglesa, francesa, estadunidense e italiana, passando a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo o país (AMARANTE, 1998; LANCMAN, 2008).

No ano de 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos/São Paulo dá início ao processo de intervenção no hospital psiquiátrico privado, Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes, com o seu posterior fechamento. Tal fato de grande repercussão nacional, possibilitou a construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao modelo manicomial. Este sistema substitutivo se deu com a implantação no município dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) abertos 24 horas por dia, sete dias por semana, associações, cooperativas, residências para os egressos do hospital, dentre outros. A experiência do município de Santos foi, certamente a mais importante da psiquiatria pública nacional e representou um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 1998; BRASIL, 2005).

Também no ano de 1989 dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, a extinção progressiva dos manicômios em solo nacional e sua substituição pelos serviços extra-hospitalares. A partir deste momento se iniciam as principais transformações no campo jurídico-político para a saúde mental brasileira (BRASIL, 2005; MACIEL, 2012).

Antes de adentrar na década de 1990 com as suas respectivas mudanças no campo de saúde mental brasileiro, deve-se destacar sobre a aprovação da nova Constituição Brasileira, a “Constituição Cidadã” no ano de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito social. Tal situação é resultando de uma grande luta empenhada pelo Movimento Sanitarista Brasileiro, culminando com 8ª Conferência de Saúde Mental de 1986, conforme já relatado (FLEURY, 2009).

Já no ano de 1990 é aprovada a Lei 8.080/1990 que estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS), e dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de regular as ações e serviços de saúde no país. A Lei 8.142, outro documento relevante, entre outras providências, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS,

prevendo as Conferências e os Conselhos de Saúde, ratificando a defesa de participação social proposta pela Reforma Sanitária (VIACAVA et al., 2018).

Adentrando nos anos 90 em relação ao campo de saúde mental, acontece a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, em Caracas, e o seu documento final fica intitulado “Declaração de Caracas”. Mediante tal documento os países da América Latina, inclusive o Brasil se comprometem em promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico do hospital psiquiátrico, resguardar os direitos civis e humanos dos indivíduos com sofrimento mental, e viabilizar a permanência destes em seu meio comunitário (HIRDES, 2009).

Já em 1992 ocorre a II Conferência em Saúde Mental, que ratifica as diretrizes gerais para a reorganização da atenção em saúde mental no Brasil no plano assistencial e jurídico-institucional e reforça as definições da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), posicionando-se contrariamente a diversas técnicas tradicionais da psiquiatria (LANCMAN, 2008).

Tais eventos são de fundamental importância para uma aproximação mais efetiva do campo da saúde mental de acordo com as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica no nível de políticas do Ministério da Saúde. Concomitantemente, variados movimentos sociais, influenciados pelo Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados da federação, as primeiras leis que estabelecem a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005).

Dessa maneira, passam a entrar em vigor em todo o país as primeiras normas federais que regulamentavam a implantação de serviços de atenção diária, como os CAPS, NAPS e Hospitais-dia, centros de convivência e cultura, dentre outros e também as primeiras normas para classificação e fiscalização dos hospitais psiquiátricos. Um exemplo disso são as portarias federais n.189 de 1991, que introduzem o termo NAPS/CAPS na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) e a n. 229 de 1992 que institui tais dispositivos, como unidades de saúde locais/regionalizadas responsáveis pela cobertura de uma população definida pelo nível local e oferecer a esta, cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar (BRASIL, 2005; AMARANTE; NUNES, 2018).

Outra portaria federal, de relevância para a instauração do novo modelo de atenção pública em saúde mental no país, é a de n. ° 224 de 1992, que estabelece normas de funcionamento bem como regras para atuação das equipes das unidades básicas de saúde, dos

NAPS/CAPS e do ambiente hospitalar (hospitais-dia, serviços de urgências psiquiátricas em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria) (BRASIL, 1992).

Já nos anos 2000 outra inovação na área de saúde mental foi a introdução em todo território nacional, dos Serviços de Residência Terapêutica, pela Portaria 106/2000 do Ministério da Saúde. Estes serviços surgem como moradias destinadas às pessoas com transtornos mentais, egressas de longo período de internação em hospital psiquiátrico, e que não possuem vínculo familiar e/ou suporte social. Constitui-se como um serviço substitutivo referente ao processo de desinstitucionalização, com o intuito de promover a inserção destes indivíduos na comunidade (ALMEIDA; CEZAR, 2016).

No ano de 2001, após 12 anos em tramitação no Congresso Nacional, o projeto de lei 3.657/89 com modificações do normativo original é aprovado, denominado Lei 10.216 ou também conhecida como Lei Paulo Delgado. Tal fato possibilitou mudanças significativas no campo de saúde mental, embora não tenha contemplado plenamente os anseios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005; AMARANTE; NUNES, 2018).

A lei 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e também redireciona o modelo de assistência em saúde mental no país. Esta lei privilegia o oferecimento de tratamento psiquiátrico em serviços de base comunitária, estabelece o papel do Estado como responsável pelo desenvolvimento das políticas de saúde mental e determina que a internação voluntária ou involuntária somente será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001; 2005).

No mesmo ano ocorre a III Conferência em Saúde Mental e teve como Tema “Cuidar, sim. Excluir, não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Os debates foram organizados obedecendo aos seguintes subtemas: financiamento; recursos humanos; controle social, acessibilidade; direitos e cidadania (BRASIL, 2002).

Esta conferência visou então criar estratégias, propostas e metas a fim de consolidar no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) um modelo de atenção em saúde mental totalmente substitutivo ao hospital psiquiátrico. As políticas de saúde mental deveriam apresentar como princípios básicos, a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença e a integração com outras políticas sociais. É reafirmado neste evento a importância do controle social para garantia da continuidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira, por meio de mecanismos institucionalizados e de outros mecanismos, com o objetivo de promover e

participar de ações de acompanhamento e de elaboração das políticas estaduais e nacional de saúde mental. Dentre outros aspectos é reforçado também o papel dos Conselhos de Saúde enquanto órgãos de regulação do SUS, que, devem lutar em defesa deste, na busca pela consolidação da política de Saúde Mental. Devem ainda exercer, o seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, inclusive do orçamento e da destinação de verbas a todos os níveis da saúde mental com transparência no processo (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, em virtude da aprovação da Lei 10.216 e da III Conferência em Saúde Mental, a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a se consolidar e ganhar maior visibilidade e sustentação. A partir deste momento, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma substancial expansão, juntamente com medidas de redução programada de leitos psiquiátricos em todo o país (BRASIL, 2005).

Por meio da Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, foram redefinidos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), quanto à sua organização, porte e à especificidade da clientela atendida. Passou a existir CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil) e CAPSAD (álcool e drogas). O Ministério da Saúde elege assim o termo CAPS como designação oficial das experiências substitutivas ao modelo hospitalocêntrico (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007; AMARANTE, NUNES, 2018).

Outro marco para o processo de desinstitucionalização do processo reformista brasileiro, foi a criação do Programa “De Volta para Casa”, via Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que garante o auxílio-reabilitação psicossocial para a assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais de internação). Por consequência, em virtude de tal programa, foi amplamente favorecida a construção de uma rede de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT’s) (BRASIL, 2003; AMARANTE, NUNES, 2018).

Ainda no ano de 2003 é elaborada pelo Ministério da Saúde a Política de Atenção Integral a usuários de álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Posteriormente no ano de 2011, conforme já discutido foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial, através da Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que proporciona uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS, objetivando a ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promover o do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do

uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração de todos os pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acompanhamento contínuo, acolhimento e da atenção às urgências (AMARANTE, NUNES, 2018).

Segundo Amarante e Nunes (2018) os ventos começaram a mudar a partir do ano de 2015, mediante as mudanças políticas que o país estava atravessando e com o Ministério da Saúde e os princípios do SUS sendo alvos de negociação política. Nesse sentido, o SUS e a Reforma Psiquiátrica Brasileira passaram a ser alvos de alterações radicais e de retrocessos, conforme já relatado anteriormente.

6.5 Os Centros de Atenção Psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são caracterizados como serviços de saúde abertos e de base comunitária pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), destinados às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, indivíduos com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas e os transtornos mentais em crianças e adolescentes cuja severidade e/ou persistência de tais acometimentos, justificam a permanência nesses serviços (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Segundo Brasil (2006) e Dalgolarrondo (2008), a maior parte dos transtornos mentais graves e persistentes é composta pelas psicoses, que são quadros de intenso sofrimento mental, exemplificados pela esquizofrenia, paranoia, transtornos graves de humor, apresentando no geral sintomas clássicos como: alucinações, delírios, pensamento e comportamento desorganizados, alterações da consciência do eu, perda do contato com a realidade, e uma deterioração do funcionamento social.

Há ainda a existência das neuroses caracterizadas como quadros psiquiátricos compostos por vivências psíquicas (tristeza, medo, ansiedade, manias), comuns a todas as pessoas, porém em alguns indivíduos podem aparecer de uma forma mais acentuada, o que acarreta no surgimento de transtornos mentais graves, como os transtornos obsessivo-compulsivos, dentre outros (DALGOLARRONDO, 2008).

Os CAPS têm como propósito promover o acompanhamento clínico/psiquiátrico aos indivíduos com sofrimentos psíquicos, de sua área de abrangência, e sua consequente

reabilitação psicossocial e reinserção social, por meio do exercício da cidadania, lazer, acesso ao trabalho, fortalecimento dos laços familiares e comunitários, promoção da autonomia, responsabilização e protagonismo durante todo o percurso de seu tratamento (BRASIL, 2004).

Esses dispositivos de saúde são classificados de acordo com a demanda e abrangência populacional, da seguinte forma (BRASIL, 2002; 2004; 2011; 2017):

- **CAPS I** – indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes. Promove o atendimento de pessoas de todas as faixas etárias, com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, no horário das 8h até às 18, podendo estender até às 21 h.

- **CAPS II** – indicado para cidades com população acima de 70.000 habitantes. Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, no horário das 8h até às 18h, podendo estender até às 21h.

- **CAPS III** – indicado para municípios com população acima de 200.000 habitantes. Promove o atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS ad.

- **CAPS ad** – indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes. Atende adultos ou crianças e adolescentes, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, no horário das 8h até às 18h, podendo estender até às 21h.

- **CAPS ad III** – indicado para municípios com população acima de 200.000 habitantes. Promove o atendimento de crianças, adolescentes e adultos, com necessidades de cuidados clínicos contínuos, decorrentes do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas. Esse serviço funciona 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, e com o máximo de 12 leitos para observação e monitoramento.

- **CAPS ad IV** – indicado para municípios com população acima de 500.000 habitantes, e fica localizado junto a cenas abertas de uso de drogas. Promove o atendimento para as pessoas

de todas as faixas etárias com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esse serviço funciona 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, e com o máximo de 20 leitos de observação para assistência de urgências e emergências.

- **CAPS i** – indicado para municípios com população acima de 150.000 habitantes. Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Funciona durante os cinco dias úteis da semana, no horário das 8h até às 18h, podendo estender até às 21h.

Essas instituições de saúde devem ser instaladas em lugares abertos e em imóveis com aspecto residencial, e devem conter espaços para realização de atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias), salas para atividades grupais, espaço de convivência, refeitório, sanitários e área externa para oficinas, recreação e esportes, proporcionando um ambiente acolhedor e garantidor de liberdade e cidadania aos usuários do serviço (BRASIL, 2015).

Os cuidados ofertados nesses ambientes devem ser realizados dentro de sua área de abrangência e em rede, assim esses serviços devem organizar a rede de atenção aos portadores de transtornos mentais de seu campo de abrangência, articulando e integrando a saúde mental a todos os níveis e pontos da Rede de Atenção Psicossocial, redes sociais e também a outros serviços afins encontrados na comunidade abrangida, a fim de atender à complexidade das demandas de tais usuários e promover a inclusão destes na comunidade (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Além disso, tais dispositivos também possuem outras responsabilidades associadas à sua área de abrangência, tais como: controlar a porta de entrada dessa rede de serviços; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental no setor básico, ESF (Estratégia de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão dos hospitais psiquiátricos; assegurar a atualização da listagem dos pacientes que utilizam medicamentos relacionados à saúde mental (BRASIL, 2002; 2004).

Tal configuração evidencia os centros de atenção psicossocial como pontos estratégicos da organização da rede de atenção à saúde mental e para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2011; BRASIL, 2004; CAMPOS et al., 2009).

6.6 O processo de trabalho em CAPS

A saúde mental brasileira tem sido pautada no modelo psicossocial de atenção, no qual o objeto de trabalho passa a ser redesenhado, ampliado e complexificado, não reduzido somente à dimensão corporal da “doença mental”, sendo necessário, portanto, novos instrumentos, nova conformação de equipes, nova abordagem clínica que além de incorporar o campo da saúde, englobe também o campo social, político e cultural (COSTA ROSA, 2000).

Nesse modelo o sofrimento mental não é um fenômeno exclusivamente individual e biológico, mas sim uma inter-relação entre aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos e culturais. Assim, o adoecimento e o tratamento necessitam da junção entre todas essas perspectivas. O alvo das ações e o sujeito principal do tratamento é o indivíduo em todas as suas dimensões, com seus vínculos familiares e sociais, estando nesse processo todo localizado o trabalho em CAPS (COSTA ROSA, 2000).

Os Centros de Atenção Psicossocial comportam uma equipe multiprofissional, porém cada CAPS, obedece à uma exigência quanto aos tipos e à quantidade de tais trabalhadores. De modo geral, esses serviços englobam profissionais de níveis superior e médio, tais como: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, técnicos administrativos, artesões, dentre outros, necessários para as atividades oferecidas nessas instituições (BRASIL, 2004).

Essa equipe multiprofissional deve trabalhar nos moldes da interdisciplinaridade, capaz de integrar seus saberes e propostas a fim de prestar um cuidado cada vez mais benéfico para o usuário de saúde mental. Assim, a interdisciplinaridade, é compreendida como uma relação, no qual há uma reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência a horizontalização das relações de poder entre as várias disciplinas implicadas (BRASIL, 2004; VASCONCELOS, 2008).

De acordo com Amarante (2013), a Saúde Mental é um campo de conhecimento e atuação altamente complexo, e por isso não se pauta em apenas um único tipo de saber, mas sim numa assistência plural privilegiando uma transversalidade de saberes.

Para Vasconcelos (2008), a interdisciplinaridade no campo da saúde mental, visa trazer melhorias para o cuidado direcionado ao usuário de saúde mental, no qual deixa de ser visualizado apenas pelo saber médico e passa a ser contextualizado a partir de um atendimento

interdisciplinar, de forma a conquistar e reafirmar a cidadania muitas vezes perdidas pelo usuário com transtornos mentais. Por outro lado, objetiva também uma aprendizagem por parte de todos os profissionais envolvidos, a partir da construção de um fazer profissional conjunto.

Esse trabalho está pautado no projeto terapêutico singular para cada usuário, sendo caracterizado como um ordenamento do cuidado, a partir de um conjunto de metas e ações do tratamento. Esse planejamento, deve ser realizado de forma individualizada e personalizada, respeitando os desejos e necessidades do usuário, e em conjunto, com o indivíduo, sua família, profissionais do CAPS e outros instrumentos da rede de atenção psicossocial. (BRASIL, 2004; 2015; RODOVALHO; PEGORARO 2016).

O profissional que realiza o primeiro acolhimento com o indivíduo em sofrimento mental, que fez o primeiro contato com o usuário, passará a ser uma referência para o usuário e será chamado de Terapeuta de Referência (TR). Este terá a responsabilidade de juntamente com a equipe elaborar o projeto terapêutico singular, assim como também realizar a avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, mantendo sempre um diálogo com o usuário, a equipe do CAPS e com a rede de cuidados externas ao CAPS (BRASIL, 2004).

Variadas estratégias pautadas nas necessidades de cada usuário e seus familiares são estabelecidas pelo projeto terapêutico singular, as quais englobam desde o acolhimento inicial; atendimento individual (inclui aqui psicoterapia, terapia medicamentosa, orientação), e em grupo e para a família; atividades de práticas corporais, expressivas e comunicativas; atenção às situações de crise; visita domiciliar; ações de reabilitação psicossocial; ações de matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência, dentre outras (BRASIL, 2015).

Neste projeto terapêutico singular também está inscrito sobre a permanência do usuário no serviço que pode ser: atendimento intensivo (atendimento diário, destinado ao usuário em crise); atendimento semi-intensivo (o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa reduziram) e por último o atendimento não-intensivo (destinado ao indivíduo com quadro psíquico estável não necessitando de suporte contínuo da equipe para viver em seu território). Todas essas modalidades de atendimento podem ser realizadas no domicílio do indivíduo com transtorno mental, caso seja necessário (BRASIL, 2002; 2004).

Outro ponto necessário a se evidenciar é sobre a alta dos usuários desses serviços. Segundo Guedes (2017), a alta nestes casos não deve ser compreendida no sentido de cura, mas

sim no estabelecimento de cuidados longitudinais em rede e em diversos serviços de saúde e outras instituições, assimilando que o cuidado em saúde mental deve ser realizado em todos os dispositivos e não apenas naqueles especializados. Por consequência, o cuidado realizado pelos CAPS ao indivíduo em sofrimento mental, deve ser transitório e promover a inclusão social destes na comunidade, por meio de um fortalecimento dos seus laços sociais.

Para concluir evidencia-se que na atenção psicossocial, o indivíduo é percebido em toda a sua existência para que ocorra o resgate da sua autonomia e de sua cidadania, além da efetivação de um cuidado em saúde relacionado à manutenção dos direitos humanos cuidado em saúde mental. Consequentemente, os Centros de Atenção são serviços estratégicos neste modelo, sendo extremamente necessário e fundamental a realização de um trabalho em conjunto com a Rede de Atenção Psicossocial que direcione as práticas democráticas condizentes com a perspectiva de cuidado e da redução dos riscos à saúde, considerando as singularidades de cada caso (BRASIL, 2004; AMARANTE, 2013).

6.7 O trabalho em CAPS e sua relação com a saúde de seus profissionais

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são serviços de saúde mental essenciais e a principal estratégia da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), e seus trabalhadores são considerados agentes efetivos deste processo reformista (BRASIL, 2004; MERÇOM; CONSTANTINIDES, 2020).

De acordo com os autores Filizola, Milioni e Pavarini (2008), e Oliveira, Grego e Espíndola (2015), perante as variadas mudanças e a inclusão de novos conceitos e práticas, promovidas pela RPB e o consequente modelo de atenção psicossocial, fizeram com que os profissionais dessa área, em especial os trabalhadores de CAPS, potencializassem esforços e atitudes individuais e coletivas perante as demandas e condições de trabalhos atuais, se reinventando frente às novas responsabilidades e ações adquiridas e impostas pelo atual modelo de assistência.

Segundo Saraceno (2001), a Reforma Psiquiátrica convoca os profissionais a reverem suas compreensões a respeito da loucura, saindo da ideia de “cura” para a de “cuidados”, da ideologia do “reparo” para a de “direitos”, contribuindo para a desconstrução de saberes e certezas, e exigindo um novo trabalhador, que a partir de agora não mais trabalha sob a proteção

dos muros dos hospitais, mas deve circular pela cidade; que não mais trabalha com “loucos de todo gênero”, mas com “cidadãos”.

Porém, Bezerra (2004) observa uma característica interessante na estrutura dos serviços de CAPS, em que maior clareza e entusiasmo quanto ao projeto de ampliação da rede de CAPS se verifica nas proximidades dos centros de decisão, enquanto que mais perto se está da linha de frente, no dia a dia destes serviços, mais se notam dúvidas, aflições e desânimo quanto ao futuro da proposta.

Nesse sentido, pode-se verificar que o trabalho em CAPS de modo geral é caracterizado por uma demanda assistencial crescente, que frequentemente tem apresentado uma impossibilidade de atendimento de todos que ao serviço recorrem, não sendo possível também o encaminhamento dessa demanda, devido a aspectos burocráticos e uma deficiente articulação com a rede de atenção psicossocial. Complexas ações assistenciais para o usuário e familiares, que esbarram na atuação intra e inter setorial. Uma diversidade profissional que necessita trabalhar interdisciplinarmente, que ainda apresenta aspectos falhos como: dificuldades para troca de saberes e experiências; ausência de cooperação entre a equipe; atuações isoladas e variadas outras complexidades referentes a esse campo de atuação. E por fim, uma precariedade das condições de trabalho, como infraestrutura com mínimo de operacionalidade, quantidade insuficiente de funcionários, variados vínculos empregatícios, e instalações inapropriadas, dentre outras (BEZERRA, 2004; LANCAMAN, 2008; GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011; OLIVEIRA; GRECO, ESPÍNDOLA, 2015; VENTURA et al., 2015; FILHO; SOUZA, 2017).

Nardi e Ramminger (2007) destacam ainda que o trabalhador em saúde mental, inclusive o profissional de CAPS, atualmente se constrói em meio à disputa de discursos que refletem o embate interno ao campo de Saúde Mental. É um espaço de tensões pelo fato de estarem circunscritos variadas formações discursivas, que englobam desde a crença de que cuidar é uma forma de caridade (discurso religioso), passando pela afirmação de que é a ciência que pode promover o tratamento da loucura (discurso científico), até o entendimento de que não basta somente o conhecimento técnico científico, mas também implicação política e afetiva com a construção de um outro modo de se relacionar com a loucura (Reforma Psiquiátrica).

Soma-se a este conjunto de fatores a solicitação de inovação constante por parte de seus profissionais, ou seja, a produção de um novo cuidado em saúde mental, que muitas vezes, na prática não encontra os meios teóricos, técnicos e financeiros para que essa renovação ocorra,

não acompanhando o real ritmo dos encargos, sendo na realidade um verdadeiro desafio para estes profissionais (RAMMINGER, 2005; ZGIET, 2013).

Todos estes elementos podem contribuir para tornar o ambiente laboral de CAPS cansativo e desgastante, favorecendo o surgimento de adoecimentos, sofrimentos, e sentimentos como: frustração, impotência, esgotamento e insatisfação com o trabalho por parte de seus trabalhadores. Além de dificultar o caminhar do serviço, interferindo na consolidação das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (BEZERRA, 2004; RAMMINGER, 2005; SIMÕES; FERNANDES; AIELLO-VAISBER, 2013; OLIVEIRA; GRECO; ESPÍNDOLA, 2015).

Oliveira, Greco e Espíndola (2015), relatam que a relação trabalho e saúde existente nos serviços de saúde mental passou a ser um tema de grande relevância no cenário científico, fato este decorrente do movimento de transformação do processo de trabalho promovido pela reforma psiquiátrica.

Uma pesquisa empreendida por Azevedo e Figueiredo (2014), em um CAPS localizado no interior do Mato Grosso do Sul, constatou que as atividades de trabalho desenvolvidas neste ambiente são muito complexas e desgastantes, devido ao reduzido número de profissionais atuantes, demandas do serviço que crescem a cada dia que passa, falta de condições de trabalho e materiais para efetuação de tais atividades (falta de mesas, cadeiras, salas, internet, telefone, computador, receituários e remédios), ausência de apoio e reconhecimento pela gestão, bem como a distância do trabalho prescrito e o real, ou seja, o funcionamento da instituição não está de acordo com as prescrições do Ministério da Saúde.

Segundo os autores tal situação exige que os profissionais façam uso da sua inteligência prática e de sua criatividade para conseguirem desenvolver seu trabalho com as condições mínimas necessárias. No entanto, todas estas circunstâncias podem fazer emergir dilemas por parte do profissional sobre a sua formação e funções que desempenha, podendo prejudicar a sua própria saúde através de vivências de sofrimento e de desgaste emocional, e também a qualidade do serviço prestado.

Bellenzani, Paro e Oliveira (2016), identificaram a condição de estresse ocupacional em nível intermediário entre profissionais de um CAPS no estado de Mato Grosso do Sul, sendo uma situação merecedora de atenção devido ao risco de adoecimento e mal-estar aos trabalhadores, em curto e médio prazo. Tal condição de estresse ocupacional é derivada de vários fatores como: ausência de capacitações na área de saúde mental para os profissionais;

deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais; má comunicação entre os membros da equipe, inclusive com os superiores.

Outro estudo realizado por Zanatta et al (2019), promovido em onze CAPS do interior do estado de São Paulo, averiguou a existência de estresse alto entre a população estudada, sendo esta, de maioria do sexo feminino, média de 35 anos, sem filhos e solteiros. A ocorrência de estresse nestes ambientes laborais se deu principalmente devido à baixa satisfação no trabalho, ausência de valorização profissional e sentimentos de sobrecarga pelo trabalho.

Araújo (2018), em sua pesquisa empreendida em um CAPS II de Uberlândia, analisou a existência de riscos neste ambiente, como: riscos físicos por ventilação e iluminação inadequadas, associados a uma estrutura física inadequadas, com salas pequenas e readaptadas para realização das atividades. Riscos biomecânicos relacionados à adoção de posturas inadequadas pelos profissionais analisados, devido à longa permanência sentados em cadeiras inadequadas (problemas nos assentos dessas cadeiras).

E também os riscos de acidentes devido a possibilidade de ocorrência de choque elétrico, incêndio e explosão, pois as tomadas de algumas salas estavam sem a capa de proteção. E por fim, os riscos para a saúde mental associados à jornada de trabalho excessiva, dimensionamento inadequado de pessoal, e o cotidiano conflituoso associado a própria natureza do trabalho com usuário em crise.

Tal pesquisa demonstra ainda que perante tais situações apresentas no CAPS analisado, os seus profissionais necessitam constantemente se adequar e se submeter a condições precárias de trabalho, para efetuarem suas respectivas atividades, o que pode possibilitar a ocorrência de sobrecarga de trabalho, pressões, e também sentimentos de angústia e insatisfação com o trabalho, fadiga, estresse, irritabilidade, ansiedade, alterações de comportamento e sofrimento mental.

Por sua vez, estudos como Guimarães, Jorge e Assis (2011) e Barros e Bernardo (2017), demonstram a existência de variados vínculos empregatícios dentro de CAPS, por meio de concursos públicos ou de contratação direta via processos seletivos gerando uma discrepância entre os níveis salariais, planos de carreira, benefícios, aumentos salariais sucessivos por tempo de trabalho, além é claro da questão da estabilidade do servidor. Tal situação além de enfraquecer as questões e direitos trabalhistas, pode também contribuir para a construção de um ambiente de tensões, conflitos, disputas entre os membros da equipe, insegurança, medo e insatisfação no trabalho.

O trabalho em CAPS, conforme contextualizado, tem sido composto por inúmeros desafios e também por aspectos insalubres que podem e afetam a saúde de seus trabalhadores. É nesse contexto que o desequilíbrio emocional, sofrimento, adoecimentos e insatisfação surgem e se expressam no ambiente laboral como um processo de desconstrução do papel que deveriam exercer com satisfação (RAMMINGER, 2005; SILVA, 2010; MENDES, 2014)

O trabalho no âmbito da saúde mental, inclusive em CAPS exige muito dos profissionais e traz à tona a necessidade de se construírem ambientes e processos de trabalho adequados tanto às demandas dos usuários quanto dos seus trabalhadores. Não se limita apenas em transformar o ambiente laboral em o mais humanizado possível, mas sim de transformar as relações estabelecidas entre as pessoas (ZGIET, 2013).

Para concluir, Ramminger (2005), destaca que a Reforma Psiquiátrica não considerou explicitamente a saúde do trabalhador, apesar da necessidade da proposta de um trabalho, interdisciplinar, que estaria de certa forma, preocupando-se também com o processo laboral. Porém, independentemente de tal situação, é inegável que a falta de políticas públicas de atenção à saúde do profissional, repercute no serviço de saúde mental, sendo que o acolhimento ou não de questões relacionadas à saúde do trabalhador, dependem das diretrizes de cada serviço, sendo um desafio para as equipes.

7. MÉTODO

7.1 Desenho do estudo

Esta dissertação classifica-se como uma revisão integrativa de estudos sobre a aplicação da Ergologia como instrumento de análise nos vários contextos laborais, inclusive nos ambientes de CAPS e as contribuições desta abordagem para se desvendar a relação trabalho e saúde.

Uma revisão integrativa de literatura visa promover uma síntese dos resultados obtidos em pesquisas sobre uma determinada temática, de modo sistemático, ordenado e abrangente. É considerada a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, possibilitando a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, favorecendo uma compreensão mais ampla sobre o fenômeno analisado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Botelho, Cunha e Macedo (2011) relatam que o fato da revisão integrativa permitir uma síntese de vários estudos já publicados, favorece a produção de novos conhecimentos, baseados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores.

O processo de elaboração de um estudo de revisão integrativa envolve uma série de etapas, que são descritas no Quadro 2 (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Quadro 2 – Etapas da revisão integrativa

Etapas da Revisão Integrativa	
1^a	Identificação do tema ou seleção da questão de pesquisa
2^a	Busca na literatura ou estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão
3^a	Coleta de dados ou categorização dos estudos
4^a	Avaliação dos estudos selecionados
5^a	Interpretação dos resultados
6^a	Apresentação da revisão integrativa

Fonte: elaborado pela autora, de acordo com SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011.

7.2 Delineamento da questão investigativa

A primeira etapa da revisão integrativa corresponde a elaboração de uma pergunta norteadora. Esta pergunta deve ser clara e bem formulada. Esta etapa é considerada a mais importante, e serve como norte para a construção da revisão integrativa, pois determina quais serão os estudos selecionados, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A construção desta pergunta deve contemplar um raciocínio teórico e definições aprendidas de antemão pelos pesquisadores (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Desse modo, a discente realizou uma busca inicial na literatura sobre o tema Ergologia e a associação Ergologia/CAPS. Nesta busca inicial foi constatado a existência de poucos estudos que utilizam a perspectiva ergológica como instrumento de análise e intervenção laboral nos variados contextos de trabalho, bem como uma quantidade bem mais limitada de pesquisas que empregam tal abordagem laboral para análise dos ambientes de CAPS.

Tendo em vista este cenário, o papel da perspectiva ergológica como um potencial instrumento de análise laboral, que dá voz aquele que realiza a atividade de trabalho, e o interesse da discente em abordar sobre a atividade em CAPS de algum modo no estudo, determinou-se a seguinte questão norteadora da dissertação: a Ergologia tem contribuído para deslindar a relação trabalho e saúde nos diversos contextos de trabalho e especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial?

Assim, a pergunta desta dissertação será a base deste estudo, norteando toda a pesquisa, e auxiliando na caracterização da produção científica encontrada e discutida nesta revisão, e por consequência nas respostas aos objetivos desta dissertação.

7.3 Estratégias de busca e seleção dos estudos

A busca de estudos em uma revisão integrativa deve ser diversificada, ampla, e englobar o maior número de estudos relevantes sobre a temática abordada. Para tanto, é necessário a elaboração rigorosa de uma estratégia de busca, que seja capaz de encontrar todas as

publicações potencialmente relevantes (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A estratégia de busca é caracterizada como um conjunto de regras estabelecidas para tornar possível o encontro entre a pergunta formulada e as informações armazenadas nas bases de dados empregadas. Tal estratégia ou em outras palavras, os critérios de amostragem estabelecidos devem garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores da fidedignidade dos resultados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A busca pelos estudos foi empreendida nas bases de dados *Scielo*, *PubMed* e *Scholar Google* (Google Acadêmico), entre os meses de julho a setembro de 2021. Para a realização da busca pelos estudos foi estabelecido inicialmente os critérios de elegibilidade para os estudos encontrados, que são os seguintes:

- Artigo científico do tipo pesquisa de campo com coleta de dados direto do campo analisado, e publicado em periódicos revisados por pares;
- Tema: análise de uma atividade de trabalho, cujo objeto é a relação capital-trabalho, por meio da Ergologia;
- Publicados nos idiomas português, inglês, espanhol ou francês;
- Publicados entre os anos de 2011 a 2021;
- Disponível integralmente nas bases de dados empregadas: *Scielo*, *PubMed* e *Scholar Google* (Google Acadêmico).

Por consequência, seriam excluídos os estudos caracterizados da seguinte forma: a) artigos teóricos (ensaios, revisões narrativas e sistemáticas); b) artigos que não comportam uma coleta de dados diretamente do campo analisado; c) publicados em outras fontes, que não periódicos (congressos, simpósios, jornadas); d) estudos do tipo: dissertações, teses, monografias; e) estudos que analisam uma atividade que não se enquadra na relação capital-trabalho; f) fora do recorte temporal estabelecido; g) estudos em outros idiomas, que não preconizados nesta revisão; h) disponíveis parcialmente nas bases de dados empregadas.

Tais critérios foram elaborados com o consenso dos três revisores envolvidos nesta pesquisa. A justificativa destes, pauta-se na existência de um tempo reduzido para a elaboração da dissertação.

Após o estabelecimento dos critérios de elegibilidade, foram escolhidas as palavras-chaves utilizadas nas bases de dados. Optou-se por utilizar as palavras-chaves: “ergologia”, “saúde mental” e “centros de atenção psicossocial” e suas respectivas traduções em inglês, espanhol e francês.

As palavras-chaves “saúde mental” e “centros de atenção psicossocial” foram estabelecidos, mediante consulta na página eletrônica DeCS/MeSH – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual de Saúde. Já a palavra “ergologia” não se configura como um descritor padrão, porém de fundamental importância para atingir os objetivos desta dissertação.

Deve-se evidenciar que para encontrar os estudos que abordassem sobre o emprego da perspectiva ergológica nos mais variados ambientes de trabalho, optou-se por utilizar a palavra “Ergologia” e suas traduções em inglês, espanhol e francês, pois esta palavra por si só se refere ao universo do trabalho, não sendo necessária a utilização de outros descritores adicionais, sendo também algo inconcebível devido à amplitude dos contextos laborais.

Já o emprego dos descritores “saúde mental” e “centros de atenção psicossocial” se deu devido a uma escolha e tentativa de encontrar o maior número de estudos, sobre a temática ergologia e o trabalho no campo de saúde mental, visto que este é o foco central deste trabalho.

O emprego e a combinação das palavras-chaves utilizadas nesta dissertação, através do operador booleano AND, estão descritos no Quadro 3.

Quadro 3 – Descrição das palavras-chaves utilizadas

Número da Estratégia	Palavras-Chaves
1	“Ergologia”
2	“Ergology”
3	“Ergología”
4	“Ergologie”
5	“Ergologia” AND “saúde mental”
6	“Ergologia” AND “centros de atenção psicossocial”
7	“Ergology” AND “mental health”
8	“Ergology” AND “psychosocial care centers”
9	“Ergología” AND “salud mental”

10	“Ergología” AND “centros de atención psicosocial”
11	“Ergologie” AND “santé mentale”
12	“Ergologie” AND “centres de soins psychosociaux”

Fonte: própria autora

Mediante as palavras-chaves escolhidas, suas respectivas combinações e traduções, juntamente com os critérios de elegibilidade determinados, empreendeu-se a busca pelos estudos nas bases de dados, por um examinador principal.

Os estudos encontrados nas bases de dados foram lidos os títulos, os resumos, e em casos de estudos sem a presença de resumos, optou-se pela leitura da introdução e por fim, a aplicação dos critérios de elegibilidade, pelo examinador principal (APÊNDICE A).

Os estudos selecionados nesta etapa inicial seguiram para uma leitura integral e aplicação novamente dos critérios de elegibilidade, pelo examinador principal (APÊNDICE B).

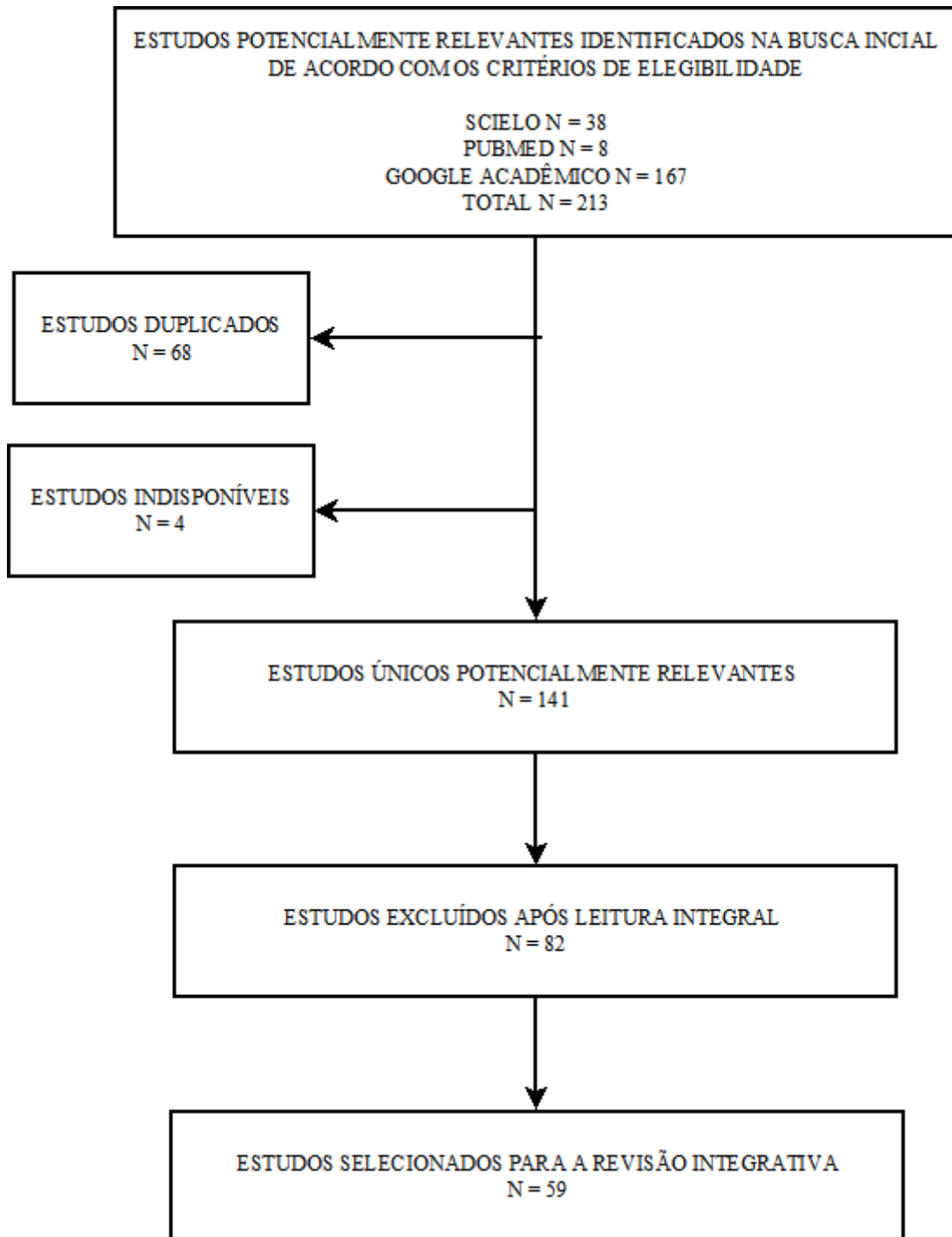
Deve-se evidenciar que anteriormente a seleção final dos estudos para esta revisão, todos os artigos científicos encontrados em ambas as etapas anteriores pelo examinador principal eram discutidos coletivamente com os outros dois revisores envolvidos, em sucessivas reuniões, a fim de avaliar sobre as discrepâncias existentes em tais estudos e chegar a um consenso sobre a inclusão ou exclusão dos artigos. Os revisores não estavam cegos para os nomes dos autores, instituições e periódicos.

Por consequência, os artigos científicos que atenderam a todos os critérios de elegibilidade pré-determinados, e que estavam de acordo com o escopo desta pesquisa foram considerados aceitos e incluídos na revisão integrativa. Na sequência, uma leitura completa foi novamente realizada, com objetivo de sintetizar os dados referentes aos estudos selecionados e inseri-los em um quadro de caracterização (APÊNDICE C e D).

7.4 Diagrama metodológico

De modo a favorecer a compreensão das etapas de seleção da presente pesquisa, um diagrama metodológico foi desenvolvido, conforme exposto na Figura 1:

Figura 1 – Etapas da seleção da pesquisa



Fonte: elaborado pela autora

8. RESULTADOS

A busca inicial nas bases de dados *Scielo*, *PubMed* e Google Acadêmico através do uso das palavras-chaves e da aplicação dos critérios de elegibilidade possibilitou a identificação de 213 estudos potencialmente relevantes, destes, 68 artigos estavam duplicados em uma ou em mais bases, e quatro estudos não estavam disponíveis na íntegra, mesmo após contato eletrônico com os autores de tais estudos.

Após a remoção dos estudos duplicados e indisponíveis, restaram 141 estudos únicos potencialmente relevantes. Destes, 82 estudos não obedeciam aos critérios de elegibilidade pré-definidos e também ao escopo desta pesquisa, sendo eliminados, restando 59 artigos que foram considerados aceitos e incluídos nesta revisão integrativa.

De modo mais preciso, os artigos excluídos possuíam as seguintes características observadas: não contavam com dados obtidos diretamente do campo analisado, estes provinham principalmente de pesquisas realizadas previamente; prendiam-se à explicação da metodologia aplicada; estudos semelhantes derivados de uma mesma pesquisa original (mesmo cenário), pesquisas de autores diferentes, porém a partir de um mesmo contexto laboral que possibilitou a identificação de resultados similares, artigos de seminários e congressos publicados em periódicos com resultados e discussões limitados, e por fim, estudos que não abordavam sobre a relação capital-trabalho.

Assim, optou-se por escolher os artigos que eram mais próximos e condizentes com o escopo desta pesquisa. Destaca-se novamente que para evitar o viés de opiniões e pensamentos, todas as questões anteriores foram discutidas entre todos os revisores envolvidos.

Deve-se destacar que o uso e a combinação dos descritores “ergologia” e “saúde mental”, nos vários idiomas empregados nesta revisão, possibilitou a identificação de apenas um estudo no campo de saúde mental. Os demais artigos encontrados, inclusive com a associação “ergologia” e “centros de atenção psicossocial” tinham sido identificados previamente a partir do uso dos descritores ergologia e suas respectivas traduções em inglês, espanhol e francês. Além disso, a combinação “ergologia” e “centros de atenção psicossocial” nos idiomas francês e espanhol não conferiu nenhum resultado.

A base de dados mais representativa foi o Google Acadêmico (145 artigos), seguida pela base *Scielo* (32 artigos) e por último o *PubMed* (oito artigos). Salienta-se que a base Google

Acadêmico englobou todos os estudos identificados e selecionados na busca inicial nas demais bases de dados utilizadas nesta revisão.

Por sua vez, os 59 artigos científicos incluídos nesta revisão integrativa são apresentados no Quadro 4, de caracterização, conforme pode ser visualizado na página seguinte.

Quadro 4 – Descrição e caracterização dos estudos selecionados na revisão integrativa

Código do Estudo	Título	Autor (es) do Estudo	Ano	País	Local do Estudo	Setor Econômico
E.1	Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família	BERTOCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A.	2011	Brasil	Unidade Saúde da Família	Serviços
E.2	Abordagem ergológica da organização e das condições de trabalho em uma unidade de alimentação e nutrição	ARAÚJO, E. M. G.; ALEVATO, H. M. R.	2011	Brasil	Unidade de Alimentação e Nutrição Hospitalar	Serviços
E.3	"Cada Caps é um Caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental	RAMMINGER, T.; BRITO, J. C.	2011	Brasil	CAPS	Serviços
E.4	Nas trilhas da atividade: análise da relação saúde-trabalho de uma professora de educação física escolar	ALMEIDA, U. R.; HECKERT, A. L. C.; BARROS, M. E. B.	2011	Brasil	Escola Estadual – Ensino Básico	Serviços
E.5	Renormalizações: estratégias para manutenção da saúde pela atividade docente	VIEIRA JÚNIOR, P. R.; SANTOS, E. H.	2011	Brasil	Escola – Ensino Fundamental	Serviços
E.6	A dimensão gestonária do trabalho e o debate de normas e valores no teleatendimento	OLIVEIRA, S. S.; BRITO, J. C.	2011	Brasil	Empresa de Telemarketing	Serviços
E.7	A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial	ATHAYDE, V.; HENNINGTON, E. A.	2012	Brasil	CAPS	Serviços
E.8	Aqui ninguém domina ninguém: sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra	SANTOS, J. C. B.; HENNINGTON, E. A.	2013	Brasil	Assentamento do Movimento Sem Terra	Primário

Código do Estudo	Título	Autor (es) do Estudo	Ano	País	Local do Estudo	Setor Econômico
E.9	Gestão do trabalho, saúde e segurança dos trabalhadores de termelétricas: um olhar sob o ponto de vista da atividade	GUIDA, H. H. F. S.; BRITO, J.; ALVAREZ, D.	2013	Brasil	Termoelétricas	Industrial
E.10	A situação de trabalho da enfermagem e os riscos ocupacionais na perspectiva da ergologia	FONTANA, R. T.; LAUTERT, L.	2013	Brasil	Serviço de Atenção Básica	Serviços
E.11	O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade	BINDA, J.; BIANCO, M. F.; SOUZA, E. M.	2013	Brasil	Unidade Saúde da Família	Serviços
E.12	Entre territorializações de fazeres: uma clínica da atividade com trabalhadores de saúde mental	SOUZA, V. L. I.; FONSECA, T. M. G.	2013	Brasil	Hospital Psiquiátrico	Serviços
E.13	Saberes sobre o trabalho: experiência e história nos canaviais	SILVA, M. S.; BARROS, V. A.	2014	Brasil	Lavoura de Cana de Açúcar	Primário
E.14	Uma viagem de trem: a atividade de trabalho dos inspetores ferroviários em diálogo com a ergologia	RABELO, L. B. C.; BARROS, V. A.; CUNHA, D. M.	2014	Brasil	Setor Ferroviário	Serviços
E.15	Travail et santé chez les prostituées: entre imaginaire et réalité	BARROS, V. A.	2014	Brasil	Trabalho com Prostituição	Serviços
E.16	O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real	REIS, W. G. R.; SCHERER, M. S. A.; CARCERERI, D. L.	2015	Brasil	Unidade Básica de Saúde	Serviços

Código do Estudo	Título	Autor (es) do Estudo	Ano	País	Local do Estudo	Setor Econômico
E.17	A atividade de trabalho de motoristas de ambulância sob o ponto de vista ergológico	PINTO, F. M.; SOUZA, P. C. Z.	2015	Brasil	SAMU	Serviços
E.18	Discursos na atividade do professor: práticas de linguagem no e sobre o trabalho docente	FREITAS, E. C.; FACIN, D.	2015	Brasil	Escola Pública – Ensino Fundamental	Serviços
E.19	As dramáticas do uso de si de um jovem empreendedor	STELLA, V. C. R.	2015	Brasil	Empresa de Investimentos	Serviços
E.20	Práticas discursivas e renormalizações na atividade de trabalho de operadoras de telemarketing	MENDES, S. R. C.	2015	Brasil	Empresa de Telemarketing	Serviços
E.21	Os ingredientes da competência de gerentes de hotéis	SILVA, et al.	2015	Brasil	Setor Hoteleiro	Serviços
E.22	Sistema integrado de produção do tabaco: saúde, trabalho e condições de vida de trabalhadores rurais no Sul do Brasil	RIQUINHO, D. L.; HENNINGTON, E. A.	2016	Brasil	Área rural produtora de tabaco	Primário
E.23	Os usos do corpo-si no trabalho de transformação de granitos: evidências para saúde e segurança	PORTO, T. A.; BIANCO, M. F.	2016	Brasil	Empresa do setor de do setor de rochas ornamentais	Industrial
E.24	Trabalhar, educar, acolher em abrigo institucional: percursos de uma cartografia	GIRROTO, W. M.; AMADOR, F. S.	2016	Brasil	Abriço Institucional para crianças e adolescentes	Serviços

Código do Estudo	Título	Autor (es) do Estudo	Ano	País	Local do Estudo	Setor Econômico
E.25	Sur les pas des hommes qui ont vu l'ours. La conservation de la faune sauvage, un travail réel	DENAYER, D.; MOUGENOUT, C.; COLLARD, D.	2016	França	Unidade de Conservação de vida Selvagem	Serviços
E.26	Análise da atividade de maçariqueiros num estaleiro no Brasil: Considerações sobre saúde do trabalhador numa perspectiva ergológica	VINAGRE, R. F.; CASTRO, A. C.	2017	Brasil	Estaleiro Naval	Industrial
E.27	Os usos de si e o debate de normas dos trabalhadores de uma indústria metal mecânica	SILVA, L. A.; SILVA, L. F.; MENDES, D. P.	2017	Brasil	Indústria Metal Mecânica	Industrial
E.28	Do prescrito ao real: a imprevisibilidade e a importância do trabalho coletivo em um centro de usinagem de uma empresa metal-mecânica do interior do Estado de Minas Gerais	PEREIRA, A. C. E.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. S.	2017	Brasil	Indústria Metal Mecânica	Industrial
E.29	Avaliação do trabalho na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro: uma abordagem em saúde do trabalhador	CASTRO, M. M.; OLIVEIRA, S. S.	2017	Brasil	Unidade Básica de Saúde	Serviços
E.30	Reflexões sobre a atividade de trabalho do psiquiatra no centro de atenção psicossocial	SILVA, E. R.; BARROS, V. A.	2017	Brasil	CAPS	Serviços
E.31	Análise das estratégias de gerenciamento de risco no trabalho dos profissionais da saúde em um CAPS	RUAS, S. X.; MENDES, D. P.	2017	Brasil	CAPS	Serviços
E.32	Entre pousos e decolagens: uma análise do trabalho dos pilotos de helicóptero, a partir da ergologia	OLIVEIRA, D. F.; SALES, M. M.	2017	Brasil	Unidade Aérea de Segurança Pública	Serviços

Código do Estudo	Título	Autor (es) do Estudo	Ano	País	Local do Estudo	Setor Econômico
E.33	Reorganização do trabalho em uma agência da Previdência Social: resistência à mudança ou preservação da saúde?	CHRISTO, C. S.; BORGES, M. E. S.	2017	Brasil	Agência da Previdência Social	Serviços
E.34	Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de Hospitais Universitários na Argélia, Brasil e França	SCHERER, et al.	2018	Brasil França Argélia	Hospitais Universitários	Serviços
E.35	O trabalho de equipes interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossocial	BEZERRA, et al	2018	Brasil	CAPS	Serviços
E.36	La opacidad del trabajo de enfermería y las configuraciones del riesgo	MENDES, D. P.; CUNHA, D. M.	2018	Brasil	Hospital Psiquiátrico	Serviços
E.37	O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança	FELICIANO, T. C. A. S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. S	2018	Brasil	Comunidade Terapêutica	Serviços
E.38	O trabalho docente: entre prescrições e renormalizações	FREITAS, V. C.; SOUZA, S. P.	2018	Brasil	Universidade Pública	Serviços
E.39	Implicações de novas tecnologias na atividade e qualificação dos servidores: Processo Judicial Eletrônico e a Justiça do Trabalho	FONSECA, et l.	2018	Brasil	Tribunal Regional do Trabalho	Serviços
E.40	O trabalho de supervisão em uma indústria de pneumáticos: entre o trabalho real e o discurso oficial do gerenciamento	CHRISTO, C. S.; REZENDE, M. S.; ATHAYDE, M.	2019	Brasil	Indústria de Produção de Pneumáticos	Industrial

Código do Estudo	Título	Autor (es) do Estudo	Ano	País	Local do Estudo	Setor Econômico
E.41	A importância do trabalho coletivo na gestão dos riscos do/no trabalho em saúde	PATRÍCIO, et al.	2019	Brasil	Setor de um Hospital Geral	Serviços
E.42	A dramática do “uso de si” no trabalho da equipe de enfermagem em clínica cirúrgica	PINNO, C.; CAMPONOGARA, S.; BECK, C. L. C.	2019	Brasil	Clinica Cirúrgica de um Hospital Geral	Serviços
E.43	La actividad del salubrista: un análisis desde las clínicas del trabajo	CASTRO, N. A. R.; GARCIA, J. E. L.; MORAES, T. D.	2019	Colômbia	Secretaria Distrital de Saúde	Serviços
E.44	Acidentes de trabalho fatais em empresa brasileira de petróleo e gás: análise da política de saúde e segurança dos trabalhadores	GUIDA, H. F. S.; FIGUEIREDO, M. G.; HENNINGTON, E. A.	2020	Brasil	Empresa de Petróleo e Gás	Industrial
E.45	Renormalizações do trabalho e infidelidades do meio na indústria vidreira: uma análise ergológica	RIZZI, J. A.; BIANCO, M. F.; SOUZA, E. M.	2020	Brasil	Indústria Vidreira	Industrial
E.46	O olhar da equipe de enfermagem sobre o trabalho em uma unidade neonatal: uma intervenção com foco na atividade	PONTES, K. A. E. S.; OLIVEIRAM S. S.; ROTEMBERG, L.	2020	Brasil	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Serviços
E.47	Trabalho e competência do enfermeiro nos serviços de hemoterapia: uma abordagem ergológica	FRANTZ, et al.	2020	Brasil	Hemocentro	Serviços
E.48	Risk management and the complexity of the right to refuse dangerous work in the context of hospital care: Preliminary issues	CALVO, et al.	2020	Brasil	Unidade de Clínica Cirúrgica de um Hospital Geral	Serviços

Código do Estudo	Título	Autor (es) do Estudo	Ano	País	Local do Estudo	Setor Econômico
E.49	Me chama para conversar que eu gosto: análise de experiência clínico-institucional com a enfermagem de um hospital psiquiátrico	TELLES, L. L.; JARDIM, S. R.; ROTEMBERG, L.	2020	Brasil	Hospital Psiquiátrico	Serviços
E.50	Práticas linguageiras: uma análise discurso-ergológica de práticas discursivas no trabalho docente no processo de inclusão escolar de pessoas com deficiência	LIMA, R. P. S. S.	2020	Brasil	Escola Municipal Educação Básica	Serviços
E.51	O rejeito e suas diversas marcas: saúde dos trabalhadores da Defesa Civil no rompimento da barragem de Fundão	REZENDE, E. A.; PORTELA, S.; OLIVEIRA, S. S.	2020	Brasil	Unidade de Defesa Civil	Serviços
E.52	Práticas profissionais em contexto de mudanças organizacionais em uma instituição militar	FIGUEIREDO, S. O.; BIANCO, M. F.	2020	Brasil	Instituição da Polícia Militar	Serviços
E.53	El derecho a la salud de los trabajadores: entre límites y estrategias	MARTINEZ, et al.	2020	México	Sindicato de uma Universidade	Serviços
E.54	Work as management in an environment governed by standards: a study of situations in the steel industry	CARNEIRO, A.; BIANCO, M. F.; NASCIMENTO, A. P.	2021	Brasil	Indústria Siderúrgica	Industrial
E.55	O uso de si no trabalho de enfermeiros na assistência hospitalar: uma abordagem ergológica	BONFADA et al.	2021	Brasil	Unidade de Pronto Socorro de um Hospital Geral	Serviços
E.56	Os usos de si no trabalho em um banco de leite humano: uma análise do ponto de vista da atividade	DEMARCHI, S. M.; BIANCO, M. F.; SANTOS, L. S. S.	2021	Brasil	Banco de Leite Humano	Serviços

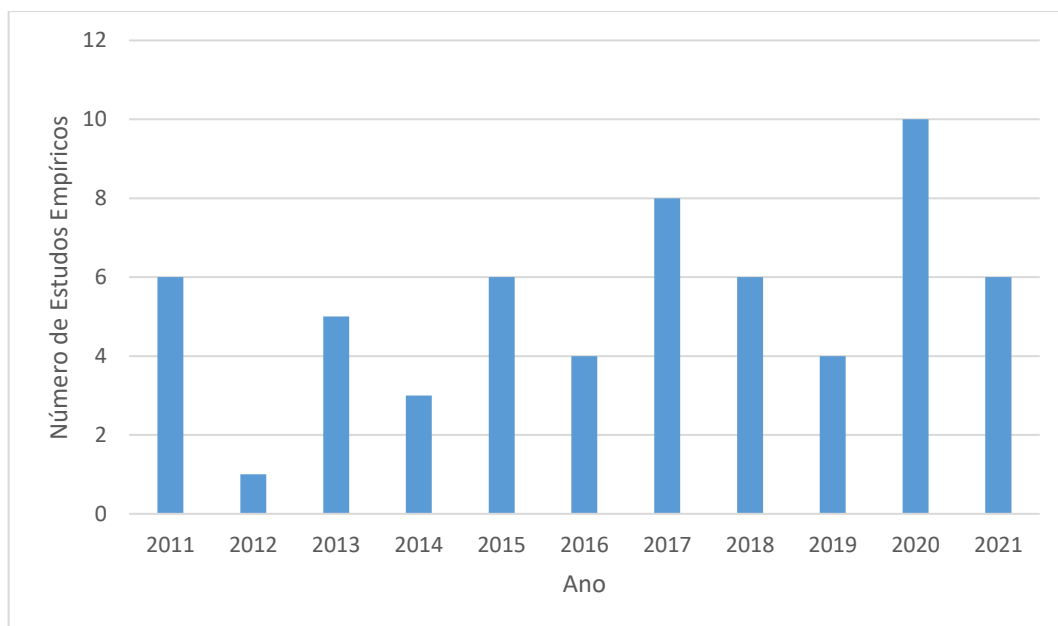
Código do Estudo	Título	Autor (es) do Estudo	Ano	País	Local do Estudo	Setor Econômico
E.57	Estratégias individuais e coletivas de gestão dos serviços de higienização e limpeza no setor de hemodiálise de um hospital de referência macrorregional	FONSECA, et al.	2021	Brasil	Setor de Hemodiálise de um hospital geral	Serviços
E.58	O adoecimento do professor da educação básica: uma análise à luz das ciências do trabalho	PAIVA, R. S.	2021	Brasil	Escola Estadual – Ensino Básico	Serviços
E.59	Uma análise das normas antecedentes e reservas de alternativas mobilizadas na atividade de motoristas e entregadores por aplicativos	ALVAREZ, et al.	2021	Brasil	Setor do Trabalho com aplicativos	Serviços

Fonte: elaborado pela autora, de acordo com os dados obtidos dos estudos selecionados.

A maioria dos estudos selecionados, que empregam a ergologia para a análise dos contextos laborais é proveniente do Brasil com 55 (93,24%) artigos empíricos, sendo encontradas também pesquisas em outros países como Colômbia com um estudo (1,69%), México com um artigo (1,69%) e França com um estudo (1,69%), e uma pesquisa multicêntrica que envolve os países Brasil, França e Argélia (1,69%).

Todas as pesquisas foram publicadas entre os anos de 2011 a 2021, com uma maior incidência nos anos de 2017 com oito publicações (13,55%), e 2020 com 10 publicações (16,94%), e uma menor ocorrência no ano de 2012 com apenas um estudo (1,69%). Nos demais períodos há uma oscilação no número de publicações, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 – Relação do número de estudos empíricos publicados entre os anos de 2011 a 2021



Fonte: própria autora

Os estudos selecionados em sua grande parte são de método qualitativo, e apenas dois estudos são classificados como pesquisa híbrida (E.29, E.44). Quanto às estratégias de coleta de dados, estas são bem variáveis, porém há uma prevalência da associação entrevistas e observações, representando 30,50 % dos estudos (N=18), e também dos grupos de encontros sobre o trabalho, refletindo em 20,33 % dos estudos selecionados (N=12).

No que tange às amostras populacionais dos estudos, estas também são variadas e relacionam-se ao contexto laboral específico analisado, de modo geral, o tamanho da amostra variou entre 1 (E.4, E.13, E.19, E.58) e 184 participantes (E.34).

Em relação ao referencial teórico utilizado para a realização da análise laboral nos variados contextos, observou-se que há pesquisas que empregam somente a perspectiva ergológica, que corresponde à maioria dos estudos identificados (56%), e também existem pesquisas que promovem uma associação entre a ergologia e outros referenciais teóricos para realizar a análise das situações de trabalho, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos estudos em relação aos referenciais teóricos empregados (N=59)

Referencial Teórico Empregado	Estudos	Número	%
Ergologia	E.2, E.3, E.5, E.6, E.8, E.10, E.11, E.14, E.16, E.17, E.19, E.21, E.22, E.23, E.26, E.27, E.29, E.32, E.34, E.38, E.39, E.40, E.43, E.44, E.45, E.49, E.51, E.52, E.53, E.54, E.55, E.56, E.59.	33	56%
Ergologia e Ergonomia	E.28, E.31, E.36, E.37, E.41, E.48, E.57.	7	11,86%
Ergologia e Psicodinâmica do Trabalho	E.7, E.25, E.35, E.46,	4	6,77%
Ergologia e Materialismo Histórico Dialético	E.1, E.42, E.47	3	5,08%
Ergologia e Análise do Discurso	E.18, E.20, E.50	3	5,08%
Ergologia e Psicossociologia do Trabalho	E.13, E.15	2	3,38%

Ergologia, Ergonomia, Psicodinâmica do Trabalho e Concepção sobre Saúde de Georges Canguilhem.	E.9	1	1,69%
Ergologia e Concepção sobre saúde de Georges Canguilhem	E.4	1	1,69%
Ergologia, Ergonomia e Psicologia do Trabalho	E.58	1	1,69%
Ergologia, Clínica da Atividade e Filosofia das Diferenças	E.12	1	1,69%
Ergologia, Ergonomia e Psicossociologia do Trabalho	E.30	1	1,69%
Ergologia, Ergonomia e Concepção sobre saúde de Georges Canguilhem	E.33	1	1,69%
Ergologia, Clínica da Atividade e Experiência Histórica Foucaultiana	E.24	1	1,69%

Fonte: elaborado pela autora, com base nos estudos selecionados.

Deve-se destacar que a análise ergológica das situações de trabalho na maior parte das pesquisas (81,36%), se dá por meio dos conceitos ergológicos usos de si (por si e pelos outros), dramáticas dos usos de si, renormalizações, debate de normas e valores, normas antecedentes, e uma minoria de estudos, que além de usar essas ferramentas, exploram outros conceitos como: agir em competência e entidades coletivas relativamente pertinentes, representando 18,64% dos estudos (E.14, E.17, E.21, E.24, E.30, E.35, E.36, E.37, E.39, E.41, E.47).

Outro aspecto a se evidenciar é sobre a temática trabalho e saúde, uma vez que a maioria dos estudos identificados apresentam como eixo central esta temática (64,40%) e utilizam a ergologia para auxiliar na compreensão desta relação. Já outros optam por utilizar a ergologia

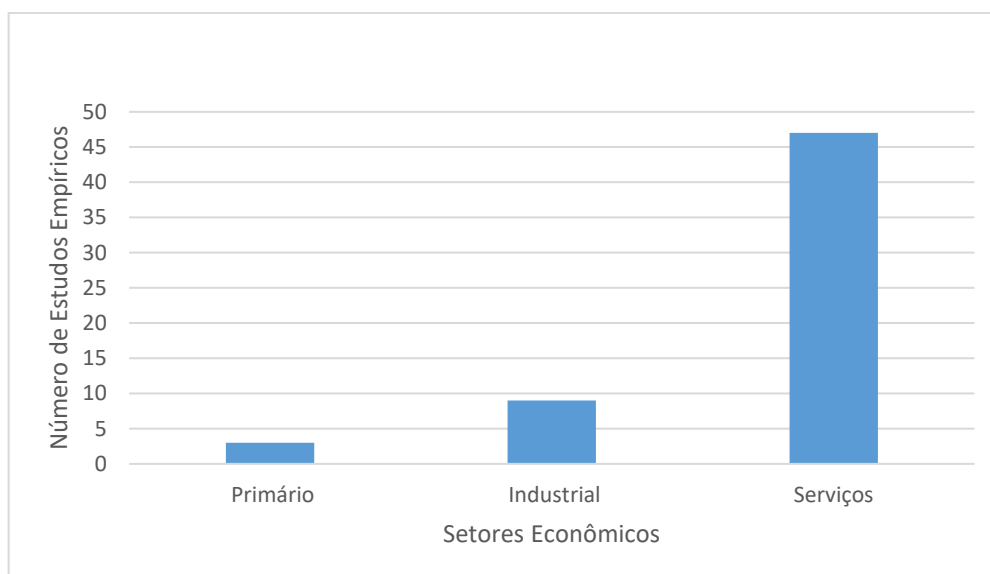
apenas para se conhecer a atividade humana no trabalho, podendo citar sobre os problemas relacionados ao trabalho, suas dramáticas, inclusive aqueles associados ao tema trabalho e saúde, porém não sendo o cerne da pesquisa, pois não se aprofunda na reflexão sobre estes assuntos, representando 35,60% dos artigos identificados. Tal situação pode ser melhor visualizada na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos estudos em relação ao eixo temático central (relação trabalho e saúde e conhecimento sobre a atividade humana no trabalho)

Temática	Estudos	Número	%
Relação trabalho e saúde	E.1, E.2, E.3, E.4, E.5, E.6, E.7, E.8, E.9, E.10, E.13, E.15, E.17, E.20, E.22, E.23, E.26, E.28, E.29, E.30, E.31, E.32, E.33, E.34, E.35, E.36, E.37, E.41, E.43, E.44, E.46, E.48, E.49, E.51, E.53, E.54, E.57, E.58.	38	64,40%
Conhecimento sobre a atividade humana no trabalho	E.11, E.12, E.14, E.16, E.18, E.19, E.21, E.24, E.25, E.27, E.38, E.39, E.40, E.42, E.45, E.47, E.50, E.52, E.55, E.56, E.59.	21	35,60%

Fonte: elaborado pela autora, com base nos estudos selecionados.

No que se refere ao cenário dos estudos selecionados, verifica-se que há uma prevalência de pesquisas empíricas que envolvem as atividades do setor de serviços com 47 estudos (79,66%), seguidas da área industrial com nove artigos (15,25%), e por último o setor primário com três artigos (5,09%). Tal situação pode ser mais bem visualizada na Figura 3.

Figura 3 – Relação do número de artigos empíricos identificados por setor econômico

Fonte: própria autora

De modo mais preciso, os estudos relacionados ao setor primário, que englobam as atividades de agricultura, pecuária e extrativismo, apresentaram como cenário somente atividades agrícolas relacionadas ao cultivo de tabaco (E.22), cana de açúcar (E.13), e o trabalho rural em um assentamento do Movimento Sem Terra (E.8). Não foram encontrados estudos que abordam sobre atividades de trabalho no campo da pecuária e do extrativismo (unicamente).

As pesquisas que envolvem o setor industrial, apresentaram cenários industriais diversificados, contemplando a indústria de fabricação de pneumáticos (E.40), estaleiro naval (E.26); termoelétricas (E.9); siderúrgica; (E.54); empresa do setor de rochas ornamentais (E.26); empresa de petróleo e gás brasileira (E.44); indústria vidreira (E.45), destacando o contexto da indústria metal mecânica com dois estudos (E.27, E.28).

Por sua vez, os estudos que circundam o setor de serviços também comportaram uma variedade de cenários, com destaque para a área da saúde com 26 estudos (44%), os quais englobaram vários campos de atuação como atenção básica e hospitalar, sendo que este comportou a maior quantidade de estudos (22,01%), e também os serviços comunitários de saúde mental, de atendimento pré-hospitalar e serviço de saúde referente a outro país, conforme pode ser visualizado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos estudos entre os serviços de saúde

Serviços – Saúde			
Cenário	Estudos	Número	%
Atenção básica	E.1, E.10, E.11, E.16, E.29	5	8,46%
Atenção hospitalar	E.2, E.13, E.34, E.36, E.41, E.42, E.46, E.47, E.48, E.49, E.55, E.56, E.57	13	22,01%
Serviços de atendimento pré-hospitalar	E.17	1	1,69%
Serviços comunitários de saúde mental	E.3, E.7, E.30, E.31, E.35, E.37	6	10,15%
Serviços de saúde de outro país	E.43	1	1,69%

Fonte: elaborado pela autora, com base nos estudos selecionados

Evidencia-se que grande parte dos estudos do campo saúde referem-se à área de atuação da enfermagem (N=11), havendo também pesquisas que englobam a análise do trabalho de outras categorias profissionais como: agentes comunitários de saúde, dentistas, bem como toda a equipe de profissionais do contexto analisado.

Outro grupo de serviços que merece destaque refere-se ao campo da educação com seis estudos (10,29%), que contemplaram os cenários da atividade docente referente aos ensinos superior e básico, sendo que este último apresentou o maior número de artigos, conforme pode ser visualizado na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição de estudos entre os serviços de educação

Serviços – Educação			
Cenário	Estudos	Número	%
Educação básica	E.4, E.5, E.18, E.50, E.57	5	8,60%
Educação superior	E.38	1	1,69%

Fonte: elaborado pela autora, com base nos estudos selecionados.

Foram encontrados também dois estudos na área de telemarketing (E.6, E.20) e estudos únicos em distintos contextos laborais. Salienta-se que o total destes estudos, denominados nesta pesquisa como outros serviços, corresponderam a um total de 15 pesquisas, isso representa 25,37% dos artigos pertencentes ao grupo setor de serviços. Tal situação é melhor vista na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos estudos entre os demais serviços

Serviços – Outros			
Cenário	Estudos	Número	%
Empresa de Telemarketing	E.6, E.20	2	3,38%
Setor Ferroviário	E.14	1	1,69%
Setor Hoteleiro	E.21	1	1,69%
Unidade Aérea de Segurança Pública	E.32	1	1,69%
Empresa de Investimentos	E.19	1	1,69%
Agência de Previdência Social	E.33	1	1,69%
Tribunal Regional do Trabalho	E.39	1	1,69%
Defesa Civil	E.51	1	1,69%

Abrigo Institucional para crianças e adolescentes	E.24	1	1,69%
Sindicato	E.53	1	1,69%
Instituição de Polícia Militar	E.52	1	1,69%
Trabalho por aplicativos de entregas	E.59	1	1,69%
Unidade de Conservação Animal	E.25	1	1,69%
Trabalho com prostituição	E.15	1	1,69%

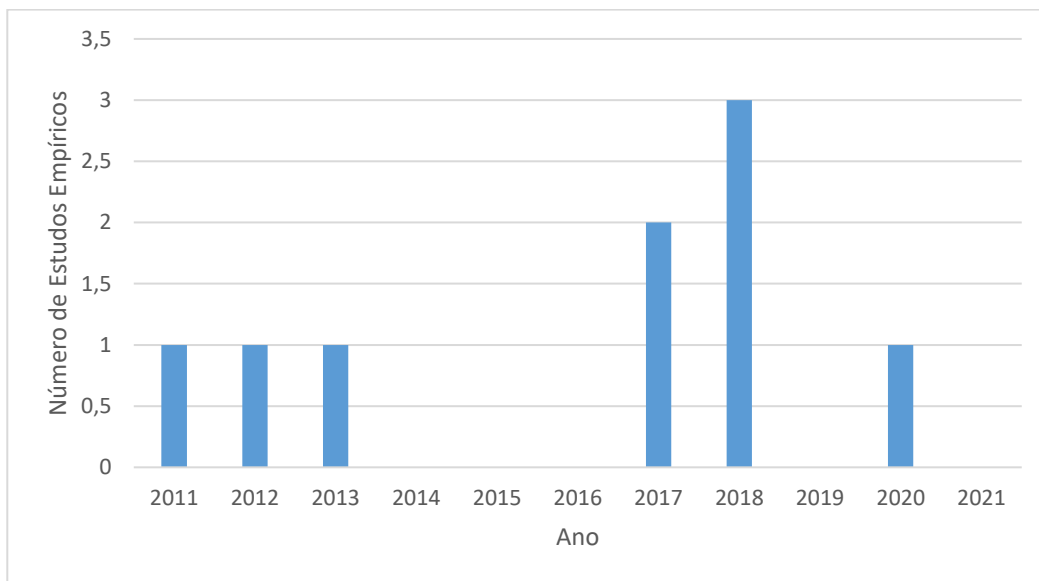
Fonte: elaborada pela autora, com base nos estudos selecionados.

Direcionando o olhar especificamente para a área de saúde mental e seus serviços, foram identificados apenas nove estudos relacionados a este campo de atuação, representando 15,24% dos serviços de saúde (três hospitais psiquiátricos e seis serviços comunitários de saúde mental). Todos esses estudos são referentes ao campo de atuação da saúde mental brasileira, não sendo encontrados estudos sobre a temática ergologia/trabalho em saúde mental em outros países.

Nesse sentido, o cenário de tais estudos, em sua maioria, corresponde aos Centros de Atenção Psicossocial com cinco pesquisas (E.3, E.7, E.30, E.31, E.35), seguido dos hospitais psiquiátricos com três artigos (E.12, E.36, E.49), e um estudo contempla uma comunidade terapêutica (E.37), representando respectivamente 8,47%, 5,08% e 1,69% dos estudos identificados de um universo de 59 pesquisas selecionadas. Não foram encontradas pesquisas em outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Em relação ao ano de publicação de tais estudos, observou que a maioria dos artigos foi publicada nos anos de 2017 com dois estudos (3,38%) e 2018 com três estudos (5,08%), nos demais períodos há a publicação apenas de um estudo (1,69%) para cada ano, com exceção dos anos de 2014 a 2016, 2019, 2021 (até o mês de setembro) que não foram encontrados artigos publicados. Tal situação pode ser melhor visualizada na Figura 4.

Figura 4 – Relação do número de estudos empíricos referentes aos serviços de saúde mental, publicados entre os anos de 2011 a 2021.



Fonte: própria autora

Quanto às estratégias de coleta de dados empregadas, os estudos na área de saúde mental seguem o padrão da maioria dos estudos selecionados, isto é, a associação observações e entrevistas (N=5). Em relação à quantidade de participantes, o número variou de cinco (E.37) a 40 participantes (E.49).

Evidencia-se que a maioria dos estudos englobou como participantes das pesquisas membros da equipe multiprofissional da instituição analisada. Apenas um estudo apresenta como participantes uma única categoria profissional, que no caso é uma equipe de enfermagem (E.49), e uma outra pesquisa além de englobar os trabalhadores, envolveu também usuários dos serviços analisados (E.30).

Por fim, quanto à temática relação trabalho e saúde a maioria dos artigos comportam essa temática; apenas um estudo se interessa apenas pelo conhecimento da atividade de trabalho (E.12).

9. DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão integrativa demonstram que a análise laboral ergológica está presente em variados contextos de trabalho referentes aos três setores econômicos (primário, industrial e de serviços), com destaque para o setor de serviços com o maior número de pesquisas de campo identificadas, e uma menor incidência nos campos industriais e principalmente primário.

Apesar da presença ergológica nas mais diversificadas atividades econômicas, os achados desta pesquisa evidenciam que num período de dez anos, o uso desta abordagem em pesquisas empíricas, cujo objeto é a relação capital-trabalho, ainda é limitado.

Tal situação se estende ao campo de saúde mental, e por consequência aos Centros de Atenção Psicossocial, visto que considerando o período citado, os estudos identificados associados aos serviços de saúde mental (hospitais psiquiátricos, centros de atenção mental e comunidade terapêutica) comportaram uma quantidade limitada com somente nove artigos com o aporte da Ergologia, e de modo particular os CAPS com apenas cinco estudos.

No que tange ao objetivo geral desta dissertação, que se relaciona às contribuições da Ergologia para a relação trabalho e saúde, deve-se atentar que a abordagem ergológica é caracterizada como um projeto para melhor conhecer e intervir sobre as situações de trabalho, visando transformá-las, em todos os seus aspectos sociais, humanos e econômicos, considerando sempre o ponto de vista do trabalhador, isto é, da atividade humana no trabalho (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, TRINQUET, 2010).

A Ergologia ao analisar a atividade humana no trabalho visa abrir ao máximo o ângulo de visibilidade sobre esta atividade, possibilitando por consequência, a visualização e compreensão de um ser humano no trabalho que está em constante diálogo com ele mesmo, o meio em que está engajado, e com os outros (os usos de si pelos outros) para dar conta da tarefa. Tal situação resulta em usos de si, debates de normas e valores, transgressões e renormalizações, visto que o trabalho não é algo puramente mecânico e o prescrito sempre estará apartado do real da atividade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, TRINQUET, 2010).

Nesse sentido, mediante os achados desta revisão integrativa, pode-se constatar que os estudos utilizam a Ergologia justamente para conhecer melhor ou até mesmo fazer aflorar a atividade humana no trabalho, em sua porção mais profunda, em um universo de constantes

debates de normas e valores, entre as normas antecedentes e as normas endógenas do ser humano trabalhador, de usos de si, dramáticas, renormalizações, de saberes constituídos e instituídos, do agir em competência, das entidades coletivas relativamente pertinentes que surgem nos devidos momentos para a concretização das tarefas, frente às inúmeras infidelidades do meio. Considerando sempre a conexão entre o micro, o específico da atividade e o macro, o geral, o contexto que circunda a atividade de trabalho.

E é justamente nesse conhecer melhor as situações de trabalho, ou fazer aflorar a atividade humana no trabalho que as contribuições da perspectiva ergológica para a relação trabalho e saúde se consolidam.

Segundo Lima e Bianco (2009), a Ergologia tem como pretensão a elaboração da vivência das atividades humanas, desvendando a vivência dos indivíduos em relação à organização do trabalho e identificando o que pode vir a ser fonte de dificuldades, pressões, desafios, enfim, situações suscetíveis de produzir prazer e inquietações.

A ergologia visualiza o homem como um sujeito que pensa sua relação com o trabalho, gera interpretações da situação vivenciada e de suas condições, se reorganiza mental, afetiva e fisicamente, e a partir disso age sobre o próprio processo de trabalho, e conseqüentemente, contribui para a construção e à evolução das relações sociais do trabalho (LIMA; BIANCO, 2009).

Isso ocorre, pois, estando a perspectiva ergológica de acordo com as ideias do filósofo Canguilhem, é invivível e extremamente patológico para o ser humano se submeter inteiramente às normas do meio exterior, inclusive do meio laboral. A saúde é vista em sua concepção normativa, isto é, a capacidade do indivíduo de criar e recriar novas normas de vida, frente às constantes infidelidades do meio, para melhor viver. Assim, se faz escolhas, usos de si, debate as normas, os valores e renormaliza, para viver e principalmente com saúde no ambiente laboral, visto que o trabalho é uma continuidade da vida do sujeito (CANGUILHEM, 2010; SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; HOLZ; BIANCO, 2014).

Os resultados desta revisão demonstraram também que a maioria dos estudos identificados utilizam somente a ergologia para se conhecer a atividade humana no trabalho, já outros optam por associar a ergologia a outros referenciais teóricos. O uso de outros referenciais teóricos confere nuances específicos e complementares à atividade de trabalho analisada bem como podem conferir uma compreensão mais detalhada sobre esta, de acordo com o escopo da pesquisa em questão.

Outro aspecto interessante verificado com os resultados desta revisão integrativa é sobre a existência de pesquisas (maioria dos estudos) que apresentam como eixo central a relação trabalho e saúde, e utilizam a perspectiva ergológica para compreender melhor sobre tal relação. Enquanto outros estudos possuem como foco central o conhecimento ou colocar em evidência a atividade humana no trabalho analisado. Salienta-se que por mais que o escopo da pesquisa não seja a temática trabalho e saúde, tais artigos podem abordar mesmo que de forma limitada tal temática, e trazem contribuições para a compreensão da relação trabalho e saúde do contexto analisado, pois evidenciam a sua atividade humana, com suas vivências, problemas, conflitos enfim, suas dramáticas.

Tal situação sinaliza para a grande e significativa capacidade e efetividade da abordagem ergológica de possibilitar um olhar à lupa sobre a atividade humana de trabalho, e por consequência produzir conhecimento sobre ela.

Os resultados desta revisão indicam que apesar de um limitado número de pesquisas empíricas que utilizam a perspectiva ergológica, como suporte para a análise laboral empreendida, a análise realizada com o auxílio de tal abordagem, traz significativos conhecimentos sobre o respectivo trabalho, inclusive sobre a relação trabalho e saúde, devido justamente a capacidade da ergologia em fornecer um olhar à lupa para a atividade humana analisada.

No que se refere aos objetivos específicos desta dissertação, parte destes já foram explicitados nos parágrafos iniciais desta discussão, e as contribuições ergológicas para a relação trabalho e saúde nos variados contextos laborais, e especificamente para o campo da saúde mental e os CAPS, estes surgem por meio do conhecimento da atividade humana no trabalho, com os seus problemas, conflitos, forças de exploração e riscos laborais, dentre outras situações que os profissionais estão expostos, e serão melhor apresentados e discutidos nos tópicos a seguir desta discussão.

Por consequência, para uma melhor apresentação dos dados colhidos e uma melhor discussão sobre os mesmos, visando responder à pergunta e aos objetivos desta dissertação, optou-se por realizar a discussão a partir de tópicos relacionados à presença da análise ergológica nos variados contextos de trabalho, considerando os três setores da economia, isto é, o setor primário (agricultura, pecuária e extrativismo), secundário (indústrias) e terciário (serviços), conforme demonstrado a seguir.

9.1 Ergologia e o setor primário da economia

Os estudos selecionados nesta revisão integrativa que compreendem o setor primário da economia (agricultura, pecuária e extrativismo), e que apresentam a ergologia como instrumento de análise laboral, dizem respeito somente a atividades agrícolas, especificamente ao trabalho agrícola do cultivo de tabaco (E.22), cana de açúcar (E.13), e o trabalho rural em um assentamento do Movimento Sem Terra (E.8).

Este setor econômico englobou apenas três artigos, e representou 5,09% dos estudos selecionados. Todos os artigos empíricos associados a este setor econômico possuem como eixo central a relação trabalho e saúde no contexto analisado, destacando-se principalmente o uso de agrotóxicos e seus impactos na saúde humana, bem como a forte influência das normas antecedentes econômicas nos trabalhos analisados e nas escolhas dos trabalhadores, o que também impacta na saúde destes.

Inicia-se a discussão pela pesquisa de Riquinho e Hennington (2016) com agricultores de tabaco do Rio Grande do Sul, submetidos ao Sistema Integrado de Produção de Tabaco (SIPT), isto é, um contrato entre produtor rural e a indústria do tabaco, no qual esta, presta assistência técnica para todo o processo de produção de tabaco, bem como realiza a compra de toda a safra do produtor rural.

Perante tal situação, a indústria do tabaco estabelece uma série de orientações e procedimentos para a plantação de fumo, os quais devem ser seguidas pelos produtores rurais, como por exemplo: a exigência de aquisição de determinados produtos por meio da própria indústria do tabaco, formas preconizadas para realizar o plantio, dentre outras. Porém, no desenrolar do trabalho real, ou da atividade, variabilidades surgem e permitem aos trabalhadores realizarem escolhas e estabelecerem novas formas de trabalhar, ou renormalizar.

A ergologia considera a distinção e a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, conceitos provenientes da ergonomia. Assim, para a abordagem ergológica o trabalho enquanto atividade humana, não se traduz a mera execução de normas, prescrições, pois o meio é sempre infiel, ele jamais se repete exatamente de um dia para o outro ou de uma situação para outra, possui inúmeras variabilidades (BORGES, 2004; SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

O trabalho comporta um “vazio de normas”, pois as normas antecedentes não conseguem antecipar todas as situações, são insuficientes. O trabalho é então, um uso de si, ou

seja, um uso das capacidades, recursos e escolhas do trabalhador no aqui e agora da atividade para realizar algo. Este uso de si, envolve debates de normas, valores e também renormalizações, caracterizadas como uma produção de normas na própria atividade, isto é a criação de novas maneiras de trabalhar, que são decorrentes de um desencontro entre os valores que permeiam as normas antecedentes e os valores dos trabalhadores, aproximando-se dos anseios e necessidades do trabalhador e das condições reais do trabalho (BORGES, 2004; SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Desse modo, as renormalizações realizadas pelos agricultores no cultivo de fumo aparecem na forma de compras extras ao pedido da empresa, e também em outros locais, nos quais os preços são mais acessíveis, comparados aos preços dos produtos vendidos pela própria indústria; aprendizado coletivo com outros agricultores sobre as técnicas de plantio do fumo, que possibilitou novas maneiras de cultivar que não foram orientadas pelo instrutor da empresa, e por fim, experimentação de produtos além do previsto e orientado pelos técnicos, auxiliando também no conhecimento sobre a plantação de fumo (RIQUINHO; HENNINGTON, 2016).

Além da distância entre o trabalho prescrito e o real existente na atividade analisada, os autores supracitados identificaram um trabalho altamente exaustivo e estressante, sendo que muitas das vezes se faz necessário trabalhar cerca de 15 horas por dia.

Nesse sentido, os trabalhadores reconhecem que este trabalho possui inúmeros riscos à saúde, como a ocorrência de DFVT (doença da folha verde do tabaco) patologia associada a colheita do fumo molhado; doenças respiratórias agravadas pela poeira das folhas, acidentes por queda da estufa ou da carreta com carga de fumo; lesões dermatológicas causadas por contato com agrotóxicos, e a intoxicação por agrotóxicos associada a quadros depressivos.

Um achado de grande relevância pela pesquisa é o constante endividamento de grande parte dos trabalhadores do cultivo de fumo, para com a indústria do tabaco, devido a uma inexperiência do profissional que não conhece sobre o cultivo de fumo, a necessidade da aquisição de aparatos tecnológicos (estufas, tecedeiras elétricas, tratores, dentre outros), e também aos parcelamentos oferecidos pela indústria para solucionar a situação, que na realidade auxiliam no aumento da dívida, em virtude dos altos juros.

Tal situação segundo os autores sinaliza para uma grande exploração da indústria do tabaco sobre o produtor rural, por meio do Sistema Integrado de Produção de Tabaco, o qual gera gigantescos lucros para a indústria, e uma porção minúscula é direcionada aos produtores

rurais, que em muitas das vezes não conseguem arcar com os custos da produção e dos endividamentos.

Por sua vez, em uma outra pesquisa realizada com um trabalhador do cultivo de cana de açúcar, Silva e Barros (2014) à luz da ergologia e da psicossociologia do trabalho encontraram um ambiente laboral que em virtude do uso intensivo de agrotóxicos, gerou grandes problemas de saúde para o indivíduo, desde baixa imunidade, queda de plaquetas no sangue, dores de cabeça e musculares, dermatose, sucessivas internações em hospitais culminando, com a precoce aposentadoria do participante.

Além de tal fato, os autores identificaram uma atividade com normas rígidas que determinam um ritmo intenso de trabalho, fazendo com que o trabalhador para realizar o seu trabalho e cumprir as metas de produção, no caso do participante da pesquisa, preparar e jogar veneno (agrotóxico) em grandes extensões de plantação de cana de açúcar, se submeta a tal imposição.

No entanto, esta submissão do profissional não ocorre de maneira total, pois o trabalhador em sua atividade faz escolhas, debate as normas e valores e por consequência, renormaliza. No caso estudado, o profissional promove renormalizações, quando a partir do momento que tem a noção de que seu trabalho com agrotóxicos é algo perigoso, elabora algumas maneiras para evitar o contato direto com a substância, através da compra por conta própria de máscaras e luvas, visto que inicialmente o patrão não ofertava estes equipamentos de proteção individual (EPI's); e do afastamento do rosto, o esticar do braço pelo trabalhador, durante o manuseio dos produtos.

Canguilhem (2010) relata que o sistema capitalista acredita que suas normas são universais e definitivas, e tenta a todo custo definir as condições e a organização do trabalho, sem ponderar sobre a incapacidade de se prever inteiramente o trabalho humano, desconsiderando, ainda, a possibilidade de renormatizações protagonizadas pelos trabalhadores

As renormalizações efetuadas pelo trabalhador, conforme demonstrado não foram suficientes para evitar os problemas de saúde, porém, evidenciam que o trabalhador age nos limites de sua possibilidade e a partir disso faz escolhas, no caso proteger-se com os equipamentos e maneiras necessárias, a fim de evitar sua exposição aos agrotóxicos (SILVA; BARROS, 2014).

Em um outro estudo em um assentamento do Movimento Sem Terra localizado no estado do Rio de Janeiro, Santos e Hennington (2013) apontaram a existência de assentados que realizam atividades de natureza agrícola somente no assentamento e outros indivíduos que realizam esta atividade de forma assalariada nas fazendas ao redor do assentamento.

Dessa forma, os assentados identificam dois tipos de trabalho, o “trabalhar para si”, e o “trabalhar para o outro”. O “trabalhar para si” remete a uma oposição ao trabalho assalariado que é efetuado por alguns assentados nas fazendas ao entorno do assentamento. Este tipo de trabalho está relacionado às satisfações das necessidades, anseios e desejos do trabalhador, que permite uma maior autonomia deste para escolher o que deve e como deve ser feito, influenciando até mesmo na aquisição de mais saúde pelo sujeito. Por consequência, os valores do bem comum, enfatizados pelo Movimento Sem Terra se fazem presentes nesta concepção de trabalho.

Já o “trabalhar para o outro” relaciona-se a ideia do indivíduo que se submete às regras rígidas de hierarquia, controle e de obediência, da mais valia do trabalho e do lucro em detrimento de sua saúde, características presentes na concepção de um trabalho assalariado.

Observa-se que os termos “trabalhar para si”, e “trabalhar para o outro”, remetem ao conceito ergológico de uso de si, que se desdobra em uso de si por si, e uso de si pelos outros. O trabalho enquanto um uso de si, associa-se a um universo de escolhas, capacidades e recursos que o trabalhador possui e que são infinitamente mais amplos que aquelas solicitadas pela tarefa cotidiana (SCHWARTZ, 2001).

Os usos de si conforme denunciado acima se desdobram em dois tipos: os usos de si por si, associados as experiências, história de vida, inteligência, sensibilidades, os anseios e gostos do trabalhador, traduzidos em suas escolhas. Já os usos de si pelos outros relacionam-se a um conjunto de estatutos diversos, visto que jamais se trabalha totalmente sozinho. Os outros podem ser os colegas de trabalho, aqueles que avaliam o trabalho, aqueles que pagam pelo trabalho, ou ainda os que elaboram as prescrições e as normas técnicas, científicas, organizacionais ou hierárquicas (SCHWARTZ. DURRIVE, 2010).

Santos e Hennington (2013) relatam ainda que a realização de um trabalho assalariado por alguns indivíduos do assentamento refere-se a uma solução encontrada para suprir as necessidades de sobrevivência e consumo destes sujeitos, em virtude principalmente de uma ausência de incentivos políticos e econômicos para sua produção. Este fato sinaliza para a existência de um conflito quanto às práticas de trabalho e também para um debate de normas e

valores, no qual se procura equacionar o possível e o desejável, prevalecendo um uso de si pelos outros e as imposições macroeconômicas e sociais.

A pesquisa sinalizou também sobre os riscos à saúde nos quais os trabalhadores estão expostos, relacionados principalmente à exposição solar e ao uso de agrotóxicos. O uso destas substâncias tóxicas no assentamento se dá em virtude de há uma necessidade comercial, com uma melhor remuneração para o produto vendido. Tal situação enfatiza novamente a imposição das normas antecedentes referentes ao capital no movimento.

Como no assentamento, no entanto, há a possibilidade de um “trabalhar para si”, os trabalhadores criam maneiras para diminuir os efeitos nocivos dos agrotóxicos às suas saúdes, transgredindo as normas antecedentes econômicas, através de atitudes como: controle do tempo de trabalho, fracionam as aplicações dos produtos, evitam a aplicação dos produtos em dias de calor intenso ou de muita ventania.

Para finalizar, observa-se que apesar da existência de poucas pesquisas empíricas relacionadas ao setor primário da economia, tais estudos trazem significativas contribuições para o conhecimento sobre a atividade humana de trabalho desenvolvida no contexto analisado. Um trabalho com inúmeros riscos à saúde de seus trabalhadores, e que frente a esses, os profissionais fazem escolhas, renormalizam suas tarefas, transgridem as normas, às vezes com sucesso e outras vezes não, porém sempre há escolhas envolvidas, bem como a forte influência de normas antecedentes, principalmente de cunho econômica, nesses trabalhos e em tais escolhas.

9.2 Ergologia o setor industrial

Os resultados da pesquisa em questão evidenciaram uma quantidade limitada de pesquisas de campo envolvendo a perspectiva ergológica nas atividades industriais, delimitadas às indústrias de fabricação de pneumáticos (E.40), estaleiro naval (E.26); termoelétricas (E.9); siderúrgica (E.54); do setor de rochas ornamentais (E.23); empresa de petróleo e gás (E.44); indústria vidreira (E.45), e indústria metal mecânica com dois estudos (E.27, E.28). Este setor representou nove artigos, que se traduz em 15,25%, dos artigos empíricos identificados.

Grande parte dos estudos referentes a este campo apresentaram como eixo central a relação trabalho e saúde no ambiente laboral analisado (E.9, E.23, E.26, E.54, E.28, E.44),

outros interessaram por descobrir ou conhecer a atividade humana no trabalho do ambiente analisado, com os seus usos de si, debates de normas e valores, renormalizações (E.27, E.40, E.45), podendo trazer algumas contribuições para a temática trabalho e saúde, ao visualizar a vivência de tais trabalhadores, conforme será demonstrado na discussão aqui empreendida.

Em um estudo sobre a atividade de maçariqueiros de um estaleiro naval, localizado na cidade de Niterói - Rio de Janeiro, Vinagre e Castro (2017), constataram a existência de um trabalho prescrito apartado do real da atividade. Em virtude disso, os profissionais fazem usos de si, para atingir os objetivos do trabalho, e ao mesmo tempo obter satisfação pessoal no trabalho e por consequência lidar com relação trabalho e saúde.

Segundo os autores, os usos de si, estão relacionados a escolhas que os profissionais efetuam no desenrolar de sua atividade, e uma destas, é associada a realização de horas extras, visto que alguns trabalhadores visando aumentar o seu rendimento no final do mês optam por trabalhar algumas horas a mais, outros já decidem por trabalhar apenas as oito horas e após isso ir passar o tempo com a família e amigos.

Outro uso de si ou uma escolha efetuada pelos trabalhadores do estaleiro naval, relatado pelos pesquisadores, relaciona-se ao uso do maçarico, instrumento utilizado para o corte das chapas, visto que um dos trabalhadores entrevistados, optando-se por trabalhar a mais e fazer horas extras escolhe um maçarico mais flexível, que o possibilita ter uma maior mobilidade e realizar mais ações, outro trabalhador, por ter mais tempo no serviço e ser o mais experiente, decide pelo uso de um maçarico menos flexível, intitulado “tartaruga”, e faz somente o que lhe é solicitado durante as oito horas de serviço.

Tais escolhas efetuadas pelos trabalhadores contêm valores que estão vinculados a percepções distintas de satisfação pessoal no trabalho e que pode auxiliar ou não no processo saúde-doença no trabalho. Isto é, mediante os achados da pesquisa um dos trabalhadores que opta por fazer horas extras ao final do trabalho sente dores nas pernas, já o profissional que decide por cumprir apenas o seu horário e após, ir para a casa, apesar de ter doenças de base, ao final do turno de trabalho, diz não se sentir cansado e não ter problema algum com o trabalho efetuado.

Percebe-se que a atividade sempre comporta uma imensidão de valores, pois há o envolvimento de escolhas conscientes ou inconscientes por parte dos indivíduos, pautadas em uma razão de critérios (valores) sobre o que estima, prefere, ou também se negligencia e se rejeita. Por consequência, as escolhas realizadas pelos sujeitos remetem a si mesmos, seus

anseios, necessidades. Por outro lado, tais escolhas podem traduzir em riscos de falhar, não agradar, ou até mesmo de causar mais problemas, e ter que assumir as suas consequências (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; DURRIVE; SCHWARTZ, 2018).

Outra pesquisa realizada com operários de uma indústria metal mecânica de uma cidade do interior de Minas Gerais, também constatou a presença de um hiato entre o trabalho prescrito e o trabalho real, e entre ambos há variadas infidelidades. Mediante isso, os operários para dar conta dos objetivos da tarefa, fazem usos de si, debatem normas e valores e promovem renormalizações, visto que segundo o dizer de um dos participantes “teoria é uma coisa, prática é outra” (SILVA; SILVA; MENDES, 2017).

De acordo com os autores supracitados, estes usos de si, debates de normas e renormalizações são promovidos para que haja uma adaptação do trabalho ao profissional e não o contrário, e assim, os profissionais conseguem amenizar as dramáticas da atividade, isto é, os problemas que surgem no desenrolar do trabalho. Tal situação auxilia no estabelecimento de um ambiente de trabalho mais tranquilo, e por consequência na saúde física e mental dos trabalhadores, visto que o que leva ao adoecimento do indivíduo não é a realização do trabalho, mas sim a submissão total às regras estabelecidas pela organização.

Pereira, Mendes e Moraes (2017), também a partir do cenário de uma indústria metal-mecânica, à luz da ergonomia e da ergologia observaram uma atividade fortemente pautada em um trabalho coletivo, no qual todos os trabalhadores envolvidos na construção de uma determinada peça, fazem usos de si, isto é, uso de suas experiências e das normas prescritas, e também promovem renormalizações.

Por consequência, as decisões sobre o processo de produção das peças são pautadas levando-se em consideração as prescrições, as experiências dos trabalhadores, os valores (qualidade do produto, a produtividade, segurança, dentre outros), bem como as novas maneiras de trabalhar (renormalizações), que são compartilhados por todos os profissionais envolvidos. Em vista disso, o trabalho coletivo realizado pelos profissionais analisados possibilita a construção de saberes que surgem perante as dificuldades ou as dramáticas da atividade vivenciadas e compartilhadas por todos.

Os autores também identificaram um trabalho altamente estressante, devido aos prazos exigidos pelos clientes que leva a uma pressão no trabalho, e também ao grande número de imprevisibilidades que este trabalho comporta (estado físico da máquina, objetivos de produção que podem mudar, demanda de serviços e seus prazos, etc).

Para enfrentar tais imprevisibilidades um fator de grande importância são os saberes da experiência no trabalho. Desse modo, os profissionais mais experientes têm maior facilidade para gerir as variabilidades e atingir os objetivos do trabalho, enquanto que os trabalhadores novatos apresentam as maiores dificuldades. No entanto, o trabalho coletivo, o compartilhamento de informações e saberes entre os trabalhadores aparece como um fator importante para lidar com as infidelidades que surgem no desenrolar do serviço, e por consequência auxiliam na diminuição da carga laboral.

Trinquet (2010) relata que a atividade de trabalho comporta dois tipos de saberes, os saberes constituídos ou formais, que está escrito, formalizado nos ensinamentos, livros, nas normas técnicas, organizacionais, econômicas, etc. É um conhecimento importante, porém é elaborado anteriormente a realização da atividade, portanto é considerado pela ergologia em desaderência com a atividade do aqui e agora.

Por outro lado, há os saberes investidos relacionados às experiências construídas no aqui e agora da atividade de trabalho, situações únicas e históricas que possibilitam a elaboração de tais saberes. É considerado estar em aderência com a atividade, pois surge mediante o real do trabalho, e não está formalizado e nem escrito em qualquer lugar, se inscreve e está agregado apenas ao corpo-si do trabalhador. Este saber é considerado o verdadeiro saber e deve ser complementar ao saber constituído (TRINQUET, 2010).

Saindo do cenário da indústria metal mecânica e seguindo para o ambiente laboral de termoelétricas Guida, Brito e Alvarez (2013), ao analisarem o trabalho em duas termoelétricas que foram adquiridas por uma empresa de energia brasileira, e as repercussões das mudanças organizacionais para a saúde dos seus trabalhadores, por meio da psicodinâmica do trabalho e da ergologia identificaram uma atividade com inúmeros problemas para tais indivíduos como: instabilidade laboral, visto que não são considerados servidores públicos, plano de carreiras que não contemplam todos os profissionais, enfraquecimento do coletivo, existência de rivalidades entre os trabalhadores, dentre outros aspectos.

Tais situações levaram ao adoecimento de muitos trabalhadores englobando desde mal-estar generalizado, nervosismo, tensão, estresse, doenças osteomusculares, ansiedade, hipertensão arterial, hérnias de disco, dentre outras patologias, gerando inclusive afastamentos no trabalho.

No entanto, os autores identificaram que alguns profissionais não ficam passivos perante as adversidades do meio, e fazendo usos de si, isto é uso de suas experiências, histórias de vida,

bem como das próprias normas, enfrentam e gerem as situações problemáticas do trabalho, tornando o meio o mais vivível possível. As ações elaboradas pelos profissionais para gerir as situações conflitantes do trabalho, envolvem o questionamento de ordens consideradas controversias, dentro da ética e do respeito profissional; delimitação de limites pessoais e profissionais; conhecimento sobre os seus direitos e deveres como trabalhador, respeito a sua própria jornada de trabalho, evitando excessos.

Por sua vez, contemplando o ambiente de uma empresa de beneficiamento de granitos do Espírito Santo, Porto e Bianco (2016) apontaram para uma atividade repleta de riscos à saúde e a segurança de seus profissionais, a qual envolve variadas ações perigosas desde a movimentação de cargas pesadas com ventosas, cabos de aço, cintas, correias, correntes; uso de equipamentos que emitem ruído, e o próprio processo de umidificação do granito (processo de controle da poeira do granito, através da utilização da água), que muitas das vezes há uma reutilização da água para a umidificação de outras peças de granito, o que leva a uma maior exposição dos profissionais às substâncias presentes na água, gerando inclusive consequências ao corpo físico, como irritação ocular.

Para enfrentar os riscos e conseqüentemente realizar o trabalho, os trabalhadores fazem uso do seu corpo-si, arbitrando entre os usos de si por si e pelos outros. O corpo-si é uma entidade que incorpora o social, o psíquico, o biológico, o institucional, as normas, os valores (presentes e retrabalhados), a individualidade enquanto história de vida, e que frente as infidelidades do meio arbitra e escolhe entre trabalhar “por si” ou “pelos outros”, realizando, assim, seu trabalho (DURRIVE; SCHWARTZ, 2018)

Nesse sentido, os usos de si por si, aparecem na forma dos conhecimentos, das experiências dos trabalhadores, ao lidar com o granito e com os equipamentos, bem como no cuidado dispensado a sua dupla durante a efetuação do trabalho, auxiliando na manutenção da saúde e segurança no trabalho (PORTO; BIANCO, 2016).

Os usos de si pelos outros, aparece através do uso dos equipamentos de proteção individual (EPI), no conhecimento sobre o trabalho que provém dos colegas, visto que muitas das vezes, a empresa não oferta um treinamento para os iniciantes, fato que sinaliza para o aumento dos riscos laborais, pois este treinamento é o único aspecto protocolar que este tipo de trabalho comporta (PORTO; BIANCO, 2016)

Outro uso de si pelos outros, destacado pelos autores supracitados refere-se à comunicação entre os patrões e os funcionários, uma comunicação falha que segundo os

trabalhadores ocorre apenas quando os padrões necessitam informar algo ou receber alguma informação. Nesse caso, os donos dos meios de produção prendem-se a um diálogo restrito às normas, prescrições, e por consequência, ferem aos valores sociais estabelecidos no trabalho.

Os profissionais também renormalizam em virtude das variabilidades do ambiente, como é o caso do uso de óculos de proteção para evitar respingos de água e pedaços de pedras nos olhos, que também são utilizados proteger a visão contra o sol, e a aplicação de protetor solar, visto que parte das atividades são realizadas ao ar livre.

Passando para um outro ambiente industrial, mais precisamente em uma indústria beneficiadora de vidros Rizzi, Bianco e Souza (2020) também observaram uma atividade para além das prescrições, no qual os profissionais promovem constantes usos de si, debates de normas, valores e renormalizações.

Como exemplo, a norma da empresa determina que as peças de vidro que chegam às linhas de produção denominada *Forvet*, devem ser medidas pelos funcionários, para atestarem aos valores nas etiquetas das peças de vidros. No entanto, os profissionais optam por não realizar esta prescrição de forma integral, apenas quando observam discrepâncias entre o tamanho da peça e as medidas estabelecidas na etiqueta.

Esta ação enfatiza uma renormalização criada pelos trabalhadores, a partir de seus saberes da experiência e também os valores, principalmente relacionados à produtividade, pois tal ação é efetuada para acelerar a produção. Já os usos de si aparecem no processo de lapidação das peças de vidro, no qual os trabalhadores fazem uso de suas experiências, bem como das especificações ditadas pelos clientes (usos de si pelos outros).

Apesar da visualização e constatação desta atividade humana, não há valorização dos saberes da experiência e das opiniões de tais profissionais, reforçando a realização de uma gestão clássica taylorista-fordista, no qual há a separação entre as tarefas de prescrição e as tarefas de execução. Tal situação no ambiente analisado gera uma profunda insatisfação, sofrimento no trabalho, e também sentimentos de desamino, chateação, falta de reconhecimento por parte dos profissionais.

Outra situação encontrada pelos pesquisadores que também levam a ocorrência de tais sentimentos por parte dos trabalhadores e também simbolizam as dramáticas existentes na atividade em questão, referem-se às metas de produção e de perdas de peças desejável pela empresa. Os cálculos que determinam tais metas não consideram as variabilidades que surgem

no caminhar do serviço (problemas e limpeza com a máquina) e também situações referentes às necessidades do ser humano, como idas ao banheiro, dentre outras. Assim, alcançar as metas estipuladas pela empresa se torna praticamente impossível.

Por consequência, a atividade em questão também foi considerada pelos profissionais como desgastante, estressante, inclusive com a existência de perigos para a saúde e segurança, pois envolve a manipulação com vidros, principalmente no transporte destes, de uma seção para outra, o que fez com muitos profissionais sofressem cortes leves e mais sérios, principalmente nas áreas das mãos e punhos.

E para lidar com tais situações novamente se faz presente os usos de si, através da utilização de EPI disponibilizados pela empresa, e também uma recriação das normas de segurança em busca de prevenção contra os acidentes de trabalho, a partir de uma análise frente a situação do que pode, ou não ser feito, pelo trabalhador numa tentativa de preservar a sua saúde e segurança.

Em um outro ambiente industrial, no caso de uma empresa multinacional de fabricação de produtos pneumáticos, Christo, Rezende e Athayde (2019) ao analisarem o trabalho de supervisores de equipe, frente às alterações organizacionais que as empresas vem sofrendo em virtude da fase flexível capitalista, constataram que a atividade de trabalho de tais profissionais também se modificou com o incremento de novas funções, principalmente aquelas relacionadas à coordenação e formação das equipes de operadores.

Por consequência, além deste trabalho conter as variabilidades e imprevistos comuns à área de produção (desgastes de máquinas, variações na matéria prima, alterações de prioridades no planejamento da produção), passou a contar também com as infidelidades relacionadas aos operadores (problemas de saúde, aspectos relacionados a capacitação, orientação e formação da vontade dos operadores para as efetuarem as suas tarefas). Contribuindo ainda mais na distância entre o prescrito e o real do trabalho.

Dessa maneira, frente às inúmeras infidelidades do meio, os supervisores de equipe para realizar a sua tarefa de gerenciamento, devem mobilizar o seu corpo si e fazer micro escolhas, estas por sua vez, comportam valores não dimensionáveis como saúde, segurança, o respeito para com os operadores, e principalmente valores mercadológicos, o que faz com que nessas escolhas se traduzem em aumento da carga laboral e influenciam na qualidade de vida no trabalho (fazer horas extras, ligar para a empresa no período de folga, finais de semana, para

ver verificar se não há problemas, dentre outras), em busca de uma eficácia no trabalho por parte dos supervisores de equipe analisados.

Observa-se de acordo com Schwartz e Durrive (2015), que o trabalho é um espaço que comporta uma imensidão de valores, sendo estes, os valores dimensionados, ou seja, aqueles cujos limites são conhecidos, que se pode medir, quantificar (principalmente associados aos valores do espaço mercantil), e também os valores não dimensionáveis ou do bem comum, como a saúde, a educação, enfim um “mundo de valores”, no qual não há limitação interna clara entre eles, nem hierarquização possível.

Como há na atividade analisada dos supervisores de equipe uma ênfase para os valores mercadológicos, os autores identificaram que entre os profissionais entrevistados há uma tendência para se tornar normal e rotineira as escolhas e ajustamentos, a favor de tais valores, a fim de se garantir a efetuação das tarefas e a produção da empresa. Por consequência, essas escolhas baseadas em valores do mercado, efetuadas pelos supervisores deixam se ser vistas como o resultado de antagonismos, soluções paralelas e interesses distintos, característicos das normas perpetuadas da sociedade capitalista (CHRISTO; REZENDE; ATHAYDE, 2019).

A partir de um outro cenário, Guida, Figueiredo e Hennington (2020) visaram analisar as alterações na política de saúde e segurança de uma empresa de petróleo e gás brasileira, em virtude da ocorrência de um grave acidente em uma plataforma petrolífera na Bacia de Campos – Rio de Janeiro, no ano de 2001, que culminou com a morte de onze trabalhadores. Tal análise verificou que frente ao ocorrido, a empresa investiu intensivamente na elaboração de medidas de saúde e segurança, principalmente a partir de sistemas de certificação.

Os autores identificaram que para solucionar os problemas de saúde e segurança no ambiente laboral, a empresa não envolveu a participação dos seus trabalhadores, e as soluções encontradas vieram exclusivamente de fora, via mercado.

Nesse sentido, alguns trabalhadores relataram que as alterações da política de saúde e segurança, contribuíram para um aumento da burocracia e de um trabalho mais preso às prescrições. Por outro lado, há trabalhadores que são a favor das mudanças, pois propiciam uma melhoria das condições de trabalho, gerando mais segurança e saúde.

Este fato sinaliza segundo os autores para o debate de normas e valores efetuados pelos profissionais, perante as dramáticas de suas atividades, e a partir disso fazem as suas escolhas,

ou os seus usos de si (por si e pelos outros). Isto é, uns escolhem a si, seus recursos, suas ideias, experiências e outros optam por simplesmente seguir as prescrições.

Outro achado relevante da pesquisa é que as mudanças da política de saúde e segurança da empresa petrolífera pautada em uma série de regras e aspectos normativos, focaliza somente o indivíduo na lida com os riscos laborais e por consequência, na construção de um ambiente mais seguro e saudável, e cita como exemplo a aplicação do Sistema de Consequências, que visa responsabilizar os culpados pelos acidentes de trabalho. Isso pode imputar as falhas na gestão dos riscos somente ao trabalhador, gerando uma dificuldade de se visualizar as falhas em um contexto sistêmico e organizacional.

A pesquisa revelou ainda que apesar dos altos investimentos na área de saúde e segurança por parte da empresa, o cotidiano do trabalho ainda contém situações perigosas e a ocorrência de acidentes de trabalho, sendo que os profissionais mais acometidos são os terceirizados.

Por último, Carneiro, Bianco e Nascimento (2021), em uma pesquisa com técnicos de laboratório de uma empresa siderúrgica situada na região sudeste do Brasil, que realizam a análise das propriedades mecânicas das bobinas produzidas pela empresa, notaram um trabalho altamente prescritivo, com inúmeras normas de procedimentos técnicos e operacionais, em virtude de uma necessidade e imposição de mercado que exige maior produtividade, qualidade, confiabilidade dos resultados, mais clientes e satisfeitos e também mais segurança para os trabalhadores, visando reduzir os riscos de acidentes.

Apesar desta inúmera quantidade de prescrições, a atividade analisada comporta uma certa liberdade por parte de seus trabalhadores, pois as normas antecedentes não antecipam todas as infidelidades que surgem no desenrolar da atividade. Isto por consequência, leva os funcionários a fazerem usos de si, por si e pelos outros, debateram as normas, valores e renormalizar.

Como exemplo citado, o profissional necessitava liberar o material para outra seção, porém necessitava da equipe de manutenção para isto, esta, por sua vez não respondeu ao chamado do profissional. Perante este fato, e a necessidade de prover uma solução para o ocorrido, o profissional revolveu tomar as rédeas da situação, realizou o corte do material com um equipamento específico, conseguindo liberar o material. No dia seguinte de trabalho, o trabalhador comunicou o ocorrido ao seu superior, e optaram por revisar o padrão estabelecido pela empresa.

Os usos de si, debates de normas, valores e renormalizações também estão presentes na gestão de riscos realizadas pelos profissionais, os quais a partir dos valores de segurança que é perpetuado pela empresa e por eles próprios, confrontam constantemente as situações, negociando, inventando e reinventando maneiras de se manterem mais seguros gerenciando suas atividades e transformando a situação do trabalho.

Mediante os resultados dos estudos referentes ao campo industrial, pode-se observar que a maioria das pesquisas demonstram que os usos de si, debates de normas e valores e as renormalizações efetuadas pelos trabalhadores nos mais variados contextos laborais, significam uma tentativa do indivíduo de criar e recriar novas normas de vida, frente às infidelidades do meio, pois viver é irradiar, é organizar o meio de acordo consigo mesmo, suas necessidades, aspirações e desejos, como um centro de avaliação, de valorização, de decisão concernente ao seu próprio agir (CANGUILHEM, 2010; DURRIVE, 2010).

Submeter-se inteiramente às normas do meio é algo invivível e profundamente patológico, assim o ser humano tenta constantemente instituir um meio em torno daquilo que são suas próprias normas, valores e história, para preencher a deficiência das normas antecedentes, e por consequência tentar viver com saúde, em um ambiente em parte imposto, mas em parte modificável, em virtude das inúmeras renormalizações efetuadas pelos trabalhadores (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; HOLZ; BIANCO, 2014).

Nesse sentido, os variados cenários industriais nos quais a ergologia esteve presente demonstraram uma atividade humana que mesmo em um ambiente normativo por natureza, consegue se desprender desta porção prescritiva e fazer usos das experiências, das normas, renormalizar, retrabalhar valores, para assim construir a sua saúde e segurança e dar sequência a sua própria vida ao mesmo tempo que atende aos objetivos de produção, a partir um olhar singular e simultaneamente coletivo.

Por outro lado, apesar das constantes escolhas e renormalizações efetuadas pelos trabalhadores industriais, o que consolida a existência de um trabalho prescrito bem apartado do real da atividade, os estudos referentes a este setor evidenciam a forte prevalência e influência das normas antecedentes econômicas nos respectivos ambientes de trabalho, e nas escolhas dos trabalhadores, o que podem impactar em situações de estresse, insatisfação com o trabalho, bem como na saúde do trabalhador, gerando inclusive o próprio adoecimento do profissional, conforme demonstrado por algumas pesquisas aqui discutidas.

9.3 Ergologia e o setor de serviços

Os contextos laborais referentes ao setor de serviços englobaram o maior número de estudos empíricos que empregam a ergologia como instrumento de análise laboral, com 47 estudos, representando 79,66% dos artigos selecionados.

Entre os diversificados ambientes laborais pertencentes a este campo, destaca-se a área da saúde que reuniu a maior parte dos estudos selecionados deste setor (26 estudos - 44%). Também foram encontradas pesquisas empíricas referentes ao campo da educação (seis estudos - 10,29%), e estudos associados a trabalhos diversificados pertencentes ao setor de serviços, que nesta dissertação foram agrupados no conjunto intitulado outros serviços (15 pesquisas - 25,37%), para uma melhor apresentação dos dados colhidos.

Em virtude deste setor apresentar o maior número de estudos identificados, optou-se por dividir este tópico em vários subtítulos, a fim de proporcionar uma melhor apresentação e discussão dos resultados. Assim, inicia-se a discussão pelos serviços de saúde, seguidos dos serviços da educação e por fim os outros serviços.

9.3.1 Ergologia e os serviços da atenção hospitalar

O campo dos serviços de saúde hospitalares comportou o maior número de estudos empíricos do grupo serviços de saúde, com treze estudos, representando 22,01% dos artigos científicos selecionados.

Salienta-se aqui, no entanto, que em virtude de o foco central desta dissertação ser a área de saúde mental e especificamente os CAPS, os estudos referentes aos serviços hospitalares psiquiátricos (N=3) não serão discutidos neste tópico, mas sim, em um item a parte posteriormente.

Tal situação não modifica o fato do grupo de serviços hospitalares possuir o maior número de estudos empíricos identificados, restando dez estudos, que representam 16,94% do total dos estudos selecionados (N=59).

Estes estudos comportaram principalmente a análise da atividade de trabalho da área de enfermagem em variados cenários como: pronto socorro (E.55), unidade de clínica cirúrgica (E.42, E.48), unidade de internação de um hospital geral (E.41), banco de leite humano (E.56), unidade de terapia intensiva neonatal (E.46), setor de hemoterapia (E.47).

Dentre estes estudos, observou-se que grande parte destes (E.42, E.47, E.55, E.56), colocou em destaque a atividade humana desenvolvida, com suas escolhas, saberes constituídos e instituídos, renormalizações, debates de normas e valores, o agir em competência, podendo citar sobre as dramáticas de tal atividade e alguns aspectos associados a relação trabalho e saúde.

Outros artigos empíricos focalizaram a relação trabalho e saúde no contexto analisado (E.41, E.46, E.48). Estes, por sua vez, enfatizaram as altas cargas laborais e condições precárias de trabalho que tais trabalhadores estão submetidos, e principalmente as criações de estratégias que estes profissionais realizam para efetuar as tarefas pré-determinadas, enfrentando simultaneamente as condições precárias laborais.

Outros artigos englobaram a análise laboral de outras categorias profissionais tais como: trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição de um hospital (E.2), profissionais da saúde de hospitais universitários (E.34) e profissionais de limpeza e higienização do setor de hemodiálise de um hospital geral (E.57). Todos estes estudos enfatizaram a relação trabalho e saúde nos respectivos ambientes laborais, enfatizando ora as condições precárias, ora os riscos laborais que tais profissionais estão submetidos ao realizarem as suas atividades, conforme pode ser melhor visualizado na discussão aqui apresentada.

Inicia-se a discussão pelos artigos que abordam sobre a atividade de trabalho de enfermagem. Bonfada et al (2021) ao analisarem o trabalho de enfermeiros de pronto socorro adulto de um hospital de um município do Rio Grande do Sul, identificaram uma atividade marcada por variadas normas antecedentes, prescrições (procedimentos operacionais padrão das atividades de enfermagem e do funcionamento do setor como um todo) de fundamental importância para a garantia da qualidade do serviço ofertado e também para a segurança dos profissionais e pacientes envolvidos.

No entanto, perante as altas demandas de tal serviço e as inúmeras variabilidades existentes nas situações cotidianas de trabalho, principalmente aquelas relacionadas aos pacientes (muitas das vezes em estado crítico), os enfermeiros são convocados a fazerem

escolhas, usos de si para atender as tarefas pré-determinadas, conferindo uma singularidade às situações vivenciadas.

Estes usos de si englobam tanto as prescrições do trabalho, as normas técnicas e organizacionais (usos de si pelos outros) e também a experiência profissional (usos de si por si), que se traduzem em maneiras que os enfermeiros elaboram para organizar o seu próprio trabalho, seja pelo atendimento por prioridades em relação aos pacientes em situações mais críticas, uso de instrumentos de *checklist*, dentre outros. Estes usos de si envolvem valores relacionados ao cuidado de qualidade ofertado aos pacientes, considerando as suas reais necessidades, e também valores relacionados a produtividade e eficácia no trabalho, visando organizar o fluxo de atendimento e manter o serviço funcionando.

Em um outro estudo também realizado com enfermeiros, porém de outro setor hospitalar, no caso uma unidade clínica cirúrgica de um hospital de alta complexidade do Rio Grande do Sul, Pinno, Camponogara e Beck (2019), também identificaram um trabalho altamente prescritivo, os usos de si, as singularidades e capacidades desses profissionais, para enfrentarem às infidelidades do meio, e o vazio de normas.

Os usos de si destes profissionais relacionam-se também à forma como cada enfermeiro organiza o seu trabalho, de acordo com as prioridades laborais, e para ofertar a melhor assistência ao paciente internado e também a elaboração de um bom convívio com a equipe, principalmente com os técnicos de enfermagem.

Os autores demonstram também que por mais prescritivo que o trabalho de enfermagem possa ser, este profissional apresenta uma certa liberdade, faz usos de si, escolhas, para atuar de acordo com cada situação que se apresenta, e por consequência tem autonomia para lidar com as várias demandas, principalmente aquelas relacionadas aos pacientes.

Esta autonomia, por sua vez, ocorre mediante a fusão entre os saberes constituídos do profissional e os saberes individuais e coletivos que emanam da experiência no dia a dia do trabalho (saberes instituídos). Desse modo, conforme melhor for a fusão ou comunicação entre esses dois tipos de saberes mais autonomia, e mais escolhas, usos de si, os profissionais podem ter e fazer.

No entanto, a autonomia do enfermeiro em determinadas ocasiões pode aparecer como as dramáticas dos usos de si, tensões e dramas que surgem na atividade, pois para os

profissionais firmarem a sua autonomia, isto muitas das vezes, pode traduzir em conflitos com outros membros da equipe, principalmente médicos.

De acordo com Schwartz e Durrive (2010), como o trabalho não é uma simples execução de normas, mas sim usos de si, escolhas, estas, podem se traduzir em dramas, tensões, conflitos resultantes das escolhas dos profissionais, por isso toda atividade comporta as dramáticas dos usos de si.

Ainda a partir do contexto de uma clínica cirúrgica e do trabalho de enfermeiros, porém de um hospital de uma cidade de Minas Gerais, Calvo et al (2020), à luz da ergonomia e da ergologia identificaram que o trabalho destes profissionais, envolve aspectos assistenciais e gerenciais complexos, bem como a exposição destes, à variados riscos: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e principalmente os riscos psicossociais associados às condições e organização laboral, podendo causar sérios danos psicológicos e psíquicos aos trabalhadores, frente as situações de tensões vivenciadas.

Um dos aspectos associados aos fatores organizacionais do serviço analisado e que geram desconfortos e conflitos para os profissionais enfermeiros e que de certo modo, corrobora com os achados da pesquisa citada anteriormente é a realização de um trabalho fortemente centrado na figura do médico, no qual é o responsável por direcionar todo o processo assistencial para com o paciente.

Os autores revelam que para enfrentar os riscos laborais, e ao mesmo também garantir a saúde, segurança e os objetivos do trabalho, os profissionais gerem o seu trabalho, elaboram estratégias, fazem micro escolhas, frente as dramáticas de sua atividade, através de um trabalho coletivo de cooperação e solidariedade entre alguns membros e categorias profissionais, utilizam da ferramenta *WhatsApp* para a comunicação sobre o trabalho (cirurgias que serão realizadas e outros aspectos necessários para a realização do trabalho), dentre outras ações, visando facilitar o trabalho, e por consequência amenizar os riscos laborais.

Em relação ao uso da ferramenta *WhatsApp*, os autores sinalizam que esta ação possibilita várias reflexões. E uma delas refere-se sobre a questão de o trabalho invadir as vidas pessoais de tais profissionais, visando a obtenção de resultados e o alcance dos objetivos do trabalho, mesmo fora do seu local de trabalho.

Saindo do contexto laboral da clínica cirúrgica e direcionado o olhar ao trabalho da equipe de enfermagem de um banco de leite humano de um hospital de Minas Gerais,

Demarchi, Bianco e Santos (2021) contemplaram uma atividade envolta por uma grande quantidade de normas antecedentes (legislações do Ministério da Saúde, da Agência de Vigilância Sanitária, normas técnicas específicas deste campo de atuação elaboradas pela coordenação do serviço), que devem ser seguidas pelos seus profissionais.

Simultaneamente a saturação de normas antecedentes, há um vazio de normas, e também as infidelidades próprias deste serviço. Isso faz com que os seus profissionais sejam convocados a fazer usos de si, suas capacidades, experiências, histórias de vida, em junção com as normas, e promover renormalizações.

Estes usos de si e por consequência a produção de novas normas na atividade, são feitas pelas profissionais a partir da junção entre os saberes científicos e os saberes da experiência, como é o caso do acoplador (recipiente usado para retirar o leite), que por meio de uma renormalização feita por uma das profissionais entrevistadas no estudo, passou a ser secado em uma secadora elétrica (antes a norma era lavar o acoplador, colocar para secar em cima das bancadas, depois colocar em solução de hipoclorito para desinfetar, e após ser colocado novamente para secar nas bancadas).

Esta renormalização trouxe benefícios diversos para o trabalho neste setor, como: a diminuição do tempo de secagem do acoplador de doze para seis horas, a disponibilidade de acopladores para os profissionais do turno da noite, redução do cansaço dos profissionais que na ausência de acopladores limpos, precisavam fazer a ordenha manual, o que provocava fortes dores nos punhos de tais trabalhadores, e por fim diminuição do tempo de espera dos usuários para serem atendidos, o que gerou a satisfação destes, para com o serviço.

Outro aspecto interessante demonstrado pela referida pesquisa relaciona-se aos usos de si feitos pelas profissionais de enfermagem que envolvem as experiências de vida destas, visto que todas são mães e vivenciam ou vivenciariam aspectos positivos e negativos da maternidade. Essas experiências relacionadas a maternidade são constantemente evocadas, bem como os valores individuais e coletivos do bem comum (cuidar da saúde do indivíduo, cuidar com afeto, carinho, empatia), auxiliando de forma substancial na produção do cuidado, principalmente de forma mais humanizada e acolhedora, e não simplesmente uma execução mecânica de técnicas de enfermagem.

Em um outro contexto laboral, um setor de internação de um hospital filantrópico de Minas Gerais, Patrício et al (2019), através da ergonomia e da ergologia, realizaram uma análise do trabalho da equipe de enfermagem de tal setor. Observaram que esta atividade comporta

uma certa invisibilidade perante a gerência do serviço, visto que este trabalho engloba a constante gestão e antecipação dos elementos necessários, muito além das prescrições para efetuar as tarefas pré-estabelecidas e acima de tudo, garantir uma qualidade da assistência, um cuidado ao paciente respeitando as suas necessidades, suas características e história de vida. Toda essa produção de cuidado é permeada por valores como: afeto, carinho e empatia para com o outro, enfim valores do bem comum, compartilhados entre todos os trabalhadores analisados.

Para tanto, todo este processo envolve uma grande mobilização de saberes constituídos, e também saberes da experiência individuais e coletivos, que surgem a partir da prática do trabalho e que auxiliam na construção das competências do profissional para o serviço, e que por consequência, garantem a qualidade da assistência ofertada.

Outro ponto destacado pelos autores é o desenvolvimento de um forte trabalho em equipe através de entidades coletivas relativamente pertinentes (ECRP), um trabalho em grupo sem contornos definidos que aparecem em determinados momentos do trabalho, mediante as situações que surgem no ambiente laboral, conferindo soluções para estas.

Assim, há fortes cooperações no ambiente de trabalho, entre os profissionais, em prol de ofertar a melhor assistência ao paciente, bem como para amenizar a sobrecarga de trabalho e garantir a saúde e segurança de todos os profissionais e pacientes envolvidos, através de um trabalho coletivo e compartilhado, como por exemplo: realizar o banho de leito em pacientes acamados, com o auxílio de duas ou mais técnicas em enfermagem, visando a conclusão mais rápida da tarefa, bem como diminuição do incômodo ao paciente, dentre outras situações.

Segundo Schwartz (2010) uma ECRP não é um mero trabalho em equipe, é a capacidade de colocar em sinergia todas as competências em uma atividade de trabalho. Em outras palavras, é compreender que cada ser humano, em virtude de sua história, vida acadêmica, de suas experiências de vida, suas possibilidades e impossibilidades, tem um perfil distinto dos outros homens. E quando solicitado em uma atividade deve assumir suas responsabilidades e agir, ao mesmo tempo que, deve ser modesto quando convém ser (SCHWARTZ, 2010).

Estes coletivos possuem contornos variáveis e se refere a uma criação local dos distintos protagonistas da atividade, e até mesmo a uma certa maneira de construir a vida no trabalho. Porém, deve-se atentar que, a ECRP apenas ocorre quando o meio tem um valor, uma significação para todos os envolvidos. (SCHWARTZ, 2010).

Por sua vez, Pontes et al (2020) por meio da ergologia e da psicodinâmica do trabalho, a partir de um outro campo hospitalar, uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital do Rio de Janeiro, e sua equipe de enfermagem, verificaram que os profissionais para realizarem o seu trabalho e enfrentar as diversas adversidades existentes neste ambiente, (relacionais, organizacionais e ambientais), dão verdadeiros “nós em pingos d’água”, ou dão os famosos jeitinhos, em outras palavras, fazem uma releitura da prescrições e renormalizam, perante a realidade da situação laboral.

Estes “nós” ou “jeitinhos” estão vinculados a valores do cuidado para com o paciente (carinho, afeto, salvar uma vida) compartilhados entre os profissionais, que levam a produção de novas maneiras de trabalhar (apagar as luzes da unidade e dar o colo ao recém-nascido para acalmá-lo), e também a criação de novos leitos (mesmo que a unidade não tenha leitos suficientes para mais internações de recém-nascidos), assumir mais tarefas em virtude da ausência de um membro da equipe, lidar com as dificuldades do trabalho em equipe (diversas pessoas com concepções e valores diferentes).

Por outro lado, apesar das renormalizações efetuadas pelos trabalhadores, o trabalho em questão caracteriza-se por ser altamente estressante, desgastante, cansativo, com sobrecarga de tarefas e com um ritmo intenso. Tal situação pode levar a insatisfação, sofrimento e adoecimento do trabalhador.

Outro aspecto interessante denunciado pela referida pesquisa é sobre a prescrição referente ao trabalho humanizado de acordo com as premissas da Política Nacional de Humanização, a qual estabelece que as ações de humanização devem estar presentes em todo o campo da saúde, favorecendo a troca e a construção de saberes, o diálogo entre trabalhadores, o trabalho em equipe e a consideração sobre às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde.

No entanto, na prática está humanização, segundo os participantes do estudo apenas ocorre na relação do trabalhador para com o paciente e seus familiares, não se estendendo aos trabalhadores através da oferta por parte da instituição, de condições adequadas de trabalho para a efetivação de suas atividades.

O último estudo referente ao campo de atuação da enfermagem é a pesquisa de Frantz et al (2020), que promove uma análise do trabalho de enfermeiros de um hemocentro na região norte no país, a partir do conceito ergológico agir em competência e seus ingredientes constituintes.

De acordo com Schwartz (2010), competência não é uma noção simples e homogênea, para tanto prefere o termo agir em competência, que remete a um conjunto de ingredientes (total de seis) que o indivíduo em cada situação de trabalho deve possuir e combiná-los para se construir e obter um agir em competência.

Tais ingredientes (do primeiro ao sexto) são: o domínio dos protocolos de uma determinada situação de trabalho; os saberes investidos, a capacidade de se deixar apropriar, de ser impregnado pela dimensão singular da situação, pelo histórico, pela dimensão de “encontro de encontros”; a capacidade de articular a face protocolar e a face singular de cada situação laboral; o debate de normas e valores, as impostas e as instituídas na atividade; a ativação ou à duplicação do potencial da pessoa, com suas incidências sobre cada ingrediente, e por último tirar partido das sinergias de competências em situação de trabalho, em outras palavras, refere-se à capacidade de se engajar no trabalho coletivo, de colocar em sinergia os diferentes ingredientes, não em si mesmo, mas coletivamente, traduzidas em entidades coletivas relativamente pertinentes (ECRP) (SCHWARTZ, 2010).

Tendo isso em vista, Frantz et al (2020), descrevem o agir em competência dos enfermeiros do hemocentro, da seguinte forma: o saber protocolar (primeiro ingrediente) associa-se às inúmeras legislações que envolvem a coleta, doação e transfusão sanguínea, sendo um conhecimento de grande importância para os profissionais, para a garantia da qualidade do serviço prestado, bem como a saúde e segurança de todos os profissionais e pacientes envolvidos.

Os saberes da experiência ou investidos (segundo ingrediente), foram encontrados principalmente entre os profissionais com mais tempo na instituição, estes saberes surgem através da criação de novas habilidades para agir diante das situações. Tais atitudes possibilitam que os enfermeiros conheçam o público que atendem e, com isso, vão aprimorando as condutas a serem implementadas.

O terceiro ingrediente, na referida pesquisa relaciona-se a antecipação de determinadas situações do trabalho, por parte desses profissionais, através de uma articulação entre os conhecimentos científicos e os saberes da experiência, principalmente aquelas que podem levar a riscos de saúde aos pacientes atendidos, tanto doadores quanto os transfundidos. Essas antecipações surgem através das respostas dos doadores aos profissionais, que conseguem captar possíveis problemas na doação ou na transfusão, e já tomam as devidas precauções, como deixar de sobre aviso o médico, dentre outros aspectos.

O quarto ingrediente, o debate de normas e valores no cenário analisado gira em torno das deficientes condições do trabalho (altas demandas laborais, quantidade reduzida de funcionários, estrutura física inadequada, falta de materiais). Esta situação faz com que os trabalhadores decidam por normas e valores mais condizentes com a realidade do serviço, como fazer uma triagem do doador mais longa (a norma diz que deve ser feita em torno de 15 minutos), para assim garantir uma melhor qualidade dos dados colhidos e mais segurança do produto hematológico. No entanto, tais situações podem levar a certas pressões no trabalho para realizar o que está prescrito e gerar insatisfações, descontentamento com o trabalho, podendo prejudicar a qualidade do serviço ofertado.

O quinto ingrediente aparece no gosto dos profissionais pelo trabalho realizado, mesmo diante de todas condições de trabalho deficientes. Tais trabalhadores são comprometidos com a atividade realizada, e buscam prestar a melhor assistência aos pacientes, e também sentem a necessidade de conhecer mais e acompanhar a evolução do conhecimento na área.

Por fim o sexto e último ingrediente, o caráter coletivo do trabalho aparece em todos os setores analisados (triagem, doação e transfusão), no qual cada profissional em sua função e com suas habilidades técnicas e da experiência tentam fornecer a melhor assistência aos pacientes e na resolução de problemas diagnosticados.

Saindo do campo de atuação da enfermagem e indo em direção ao trabalho de profissionais de uma Unidade de Alimentação e Nutrição Hospitalar, Araújo e Alevato (2011) observaram que o serviço analisado está centrado no modelo taylorista, com muitas rotinas, procedimentos, normas reguladoras e divisão de tarefas, porém quando se visualiza o trabalho no dia a dia, esta atividade apresenta uma outra dinâmica.

Os pesquisadores verificaram também a existência de inúmeras variabilidades neste trabalho, como quantidade insuficiente de profissionais, falta de material no estoque, equipamentos danificados, quantidade variável de pacientes atendidos no dia, o cardápio do dia, relações conflituosas com a chefia e colegas. Frente a essas infidelidades do meio, é impossível que os profissionais fiquem presos às tarefas pré-estabelecidas, e a partir disso fazem usos de si e promovem renormalizações, principalmente em relação ao cardápio, que improvisam, criam alternativas, para atingir o objetivo de seu trabalho e facilitá-lo. Além disso, esses improvisos são envoltos por valores pessoais e coletivos, associados à responsabilidade e cuidado para com o outro, no caso o paciente.

Outro ponto destacado é que esse serviço altamente normativo produz um ritmo frenético de trabalho e muita pressão sobre os trabalhadores, que podem prejudicar a saúde e a segurança no trabalho e também conceber um trabalho sem sentido, de não reconhecimento dos resultados dos esforços para atingirem os seus objetivos do trabalho.

Em um outro estudo com trabalhadores da saúde de hospitais universitários do Brasil, França e Argélia, Scherer et al (2018), observaram que apesar de estarem inseridos em contextos distintos, tais serviços apresentam certos aspectos em comum, devido a crescente racionalização e contenção de gastos que estes serviços estão submetidos nos dias atuais, e que por consequência produzem impactos nos processos de trabalho em tais ambientes.

A análise nos hospitais universitários (dois no Brasil, um na França e um na Argélia), identificou que em todos esses ambientes há um déficit de trabalhadores, relacionado à rotatividade e absenteísmo, que tem impactado na organização do serviço, gerando sobrecarga e insatisfação. Há também falta de leitos, provocando uma superlotação na emergência, com dificuldade de evasão dos pacientes, o que leva mais uma vez a sobrecarga laboral.

Especificamente em relação a França e Brasil, os hospitais comportam um excesso de atividades cronofágicas, relacionadas a questões administrativas e burocráticas, realizadas principalmente por médicos e enfermeiros, que refletem os tempos atuais da supervalorização da produtividade dos trabalhadores, e que na realidade consomem grande parte de tempo do trabalho, com uma redução do tempo dispensado a atenção/assistência aos pacientes.

Os autores observaram também que nos hospitais brasileiros e da Argélia há uma inadequação do espaço físico, reduzido e sem privacidade para realizar atendimentos, assim como a insuficiência ou a precariedade de materiais tornando o trabalho hospitalar especialmente difícil de vivenciar. O hospital francês não apresenta tal problema, os ambientes são novos e espaçosos, porém os profissionais reclamam de cansaço e dificuldades de comunicação entre os trabalhadores em virtude de uma grande distância entre um setor e outro.

No hospital francês e argeliano, constatou-se que os trabalhadores estão submetidos a constantes situações de violência decorrente da relação direta com pacientes e familiares gerando sobrecarga psíquica para os trabalhadores. Tal situação não foi relatada pelos pesquisadores nos hospitais universitários brasileiros.

Por fim, o último estudo referente ao setor hospitalar refere-se a análise do trabalho de profissionais responsáveis pela limpeza e higienização do setor de hemodiálise de um hospital

mineiro, empreendido por Fonseca et al (2021) à luz da ergonomia e da ergologia. Esta pesquisa constatou uma certa invisibilidade do trabalho realizado por tais profissionais, frente a gerência do serviço, bem como para os outros profissionais da instituição e os próprios usuários do serviço.

O trabalho empreendido pelos profissionais da limpeza comporta uma série de variabilidades (tipos de limpezas específicas de setores diferentes, déficit na equipe, dificuldades de interação entre alguns colegas, dentre outros), e perante a estas variáveis as trabalhadoras gerem as situações do seu trabalho, e criam estratégias, como forma de garantir a eficácia e qualidade do serviço, e também a própria saúde e segurança, bem como de todos os envolvidos (secar o chão mais de uma vez para evitar possíveis acidentes, colocar o balde com água em cima da lixeira para evitar dores nas costas, dentre outras atitudes).

Mesmo com as inúmeras estratégias elaboradas por tais trabalhadores, como meios de garantir a própria saúde e segurança, este trabalho foi classificado pelos participantes como cansativo, desgastante, e com a exposição à variados riscos com destaque para os riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes (acidentes com agulhas contaminadas), ergonômicos (movimentos repetitivos para pegar objetos pesados, como cestos de lixos), que produzem dores lombares, nos braços e nas pernas, além dos riscos psicossociais associados às condições e organizações do trabalho que levam a uma alta carga psíquica e física. Toda essa situação produz adoecimento do trabalhador culminando com afastamentos laborais.

9.3.2 Ergologia e os serviços de saúde mental

Dentre os estudos associados ao campo da saúde mental, estes corresponderam apenas nove artigos, representando 15,24% dos estudos identificados (N=59). Todos os estudos pertencem ao campo da saúde mental brasileira, com destaque para os serviços de CAPS (cinco estudos – 8,47%), seguidos de hospital psiquiátrico (três estudos 5,08%) e um estudo referente a uma comunidade terapêutica representando 1,69% dos artigos selecionados.

Visto que o campo da saúde mental e principalmente o contexto laboral dos Centros de Atenção Psicossocial é o palco central desta dissertação, este tópico será subdividido, de acordo com cenários dos estudos identificados, de modo a favorecer uma melhor discussão sobre estes

serviços, a presença ergológica e suas contribuições para a relação trabalho e saúde dos trabalhadores de tais contextos laborais.

9.3.2.1 Os CAPS

Os estudos identificados que abordam sobre o trabalho em CAPS apresentam como participantes profissionais da equipe interdisciplinar, apenas um estudo engloba, além dos trabalhadores, os usuários do serviço (E.30). Todos os estudos abordam sobre a relação trabalho e saúde nos ambientes analisados.

As pesquisas em questão evidenciam o trabalho real que ocorre nesses ambientes, um trabalho bastante apartado das prescrições, e que comporta um imenso vazio de normas, que convocam os trabalhadores a lidarem com essas situações às custas de inúmeros desconfortos, exposição à diversos riscos laborais, sobrecarga de trabalho, bem como impactos na sua saúde física e mental.

Nesse sentido, Bezerra et al (2018) à luz da ergologia e da psicodinâmica do trabalho, ao analisar o trabalho da equipe interdisciplinar de três CAPS (infantil, álcool e drogas e III), de uma cidade do nordeste brasileiro, constataram que o trabalho prescrito em CAPS relacionado às inúmeras portarias e manuais do Ministério da Saúde, diz basicamente sobre o que deve ser feito, e não sobre como deve ser feito.

Assim, a atividade nestas instituições comporta um vazio de normas, e os profissionais para gerirem este vazio devem fazer uso de suas capacidades. Nos CAPS analisados, este vazio de normas relaciona-se a basicamente a três atividades prescritivas do CAPS: o trabalho interdisciplinar, o acolhimento e as oficinas terapêuticas.

Em relação a essas prescrições dos serviços de CAPS, Brasil (2004) e Vasconcelos (2008) explicam que os CAPS devem comportar uma equipe multiprofissional, porém cada CAPS, obedece à uma exigência quanto aos tipos e à quantidade de tais trabalhadores. Esta equipe deve trabalhar nos moldes da interdisciplinaridade, ou seja, este trabalho deve possibilitar a união e integração de saberes e condutas dos diversos profissionais, permitindo a criação e a oferta de um cuidado benéfico ao indivíduo com transtorno mental. A interdisciplinaridade, deve ser compreendida como uma relação, no qual há uma reciprocidade,

enriquecimento mútuo, com uma tendência a horizontalização das relações de poder entre as várias disciplinas envolvidas

O acolhimento por sua vez, refere-se à primeira consulta do profissional do CAPS para com o sujeito com transtorno mental. Este profissional, por sua vez, passará a ser uma referência para o usuário acolhido e será denominado de Terapeuta de Referência (TR), e terá a responsabilidade de juntamente com a equipe elaborar o projeto terapêutico singular, e também realizar a avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, mantendo sempre um diálogo com o usuário, a equipe do CAPS e com a rede de cuidados externas ao CAPS (BRASIL, 2004).

Já as oficinas terapêuticas são atividades grupais que devem ser realizadas pelos profissionais do serviço, podendo ser do tipo expressivas, geradoras de renda e de alfabetização. As atividades de tais oficinas devem ser elaboradas de acordo com os interesses e necessidades dos usuários do serviço, bem como das possibilidades dos profissionais do serviço, visando sempre a busca por uma integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, e o exercício de cidadania (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, em relação a prescrição interdisciplinaridade, Bezerra et al (2018) demonstram que para que os profissionais promovam este tipo de trabalho, se faz necessário a mobilização das capacidades, das experiências do trabalhador (usos de si), para transpor e renormatizar as barreiras das disciplinas em que foram formados, na medida em que precisam se apropriar do conhecimento de outras disciplinas para a realizar as suas atividades.

Por outro lado, esse processo de construção da interdisciplinaridade também se prende à aspectos normativos das profissões envolvidas, visto que é necessário transpor barreiras, mas respeitando o espaço de cada profissão, ou a especificidade do trabalho de cada profissional. Tal situação sinaliza para uma obediência às normas prescritas das profissões envolvidas.

Quanto ao acolhimento, os autores identificaram mediante os relatos dos participantes que nem todos os profissionais dos CAPS gostam e têm aptidão para fazer essa primeira consulta, o que acaba por prejudicar na criação de vínculo com o usuário e este não querer fazer o seu tratamento na instituição. Assim, os profissionais resingularizam essa prescrição e estabelecem para realizar essa tarefa, mediante reuniões e acordos entre o coletivo de trabalho, os trabalhadores que tem mais facilidade para realizar o acolhimento, bem como maior facilidade para criação de vínculos com os usuários.

Outro ponto analisado pelos pesquisadores foi a relação acolhimento e o terapeuta de referência, visto que perante as especificidades de cada serviço, e também a quantidade de usuários que cada técnico de referência já possui e a incompatibilidade de horários entre esse profissional e o usuário acolhido, algumas vezes se fez necessário a escolha de outro profissional para ser o terapeuta de referência do usuário acolhido. Fato que indica mais uma resingularização dos profissionais perante as situações cotidianas.

Esta escolha sobre o TR, envolve toda a equipe, por meio de reuniões de equipe, tomam as devidas decisões sobre a questão do TR e da realização das atividades. Os autores sinalizam que para dar solução para as dramáticas da atividade (escolha do TR e de profissionais para a realização do acolhimento) há a criação de ECRP no ambiente laboral analisado.

Já em relação as oficinas terapêuticas, constatou-se um aspecto falho do trabalho interdisciplinar, visto que a maioria dos CAPS analisados, os profissionais organizavam e realizavam a oficina de modo individual, fato que sinaliza para um aumento da carga de trabalho principalmente de cunho mental, visto que o profissional além de promover a sua oficina, deve estar atento às necessidade e cuidados dos usuários presentes na oficina.

Apesar disso, para a realização desta atividade, os profissionais fazem usos de suas experiências construídas ao longo do trabalho, bem como a troca de conhecimentos, saberes e experiências entre os profissionais (usos de si pelos outros), sejam nas reuniões de equipe ou em conversas informais durante o trabalho, que permite a criação de novas formas de fazer as oficinas, ou renormatizar esta atividade. Isto é, o tratamento de novas temáticas, didáticas de grupo, necessidade de repetição ou reforço de alguns assuntos, dentre outras. Situações que não estão prescritos nos manuais, mas que são criadas mediante as demandas e variabilidades do local.

Outro estudo que sinaliza sobre a distância entre o trabalho prescrito e o real da atividade realizado em CAPS, e o vazio de normas que esta atividade comporta, é a pesquisa empreendida por Ramminger e Brito (2011) em um CAPS I de uma cidade do interior do estado do Rio de Janeiro.

De acordo com os autores, em virtude desse vazio de normas, e das inúmeras variabilidades do ambiente laboral, os profissionais são convocados a fazer um “uso exacerbado de si”, seja para atender as tarefas pré-estabelecidas, as demandas do próprio indivíduo com transtorno mental, aquelas derivadas dos outros serviços que se articulam ao CAPS (ESF, hospital geral e psiquiátrico, serviços de assistência social, Vara Criminal, Ministério Público,

Prefeitura, entre outros), e por fim, para responder a uma necessidade constante de criatividade e de capacidade inventiva para realizar suas atividades, o que faz com que a criatividade neste caso, não seja vivenciada como uma conquista, mas sim como uma obrigação.

Por consequência, esse “uso exacerbado de si” ou essa convocação exagerada do profissional para lidar com todas as infidelidades do meio, pode gerar consequências para a saúde física e principalmente mental dos trabalhadores.

Segundo Zgiet (2013) e Oliveira, Greco e Espíndola, os trabalhadores de CAPS para dar conta, e efetuar as propostas do novo modelo em saúde mental (modelo psicossocial), devem fazer usos e articular seus saberes/fazeres acumulados e as normas coletivamente estabelecidas na profissão, potencializando esforços individuais e coletivos, e se reinventando, frente às novas responsabilidades adquiridas e as variabilidades presentes em tais ambientes.

No entanto, essa inovação constante por parte dos profissionais, para dar conta de realizar todas as tarefas estabelecidas, de acordo com as premissas reformistas, muitas das vezes, não encontra os meios técnicos e financeiros para que essa renovação ocorra, não acompanhando o real ritmo dos encargos, sendo na realidade um verdadeiro desafio para estes profissionais. Este desafio é traduzido em dificuldades para trabalhar (inovar constantemente o trabalho), bem como o surgimento de sentimentos como: angústia, impotência, frustração, ao ver que dão o seu melhor, inovam, porém mesmo assim, muitas das vezes não conseguem obter os resultados almejados (RAMMINGER, 2005; ZGIET, 2013).

Ramminger e Brito (2011) denunciam a precarização do trabalho em CAPS, através da constatação de ausência de condições e meios fundamentais para a realização de suas atividades (falta de impressora, carro ou até mesmo escada para trocar uma lâmpada), e também a existência de vínculos precários (contrato temporário) e mal remunerados.

Por sua vez, a pesquisa de Athayde e Hennington (2012), por meio da ergologia e da psicodinâmica do trabalho, realizada em um CAPS do município do Rio de Janeiro (não especifica qual o tipo de CAPS), identificou a existência de inúmeros fatores existentes no ambiente laboral que também indicam uma precarização do serviço, bem como podem levar ao sofrimento do profissional e ao surgimento de sentimentos negativos em relação ao trabalho, como: raiva, inconformismo, desmotivação, frustração, tristeza ou sensação de cansaço e exaustão permanentes.

Estes fatores associam-se ao próprio lidar de maneira constante com o usuário em sofrimento mental, e principalmente às condições precárias de trabalho, como: poucos trabalhadores na equipe, saída frequente de profissionais, ausência de medicamentos, atraso no pagamento dos salários, e também a ocorrência de uma falta de rede, no qual os profissionais vivenciam uma situação desesperadora, por não ter para onde encaminhar pacientes e também por ter de conviver com o dilema de assumir ou não novos pacientes, em detrimento dos que já são atendidos, dentre outros aspectos.

Os autores observaram que frente a esse conjunto de adversidades existentes no CAPS analisado, a atividade de trabalho desafia a capacidade de renormatização dos trabalhadores, sendo necessário que tais indivíduos para enfrentarem as adversidades do dia a dia se prendam a estratégias protetivas. Estas estratégias podem ocorrer a nível individual (atitudes como sair para fumar ou para comer durante a reunião de equipe quando o assunto implica a si) e através do coletivo, no qual a principal estratégia se dá por meio de um conhecimento clínico, valorizado e disseminado pelo grupo de trabalhadores, para lidar e prevenir as situações de crise dos usuários, proporcionando assim, o alívio da tensão cotidiana quanto a tal ameaça.

Outro achado de grande relevância pela pesquisa é que o trabalho em CAPS não se prende muito a prescrições técnicas, há um predomínio de regras éticas sobre as regras técnicas, que levam a uma reflexão constante por parte dos profissionais sobre a forma como estes, estão conduzindo as suas atividades, considerando os valores que permeiam os processos de desinstitucionalização, visto que o CAPS é um serviço substitutivo e enfatiza os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Desse modo, o melhor local para essa reflexão, segundo os autores é a reunião de equipe, que ocorre semanalmente, e visa discutir sobre os principais casos ou acontecimentos da semana. Nesta reunião, há um compartilhamento de conhecimentos, saberes (técnicos e da experiência) entre os vários profissionais, que possibilita um debate de normas e valores tanto a um nível individual quanto coletivamente, gerando reflexões sobre as práticas profissionais, auxiliando na aproximação das práticas laborais do CAPS analisado aos princípios reformistas, mesmo em ambiente laboral com precárias condições, ao mesmo tempo que pode sinalizar para um esforço extra por parte de tais trabalhadores, para atender os objetivos de seu trabalho, em virtude das próprias condições precárias de atuação.

Perante os achados das pesquisas de Ramminger e Brito (2011) e Athayde e Hennington (2012), pode-se fazer algumas reflexões. A primeira delas, refere-se à demanda assistencial

crecente que os serviços de CAPS têm apresentado (apontada principalmente pela pesquisa de Athayde e Hennington), com uma impossibilidade de atender a todos indivíduos que recorrem ao serviço e também fornecer um encaminhamento dessa demanda para outros serviços em virtude de deficiências de articulação na RAPS (LANCMAN, 2008).

Além desse problema de demanda crescente de usuários, estes ambientes laborais comportam uma certa precarização do trabalho com impactos na relação trabalho e saúde de seus profissionais, bem como na qualidade do serviço ofertado aos sujeitos com transtornos mentais. Esta precarização dos serviços de CAPS e seus impactos na saúde de seus trabalhadores é corroborada com inúmeros outros estudos, dentre eles Guimarães, Jorge e Assis (2011), que também identificou no CAPS analisado ausência de matérias disponíveis para realizar as oficinas, instalações físicas precárias, bem como a existência de variados vínculos empregatícios dentro de um mesmo serviço. Todas essas situações levam ao surgimento de insatisfação com o trabalho com fortes interferências na saúde física e mental do trabalhador.

Em outro estudo em dois CAPS II e CAPS III das cidades de Belo Horizonte e Betim – Minas Gerais, Silva e Barros (2017), ao analisar o trabalho real dos psiquiatras de tais serviços, identificaram uma atividade repleta de situações que geram desconfortos no trabalho realizado por esta categoria profissional.

Estes desconfortos estão associados aos seguintes aspectos: existência de pacientes psiquiátricos desafiadores dos processos de tratamento oferecidos nos CAPS e também nos hospitais psiquiátricos, visto que ambos os serviços não conseguem atender as demandas de tais pacientes; empobrecimento da clínica da psiquiatria clássica, que segundo alguns psiquiatras entrevistados tem sido deixada de lado, em virtude das premissas do processo reformista, porém esta clínica contém aspectos positivos e não somente negativos; processo de formação de novos médicos psiquiatras, visto que estes tem a sua formação no ambiente do hospital psiquiátrico, e ao vivenciar a experiência profissional em serviços substitutivos com processos de trabalho interdisciplinar, como é o caso dos CAPS, apresentam inúmeras dificuldades, ficando presos aos aspectos prescritivos de tal trabalho; grande rotatividade de psiquiatras, devido ao excesso de trabalho e pressão principalmente por parte da gerência do serviço; trabalho centrado na figura do médico e da medicalização (perpetuada por grande parte da equipe), visto que este profissional ainda é o responsável por direcionar o tratamento dos usuários deste serviço; realização de contenção de pacientes psiquiátricos, soluções tidas como necessárias em alguns casos.

Segundo os autores todas essas situações de desconforto no trabalho do profissional psiquiatra, levam a uma grande sobrecarga laboral desta categoria profissional, bem como indicam a perpetuação do antigo modelo (manicomial) no novo modelo (psicossocial), visto que muitas das vezes frente às diversificadas variabilidades que este trabalho comporta, a figura do médico psiquiatra e suas orientações surgem como as soluções para as infidelidades do meio.

Por outro lado, Silva e Barros (2017) analisaram o agir em competência dos psiquiatras dos CAPS analisados, e identificaram um agir competente fortemente marcado pelo saber protocolar (nosologia da doença, da psicopatologia e da psicofarmacologia), há saberes instituídos relacionados a situação vivenciada, e estão ligados principalmente ao percurso de vida dos pacientes. A articulação entre os dois tipos de saberes, constituídos e instituídos (terceiro ingrediente) é falho, bem como a realização de debates de normas (quarto ingrediente), o que faz com que estes profissionais fiquem presos aos saberes prescritivos na realização de seu trabalho, bem como, pode indicar também uma sobrecarga laboral (sobrecarregados de pacientes para avaliar e tomar uma conduta, principalmente medicamentosa).

O quinto ingrediente do agir em competência (ativação ou duplicação do potencial da pessoa, com suas incidências sobre cada ingrediente) do psiquiatra também se mostra falho, pois mesmo pertencendo a uma equipe, este profissional não desenvolve um valor de pertencimento ao seu ambiente de trabalho. Esta situação pode ser explicada pelo fato do psiquiatra ficar preso a sua função primordial de diagnosticar e prescrever medicamento, mesmo que se deseje realizar outras atividades coletivas, a sua função primordial é constantemente solicitada pelos outros membros da equipe.

Em relação ao último ingrediente (sexto ingrediente – tirar partido das sinergias de competências em situação de trabalho), este também é falho, pois mesmo que o médico psiquiátrico deseje fazer parte da equipe, mobilizando os saberes próprios da psiquiatria e também outros tipos de conhecimentos, grande parte da equipe de trabalho novamente convoca o psiquiatra, para o lugar de centralização da medicina, da Psiquiatria e da medicação, reconfigurando para ele um lugar evidente (e antigo) de saber e poder no coletivo de trabalho. Por consequência, este ingrediente se fragiliza ainda mais, pelo fato do psiquiatra na maioria das vezes, apresentar certa dificuldade em exercer a modéstia e aceitar o questionamento vindo de outros profissionais.

Perante os achados da pesquisa de Silva e Barros (2017) pode se identificar uma dificuldade de o serviço atender toda a demanda que chega a ele, principalmente aqueles casos

mais graves, o que pode sinalizar para deficiências na RAPS, principalmente no que se refere a quantidade reduzida de serviços de saúde mental ofertados por tal rede. Porém a principal reflexão que se pode tirar dos referidos achados é sobre a manutenção de práticas tradicionais psiquiátricas nos serviços substitutivos.

Amarante e Torres (2018) sinalizam que muitos CAPS atualmente, instituições ditas “abertas”, tem contribuído para a produção de uma nova forma de institucionalização, com uma forte tendência ao fechamento e à priorização de protocolos tradicionais como medicação psicofarmacológica.

Bezerra (2007), relata que o desafio imposto pela Reforma Psiquiátrica exige a formação de trabalhadores com forte capacidade de reflexão crítica, elemento de fundamental importância para a superação das imensas dificuldades inerentes ao trabalho no campo da saúde mental (poucos investimentos, desvalorização do trabalhador, dentre outras), bem como para a sustentação de uma prática de cuidado que possibilite o exercício de transformação para todos os envolvidos: pacientes, profissionais e as redes sociais em volta a eles. Tal atitude possibilita a construção de uma nova atitude ética e possíveis mudanças em relação ao fenômeno da loucura.

Por fim, a última pesquisa referente ao ambiente laboral de CAPS, diz respeito ao estudo empreendido por Ruas e Mendes (2017) em um CAPS II de uma cidade mineira, que através da ergonomia e da ergologia visaram analisar as condições de trabalho existentes nesse ambiente, bem como identificar as estratégias individuais e coletivas de seus profissionais frente aos riscos laborais.

Os pesquisadores constataram um ambiente laboral com inúmeros riscos aos seus trabalhadores, denominados pelos autores de riscos visíveis e invisíveis. Os riscos visíveis são aqueles identificados através de procedimentos normativos, no caso as Normas Regulamentadoras (NR). No ambiente laboral analisado foram encontrados os riscos visíveis físicos (o tom de voz elevado dos pacientes em crise) riscos biológicos (usuários com doenças infectocontagiosas) e riscos de acidentes de trabalho em virtude do manuseio de material perfuro cortante. Já os invisíveis estão relacionados aos imprevistos e os fatores psicossociais que colocam os trabalhadores perante uma diversidade de riscos não “objetiváveis” e que passam despercebidos pelos gestores e pelas legislações vigentes. Os riscos invisíveis no cenário estudado referem-se aos de agressão física e verbal (intimidação, ameaça, susto, medo)

pelos pacientes, diversidade de vínculos empregatícios e alta rotatividade da população trabalhadora.

Ruas e Mendes (2017), demonstram que, frente a esses vários riscos, os profissionais criam estratégias para enfrentá-los, e antecipam a sua ocorrência utilizando-se de um saber prescritivo e de sua experiência, assim como também os seus valores pessoais, coletivos e o conhecimento que advém dos colegas de serviço. Por exemplo, frente aos riscos biológicos os trabalhadores utilizam de equipamentos de proteção individual, e procuram ter uma atenção maior no manuseio dos pacientes e obter informações sobre eles por meio dos prontuários. Em relação aos riscos de agressão física e verbal, os trabalhadores os antecipam por uma boa comunicação com a equipe, estabelecimento de vínculos com os usuários e reuniões de equipe semanais, nas quais expõem sobre as condições psíquicas e melhoras ou não dos usuários atendidos.

Os pesquisadores relatam ainda que as novas normas produzidas pelos profissionais frente aos riscos ajudam a minimizar o risco de adoecimento e indicam também a existência de uma distância entre aquilo que é prescrito e o que é realizado no trabalho, visto que a norma não contempla toda a magnitude do trabalho, principalmente a humana.

A pesquisa de Araújo (2018), em um CAPS II também encontrou inúmeros riscos laborais como: riscos físicos (ventilação e iluminação inadequadas, associados a uma estrutura física inadequadas, com salas pequenas), riscos ergonômicos (posturas inadequadas pelos profissionais analisados, devido à longa permanência sentados em cadeiras inadequadas; riscos de acidentes (possibilidade de ocorrência de choque elétrico, incêndio e explosão, pois as tomadas de algumas salas estavam sem a capa de proteção); riscos psicossociais (jornada de trabalho excessiva, dimensionamento inadequado de pessoal, e o cotidiano conflituoso associado a própria natureza do trabalho em saúde mental).

O estudo ainda demonstrou que para realizar o seu trabalho os profissionais devem se adequar e se submeter a condições precárias de trabalho, favorecendo a ocorrência de sobrecarga de trabalho, pressões, e também sentimentos de angústia e insatisfação com o trabalho, fadiga, estresse, irritabilidade, ansiedade, alterações de comportamento e sofrimento mental.

9.3.2.2 O hospital psiquiátrico

Os estudos que apresentam como cenário o hospital psiquiátrico (N=3), dois deles analisam o trabalho da equipe de enfermagem (E.49), e especificamente da categoria técnicos em enfermagem (E.16). A outra pesquisa promove a análise da atividade dos profissionais envolvidos com duas oficinas de artesanato do hospital psiquiátrico analisado (E.12).

Ambas as pesquisas que envolvem os profissionais de enfermagem, possuem como tema central a relação trabalho e saúde, uma por sua vez, focaliza os riscos laborais que os técnicos de enfermagem estão submetidos, principalmente os riscos de violência (E.16). Já a outra focaliza o misto de normas psiquiátricas tradicionais e reformistas que impactam no desenrolar do serviço e na saúde dos profissionais da equipe de enfermagem (E.49).

Pode-se dizer que tais pesquisas como um todo sinalizam para o grande peso histórico e cultural que o hospital psiquiátrico ainda possui na sociedade contemporânea brasileira, fato que pode trazer dificuldades para o desenrolar do próprio trabalho, bem como impactar na relação trabalho e saúde de seus profissionais, conforme pode ser constatado na discussão aqui elaborada.

Nesse sentido, Telles, Jardim e Rotemberg (2020), ao analisar o trabalho da equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico do município do Rio de Janeiro, encontraram uma atividade pautada no estabelecimento de relações hierárquicas, seja entre enfermagem e medicina, seja entre enfermagem e direção.

Esta situação se desdobra em dificuldade de construção de autonomia profissional e de trabalhar com os pacientes de modo alternativo, conforme os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Bem como, gera adoecimento no trabalhador, pois este, fica preso às regras da instituição e não consegue trabalhar de acordo com as suas necessidades, valores e anseios. Isto é, não consegue renormatizar o meio, ser dono de suas próprias normas, e promover um equilíbrio entre as demandas do meio e todo o conteúdo de normas existentes com os valores pessoais, o conjunto de expectativas, e individualidades.

Além do estabelecimento de relações hierárquicas entre os profissionais da instituição analisada, este cenário ainda comporta um misto de outras práticas tradicionais psiquiátricas juntamente com aquelas derivadas do processo reformista. Assim, há uma tendência para a realização de ações tradicionais psiquiátricas como: tomar conta das medicações prescritas

pelos psiquiatras, da expressão da sexualidade dos pacientes, das roupas, da lavanderia e controle principalmente medicamentoso dos pacientes em crise.

Bem como, há uma tendência para a realização de ações reformistas relacionadas à promoção de atividades de relacionamento interpessoal entre os membros da equipe, e da realização de ações para com o paciente, levando-se em conta o que é melhor para este, como por exemplo: promover o contato com a família, que pode significar menos uso ou aplicação de uma medicação; optar pela não medicação do paciente em determinadas situações, conversar com o paciente sobre a própria contenção, dentre outras.

Outro aspecto interessante demonstrado por Telles, Jardim e Rotemberg (2020) é sobre a composição de trabalhadores de enfermagem da instituição psiquiátrica analisada, que comporta funcionários mais antigos que construíram sua prática profissional de acordo com as regras do modelo manicomial, e por profissionais novatos que tiveram sua formação e experiência anterior em serviços substitutivos.

A chegada de profissionais de enfermagem formados no contexto da Reforma Psiquiátrica na instituição, permite a criação de um espaço de trabalho com maior possibilidade de troca social e o estabelecimento de uma nova mentalidade de cuidado mais embasado e de acordo com os preceitos da reforma, afastando-o, da concepção clássica do cuidado de enfermagem em psiquiatria associado a um “pastoreio gentil”, isto é uma boa ação, como classifica os autores.

No entanto, esse processo não é totalmente fácil, pois ocorre em meio a existência de desconfortos nas relações cotidianas entre os trabalhadores, em virtude de todos os profissionais envolvidos terem de lidar com uma diversidade de normas (manicomiais e psicossociais). Neste contexto, os trabalhadores vivenciam as tensões, as dramáticas deste contexto laboral e são convocados a agir e fazer escolhas constantemente. Este processo, pode denunciar uma ação inventiva dos trabalhadores, ou pode evidenciar também situações de conflito, na medida em que não é totalmente possível conciliar todos os valores envolvidos.

Em um outro estudo em um hospital psiquiátrico mineiro, com a participação de técnicos de enfermagem, Mendes e Cunha (2018), à luz da ergonomia e da ergologia, identificaram uma atividade que vai muito além das prescrições, com a existência de inúmeras estratégias de regulação por parte dos profissionais para dar conta tanto dos objetivos do trabalho, quanto para gerir os riscos laborais ao lidar com pacientes psiquiátricos em crise, principalmente os riscos de violência.

Os autores constataram que esta atividade é fortemente marcada por um trabalho em equipe, entre técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, pessoas da administração e equipes de outros serviços. Desse modo, as estratégias de regulação construídas pelos profissionais não se dão unicamente em um nível individual, mas sim, coletivamente, o que permitiu os autores encontrarem o estabelecimento na atividade analisada de entidades coletivas relativamente pertinentes (ECRP).

As estratégias de regulação e a criação de ECRP, ocorre mediante uma série de fazeres e agires pelos profissionais do estudo, tudo em conjunto com outros trabalhadores (atenção aos usuários, solicitação de leitos e de recursos de outros setores, organização das histórias clínicas dos pacientes, consulta de dados e anotações das tarefas, discussão dos casos entre os profissionais envolvidos, dentre outras), os quais envolvem um misto e combinação de saberes protocolares e da experiência (individuais e coletivos), além é claro de uma forte significação do trabalho e a circulação de valores compartilhados (dimensionáveis e não dimensionáveis) entre todos os profissionais, principalmente aqueles relacionados a ofertar o melhor cuidado ao paciente psiquiátrico. Tal situação possibilita a busca pela eficácia no trabalho e também uma diminuição da carga laboral, através de uma ampliação de possibilidades de ações.

Em relação específica aos riscos laborais existentes no hospital psiquiátrico analisado, principalmente aqueles referentes aos riscos de violência, os autores identificaram que grande parte da demanda do hospital psiquiátrico, era de usuários de drogas (65%), e o maior número de internações correspondia às involuntárias. Observaram também que os sujeitos com transtornos mentais, inclusive os usuários de drogas ainda são envoltos por um grande estigma social, sendo visualizados como indivíduos difíceis de lidar, agitados, violentos, perigosos, dentre outras características.

Na instituição em questão, o ser violento para si mesmo e para os outros que o circundam, é um critério para a internação. Esta ação possibilitará ao indivíduo uma terapêutica que favorecerá o bem do sujeito e ao mesmo tempo uma harmonização social. Nesse sentido, os autores constataram que muitas das vezes, os psiquiatras sofrem pressões do Estado, da justiça, da polícia, da sociedade e até mesmo da família para internar esses pacientes, pois estes, conforme dito anteriormente são violentos, roubam e ameaçam familiares e outras pessoas, evidenciando uma situação caótica das drogas no cenário da saúde pública.

Por sua vez, esta violência social que circunda os indivíduos com transtornos mental, inclusive os usuários de drogas, repercute e se instaura como uma condição de risco de violência

para a população trabalhadora deste local. Desse modo, foi identificado que os profissionais têm sofrido agressões, violência física e psíquica, como ameaças de morte, de serem pegos fora do hospital, dentre outras.

Assim, como toda a atividade dos profissionais analisados perpassa um trabalho coletivo, a gestão dos riscos laborais também percorre tal caminho, no qual o corpo de conhecimentos, a experiência do trabalhador, bem como cada um realizar a sua função no cuidado ao sujeito em crise psicótica, são importantes fatores que auxiliam na gestão dos riscos laborais neste ambiente, principalmente a questão da violência.

Os pesquisadores identificaram ainda que os técnicos em enfermagem ao lidarem com o usuário em crise, e por consequência com os riscos desta atividade, enfrentam também as dramáticas desta atividade, como por exemplo, o fato de terem que usar de força física, visto que em determinados casos, devido a extrema agressividade dos usuários e a não permissão destes, por intervenções, tal atitude se faz necessária.

Um aspecto interessante encontrado nesta pesquisa, é que apesar dos técnicos em enfermagem compartilhar seus saberes, gerir os riscos na assistência, criar estratégias para dar conta das tarefas, discutir, opinar, enfim trabalhar em equipe, a decisão final e as condutas terapêuticas assumidas sempre cabem ao psiquiatra.

Passando para o último estudo referente à instituição psiquiátrica tradicional, Souza e Fonseca (2013) em sua pesquisa realizado com trabalhadores da oficina de criatividade e do ateliê de artes de um Hospital Psiquiátrico, localizado na região sul do país, identificaram uma atividade de trabalho caracterizada pela expressão “a gente se prende no que cai”, referindo-se a ideia de que a atividade se altera mediante o espaço arquitetônico do hospital que está em ruínas, associado a goteiras, infiltrações nas salas, rebocos que despencam, dentre outros aspectos, e a situação atual dos pacientes que chamam os funcionários para solucionar algo, ou aqueles que estão em crise.

Percebe-se nos achados da pesquisa em questão, nitidamente a infidelidade do meio hospital psiquiátrico. Segundo Schwartz e Durrive (2010), o meio é sempre infiel, isto é o ambiente de trabalho comporta aspectos técnicos, humanos e culturais, e por consequência as inúmeras infidelidades de tais aspectos, que se combinam, se acumulam e reforçam uma na outra, permitindo que nenhuma situação de trabalho ocorra exatamente da mesma forma dia a após dia.

Desse modo, perante os variados empecilhos que surgem ao longo da atividade, os profissionais encontram novos lugares para desempenhar o seu trabalho na instituição, bem como criam novas maneiras para desempenhar a sua atividade, com os recursos que estão disponíveis no momento, sem deixar que os empecilhos interpelem a sua atividade.

Mediante a situação acima explicitada os autores observaram que atividade de trabalho de tais profissionais na instituição perpassa uma escassez de recursos para a manutenção das instalações de trabalho. Este fato faz com que os lugares danificados da instituição sejam arrumados na urgência dos ocorridos, ofertando muitas das vezes uma solução improvisada, e que, na maioria das vezes tornam-se permanente. E por consequência, os problemas estruturais da instituição permanecem.

Além da escassez de recursos para a manutenção das instalações de trabalho, há também de acordo com o anúncio dos trabalhadores, uma escassez de recursos para as atividades da oficina e do ateliê, pois este trabalho está “fora da rede”. Isto é, a condição da oficina e do ateliê estar dentro de um hospital psiquiátrico, impossibilita que estas atividades obtenham recursos financeiros destinados aos serviços de saúde com características de trabalho, como a destes espaços (hospitais psiquiátricos).

Os achados da pesquisa em questão trazem duas reflexões importantes, a primeira relaciona-se às oficinas de artesanato realizadas no ambiente do hospital psiquiátrico, que remetem às profundas alterações que tais instituições foram submetidas, em virtude do processo de desinstitucionalização efetuada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Segundo Goulart e Durães (2010), os hospitais psiquiátricos devido ao processo de desinstitucionalização em meados da década de 1980 tiveram que alterar suas atividades e estabelecer novos processos de trabalho, enfatizando principalmente o trabalho interdisciplinar. As necessidades de modificações em tais ambientes laborais foram consolidadas mediante variadas legislações, com destaque para a Lei 10.216 de 2001, que estabelece que o tratamento em regime de internação psiquiátrica (somente quando os recursos territoriais se mostrarem insuficientes), deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral ao indivíduo com transtornos mentais, incluindo serviços médicos, psicológicos, de assistência social, ocupacionais, de lazer, e outros (BRASIL, 2002).

A segunda reflexão diz respeito especificamente à situação financeira escassa do hospital psiquiátrico analisado, que pode estar relacionado com diminuição de recursos financeiros destinados a estes ambientes laborais, em virtude do próprio processo de

desinstitucionalização que ganhou força com a Lei 10.216 de 2001 que instituiu uma limitação das internações psiquiátrica e favoreceu o fortalecimento de serviços substitutivos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

No entanto, com as alterações atuais da política nacional de saúde mental, o qual inclui o hospital psiquiátrico na RAPS, foram criados novos procedimentos para faturamento hospitalar, de acordo com o porte do hospital e o número de dias de internação, isto é, um para internações curtas (até 90 dias) e outro para internações prolongadas (mais de 90 dias), tendo sido reajustados e aumentados os valores direcionados a estas instituições de saúde (BRASIL, 2019). Assim, tal situação de recursos financeiros escassos no hospital psiquiátrico analisado, pode ser modificado.

De acordo com os achados especialmente dos estudos de Telles, Jardim e Rotemberg (2020) e Mendes e Cunha (2018), pode-se observar de forma nítida que o hospital psiquiátrico ainda mantém a sua função e posição tradicional na sociedade contemporânea, especialmente a brasileira, visto que todos os estudos são referentes ao contexto nacional.

Em outras palavras, o hospital psiquiátrico ainda preserva em sua estrutura os princípios pinelianos do isolamento social e tratamento moral, bem como a ideia de manutenção de uma ordem social contra às desordens dos loucos, trazendo soluções (parciais) para os problemas sociais (principalmente aqueles relacionados às drogas), fato que na realidade contribui ainda mais para a segregação e preconceitos em relação aos indivíduos com transtornos mentais e usuários de drogas (FOCAULT, 1979; AMARANTE, 1998; 2013; MENDES; CUNHA, 2018).

Segundo Costa-Rosa (2000), apesar do hospital psiquiátrico ter passado por variadas reformas democratizantes, esta instituição ainda mantém a ênfase na doença mental, e por consequência na figura do médico e na terapêutica medicamentosa. Há a presença de uma equipe multidisciplinar, porém não há uma grande interconexão entre os profissionais da equipe. Desse modo, ainda existe um saber bastante estratificado, e as práticas laborais pautadas no estabelecimento de relações hierárquicas. Por consequência, a atividade laboral é centrada na figura do médico e da medicação, sendo os demais profissionais considerados secundários e auxiliares.

9.3.2.3 A comunidade terapêutica

Foi encontrado apenas um estudo referente ao contexto de uma comunidade terapêutica (E.37), e esta pesquisa abordou sobre a questão trabalho e saúde nesse ambiente, por meio da ergologia e da ergonomia, enfatizando sobre os riscos laborais no contexto, principalmente relacionados à violência.

Inicialmente deve-se saber que a modalidade de tratamento em comunidade terapêutica surgiu na Inglaterra e ganha destaque e reconhecimento no ano de 1959, com o seu principal representante Maxwell Jones. Esta proposta visava qualificar a psiquiatria, por meio de mudanças no hospital psiquiátrico, para que este, pudesse desempenhar o seu real papel terapêutico. Inicialmente, foi utilizada para o tratamento de pessoas com problemas psiquiátricos crônicos, a partir da experiência com militares participantes da Segunda Guerra Mundial, internados em um hospital psiquiátrico, em decorrência de traumas psíquicos diversos (AMARANTE, 2013).

O objetivo de tal modelo era fazer com que os pacientes conhecessem e se envolvessem com sua terapia através de uma aprendizagem social resultante da interação entre profissionais e pacientes. Para isso, eram realizadas reuniões diárias com todos os pacientes internados e a equipe responsável. Posteriormente, este modelo foi adaptado para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas. (AMARANTE, 2013; BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015).

Para uma melhor compreensão, uma comunidade terapêutica é um local, no qual os usuários de substâncias psicoativas residem para alcançar a sua reabilitação, num período que pode variar de seis a doze meses, dependendo do critério da instituição. Uma vez internado, o residente deverá se comprometer com o programa de tratamento ofertado, e deve realizar variadas atividades ao longo do dia, disponibilizadas pela comunidade, bem como outras atividades em locais fora da instituição (FOSSI; GUARESCHI, 2019),

As comunidades terapêuticas visam promover alterações no comportamento dos indivíduos e favorecer a sua reinserção na sociedade. Para que isso aconteça, o processo terapêutico preconiza intervenções com o foco na atribuição de funções, direitos e responsabilidades por parte dos residentes, envoltos por valores como: solidariedade, honestidade e espiritualidade (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015).

Por sua vez, Feliciano, Mendes e Moraes (2018), realizaram um estudo em uma comunidade terapêutica de uma cidade de Minas Gerais, e encontraram um trabalho assistencial para com os dependentes químicos, marcado pelas seguintes características: internação de natureza voluntária com duração máxima de seis meses; existência da prática de ressocialização (no quarto e quinto mês de tratamento, o residente tem o direito de passar oito dias em casa); atividades grupais voltadas para o trabalho, que possui um caráter terapêutico; conjunto de regras pré-estabelecidas pela comunidade que devem ser seguidas fielmente pelos residentes, à custo de um bom tratamento e da permanência na comunidade. E por fim, a internação dos residentes através de quatro caminhos distintos: encaminhamento do CAPS ad, do programa intitulado Aliança do Governo de Minas Gerais (convênio), via particular e judicial.

Mediante todo este contexto da atividade, os participantes da pesquisa em questão relataram que o dia a dia no dispositivo de saúde geralmente é calmo, porém alegaram que se sentem desprotegidos e com medo de sofrer algum tipo de agressão por parte dos residentes, pois lidam com indivíduos de todos os tipos e características, e a partir de experiências já vivenciadas no local, ficam com receio de o residente em um eventual momento entrar em crise e agredir o profissional ou, até mesmo, em outro momento, fora da instituição, pode surtar e se vingar. Tal situação evidenciou a existência de risco psíquico no ambiente laboral.

Para gerir os riscos laborais, os autores identificaram que os trabalhadores realizam certas ações, visando diminuir a possibilidade de ocorrência de riscos no ambiente, principalmente aqueles relacionados à violência. Em outras palavras, antecipam os riscos como por exemplo: não recebem (quando possível) usuários em crise de abstinência, e pacientes que ainda não receberam a devida prescrição medicamentosa para controle de possíveis crises, falta de sono, agitação; advertem (de forma terapêutica) seja verbalmente ou através da privação de algo (em casos graves), quando o residente comete algum ato falho em relação às regras prescritas, para evitar problemas mais sérios com os usuários, e por fim, as decisões sobre os casos dos residentes são feitas com a participação do coletivo de trabalho, estas decisões em coletivos segundo os pesquisadores evidenciam a criação de ECRP.

Por consequência, o estudo demonstrou que a atividade em questão comporta um “vazio de normas”, pois as normas antecedentes não são suficientes para abranger todas as situações laborais, bem como as variabilidades técnicas e humanas existentes no ambiente laboral, e solicitam o constante agir dos trabalhadores, para gerir o trabalho, fazendo usos de si e dos outros e reinventando novas maneiras de trabalhar.

Tal feito é visível quando os participantes da pesquisa relatam que há amarrações no trabalho, isto é, situações que dificultam o trabalho, e citam como exemplo, o fato de não serem a porta de entrada do serviço em saúde mental, e o estabelecimento de convênios com o governo, que fazem com que sejam encaminhados para a comunidade, variados pacientes que não têm perfil para o atendimento neste dispositivo, porém, como não há uma maneira de contornar tal situação, devem promover o atendimento, lidar com as amarrações e por consequência, se sentem mais vulneráveis aos riscos no ambiente laboral.

Como há um “vazio de normas”, verificou-se também que os profissionais realizam debates de normas circunscritos por valores, no qual se opta por uma determinada norma com o seu respectivo valor para realizar o trabalho. Este debate de normas no cenário da pesquisa, se dá mediante um choque de normas e valores diversos, e no fim o trabalhador escolhe uma norma para trabalhar, a qual comporta valores distintos.

Esta situação é verificada quando um dos participantes relata que em sua concepção, a comunidade terapêutica não deveria se vincular ao governo (convênios), pois, esta instituição foi feita para indivíduos que estão no processo inicial da dependência química, e não para sujeitos que estão com a dependência já agravada com o desenvolvimento de psicoses, e por conta disso, o trabalhador deve realizar uma função a mais, isto é, administrar medicamentos. Além disso, tal situação faz com que o paciente fique retornando para a comunidade, pois ele não tem perfil para estar na comunidade. Em outras palavras, esse não é o lugar correto para o paciente, e por consequência a comunidade terapêutica não consegue realizar a sua função.

O estudo identificou também a importância dos saberes da experiência de tais trabalhadores para a realização do trabalho, e por consequência no enfrentamento às possíveis variabilidades técnicas e humanas que surgem no desenrolar do serviço. Bem como no enfrentamento a relação trabalho e saúde.

Outro fator interessante encontrado pelos autores é a existência de uma contradição na rede de serviços de saúde mental, pois, há variados dispositivos de saúde existentes nesta rede com perfis de tratamento diferenciados, inclusive na comunidade terapêutica analisada (coexistência da abordagem psicossocial, sociocultural, e intervenções baseadas em intervenções religiosas).

Tal situação no geral, de acordo com os autores pode levar a uma sobrecarga de setores que seriam responsáveis por apenas uma parte do tratamento, como é o caso da comunidade terapêutica analisada, podendo sinalizar também sobre a efetividade da rede de atenção

comunitária e a redução dos leitos psiquiátricos de forma inadequada, levando os pacientes a uma falta de assistência, visto que não há uma padronização geral comum a todos os serviços.

Perante os achados dos autores, surgem-se algumas reflexões sobre a atividade laboral em comunidade terapêutica. Inicialmente tendo em mente o processo da Reforma Psiquiátrica, percebe-se que o ambiente de uma comunidade terapêutica, ainda mantém certas características da psiquiatria tradicional, através de práticas como: internação, estabelecimentos de regras impostas aos residentes, advertências terapêuticas aos pacientes que promovem atos falhos. Todas essas ações ainda condicionam os residentes a um tratamento moral e um isolamento social, princípios básicos da psiquiatria clássica.

Segundo Bolonheis-Ramos e Boarini (2015), o atendimento e tratamento em comunidades terapêuticas é embasado de forma predominante no modelo moral, podendo também apresentar de modo complementar filosofias que remetem à organização que fundou a comunidade, como: técnicas de autoajuda, princípios religiosos, terapia comportamental, abordagens psicanalíticas, entre outras. Tais instituições têm como objetivo possibilitar aos pacientes o amadurecimento pessoal, a reinserção social, bem como, a abstinência completa de qualquer tipo de substância.

Para tanto, se deve separar o dependente químico de seu ambiente físico, social e psicológico, visto que este, geralmente está associado à perda de controle e a um estilo de vida disfuncional. Desse modo, esta separação possibilita ao usuário ficar longe das drogas, e também uma vinculação gradativa à comunidade terapêutica e a sua filosofia de vida (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015).

De acordo com os autores supracitados, as práticas empregadas nas comunidades terapêuticas, remetem às ações empreendidas nos antigos manicômios, inclusive o ato de “esconder”, “isolar” os considerados desajustados para a sociedade (dependentes químicos) em um ambiente supostamente terapêutico.

Desse modo, conforme dito anteriormente, os princípios pinelianos se fazem nitidamente presentes em tais dispositivos de saúde, no qual deve-se isolar o paciente do mundo externo, afastando-o das causas externas que podem levar ao seu adoecimento, e também corrigir a sua mente desregrada, e possibilitar o encontro com suas verdadeiras emoções e pensamentos, através de princípios moralizantes, com muita ordem e disciplina (AMARANTE, 2013).

Em relação a descoberta da pesquisa de Feliciano, Mendes e Moraes (2018), sobre a existência de diferentes perfis de tratamento nos serviços da rede de atenção psicossocial, levando ao surgimento de contradições nesta rede, pode-se dizer que tais contradições são decorrentes de um embate entre a política de segurança pública no Brasil que segue a lógica do proibicionismo às drogas, e por consequência prega a abstinência total (lógica perpetuada pelas comunidades terapêuticas), e a própria Reforma Psiquiátrica que valoriza um cuidado à saúde não atravessado pela visão moralizante dos usuários de drogas, pautando-se na prática da Redução de Danos (lógica encontrada nos serviços do CAPS Ad), que não prioriza, necessariamente, a abstinência (BRASIL, 2004; FOSSI; GUARESCHI, 2019).

Deve-se, portanto, salientar que mediante as recentes alterações da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional sobre Drogas, o Ministério da Saúde, mantém a sua posição contrária a legalização das drogas e passa a priorizar estratégias de tratamento que visam a abstinência do indivíduo, através de ações de promoção de abstinência, suporte social, promoção da saúde e redução de riscos sociais e a saúde (BRASIL, 2019).

9.3.3 Ergologia e os serviços de atenção básica da saúde

O campo da atenção básica da saúde comportou apenas cinco estudos identificados, o que representa 8,46% dos artigos selecionados nesta revisão. Estas pesquisas envolveram a análise do trabalho da área da enfermagem (E.1, E.10), do agente comunitário de saúde (E.11), do cirurgião dentista (E.16) e por fim da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família (E.29).

Os dois estudos referentes ao trabalho de enfermagem evidenciaram as condições precárias de trabalho que tais profissionais estão submetidos, impactando na saúde de tais trabalhadores, bem como na qualidade da assistência prestada ao usuário do serviço.

Nesse sentido, Fontana e Lautert (2013), identificaram que a equipe de enfermagem atuante de uma Unidade Básica de Saúde, localizada no interior do Rio Grande do Sul estão submetidos a inúmeros riscos laborais como: riscos físicos (existência de ruído acima dos valores normais, salas pequenas e mal arejadas o que predispõe a desconforto térmico); químicos (em virtude da administração de medicamentos e desinfecção de materiais sem a utilização correta de equipamentos de proteção individual, como máscaras); biológicos (contato

com pacientes com doenças infectocontagiosas como: tuberculose, HIV, e muitas das vezes sem os EPI's); ergonômicos (realização de tarefas com repetição de movimentos, como preparação de embalagens de curativos, ou auxiliar os pacientes a subir/descer da maca, colocá-lo na cadeira de roda, dentre outros), e por fim os riscos psicossociais (agressões verbais e demais constrangimentos que tais profissionais sofrem no cotidiano laboral).

Segundo as autoras, esta situação da existência de inúmeros riscos laborais no campo analisado, além de representar uma falha brusca da gerência do serviço de não estar cumprindo com as normas antecedentes referentes principalmente a NR 32 (norma regulamentadora que diz respeito a segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde), reflete principalmente as precárias condições de trabalho que a equipe de enfermagem está submetida.

Nesse sentido, os trabalhadores para dar conta dos objetivos do trabalho, e lidar com as inúmeras variabilidades do meio, principalmente relacionadas aos riscos laborais, devem fazer escolhas, ou usos de si, e criar novas maneiras para se trabalhar ou renormalizar, porém as autoras sinalizam, que os usos de si feitos pelos profissionais podem ser na realidade, maus usos de si, ou seja, escolhas ruins decorrentes de uma organização e condições laborais precárias, para tornar o trabalho possível, refletindo em maior exposição aos riscos laborais, insatisfação e sofrimento no trabalho, acometimento por doenças, e também uma má assistência ao paciente.

Em um outro estudo também realizado em uma cidade do Rio Grande do Sul, com enfermeiras de uma Unidade Saúde da Família, Bertoncini, Pires e Scherer (2011), também observaram condições de trabalho deficientes, principalmente relacionadas ao déficit de funcionários (ausência de auxiliares administrativos, agentes comunitários de saúde, médicos, dentre outros profissionais).

Este fato faz com que as enfermeiras responsáveis pelo serviço, debatam as normas, façam escolhas e promovam renormatizações, para manter o serviço funcionando e seguir na medida do possível as prescrições referentes às políticas da atenção básica. Este debate de normas, escolhas e renormatizações são envoltas por valores relacionados ao cuidado ofertado ao indivíduo e também relacionados à manutenção da produtividade no serviço, e a eficácia no serviço.

No entanto, essas escolhas (usos de si) que se traduzem em renormatizações como por exemplo: colocar um agente de saúde para fazer o papel de auxiliar administrativo, o enfermeiro para fazer a busca ativa de indivíduos hipertensos e diabéticos do território, dentre outros,

podem refletir em desvios de função entre os profissionais, insatisfação e desmotivação com trabalho, aumento da carga de trabalho para todos os profissionais envolvidos, bem como uma precária assistência ao usuário do serviço.

Em relação aos maus usos de si e de renormalizações Schwartz (2015), observa que o indivíduo em atividade está sujeito ao erro em suas cristalizações e renormalizações, pois há circunstâncias em que os valores sustentados pelos protagonistas, aqueles que pesam sobre as renormalizações, são incômodos e discutíveis. Portanto, as escolhas e as próprias renormalizações podem apresentar aspectos positivos e negativos. Tal situação reflete a própria humanidade, isto é reconhecer que o ser humano está sujeito a acertos e erros.

Saindo do campo da enfermagem e visualizando o trabalho de uma equipe multiprofissional de um serviço de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro, frente a uma série de metas e indicativos de desempenho que devem seguir e alcançar para obter uma boa avaliação no serviço da sua unidade de atenção básica, Castro e Oliveira (2017), detectaram que a atividade de cuidado está muito longe de ser uma simples execução de tarefas, metas e indicativos de desempenho, e por sinal muita complexa que se constrói no dia a dia a partir do estabelecimento entre profissional e usuário de atitudes como: vínculo, acolhimento, diálogo e responsabilização.

Além desse fato, o trabalho comporta altas demandas, juntamente com suas infidelidades, que convocam os trabalhadores a fazerem usos de si, debaterem as normas e valores, e por fim traçarem novas formas e estratégias para conduzir as variadas demandas que surgem, contribuindo assim para uma maior distância entre o prescrito e o real da atividade, bem como para uma impossibilidade de atender todas as metas e imposições de avaliação dos serviços.

Segundo os autores, o trabalho pautado em uma série de metas a serem alcançadas contribui para a ocorrência de variados problemas no ambiente laboral, em virtude da existência de uma pressão para se atingir tais metas, como: descontentamento e insatisfação com o trabalho, fomento a concorrência e competitividade entre os funcionários, prejudicando a construção de um trabalho coletivo, e que por consequência leva a sofrimento do trabalhador e a outros problemas de saúde, bem como também impacta seriamente na qualidade da assistência prestada ao usuário.

A existência dos sistemas de metas no trabalho em saúde pública indica fortemente as transformações que este processo de trabalho vem sofrendo ao longo das últimas décadas, com

a presença de um modelo de gestão do campo privado, que através da imposição de um conjunto de metas a serem cumpridas, levam a um controle sobre o trabalhador focando principalmente em sua produtividade, e nada mais além disso (CASTRO; OLIVEIRA, 2017).

Em relação ao trabalho dos agentes comunitários de saúde de uma Estratégia Saúde da Família de Vitória – Espírito Santo, Binda, Bianco e Souza (2013) verificaram uma atividade fortemente marcada por normas antecedentes, e simultaneamente um vazio de normas e principalmente por questões sociais que demandam usos de si, debates de normas e valores e renormalizações por parte dos profissionais para realizarem o seu trabalho.

Uma questão social que marca o trabalho de tais profissionais e também as dramáticas dos usos de si da sua atividade, é a gestação precoce que acomete muitas adolescentes do território ao qual pertence o ESF, desse modo, os agentes comunitários se esforçam para atingir os objetivos de seu trabalho (realizar o cadastramento das gestantes no posto de saúde, marcar consultas de pré-natal), e por outro lado como mães e amigas das pessoas da comunidade tentam orientar e alertar as mães e adolescentes do territórios sobre os perigos e as consequências de uma gravidez precoce. Porém, acabam que não são muito bem-sucedidas em ambas as atribuições, o que leva a uma certa frustração com o trabalho.

Outro aspecto social inerente a esta atividade é a questão das drogas muito presente na área da ESF analisado, que convoca os agentes comunitários a traçar novas maneiras para trabalhar, muitas delas associadas a ação de fingir que não viu ou não sabe de nada. Por outro lado, esta atividade leva ao surgimento de medos e insegurança, justamente pelo fato de conhecerem todos da comunidade e principalmente todos os problemas da comunidade.

Por fim, a partir do contexto laboral de cirurgiões dentistas de um ESF do Distrito Federal, Reis, Scherer e Carcereri (2015) observaram que o trabalho de tais profissionais é marcado por inúmeras normas antecedentes referentes à própria profissão e aquelas associadas à Política da Atenção Básica e a Política de Saúde Bucal, e um universo de valores sustentados por tais profissionais, que estão ligados tanto aos princípios de tais políticas (trabalho coletivo, ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde) quanto às práticas tradicionais da odontologia, tratamento individual e curativo.

Mediante este universo de normas e valores, e uma distância entre as prescrições e o real da atividade, os autores constataram que alguns profissionais renormalizam o seu trabalho, criam novas formas de trabalhar que favoreçam os princípios de uma saúde coletiva, porém há também profissionais que debatem as normas e valores, e modificam as prescrições mediante

os valores de uma prática tradicional da odontologia, ocasionado uma manutenção do modelo tradicional, relacionado à atenção a demanda espontânea, de cuidado individual e curativo.

De acordo com os autores tal situação sinaliza para a existência de um conflito entre as prescrições da ESF (políticas de atenção básica) e as normas e valores que os cirurgiões-dentistas julgam mais viáveis e pertinentes para efetuar o seu trabalho, no qual há um predomínio de práticas tradicionais de cuidado odontológico, por grande parte dos trabalhadores.

9.3.4 Ergologia e os serviços de atendimento pré-hospitalar

Neste tópico foi encontrado apenas um estudo relacionado ao serviço de saúde pré-hospitalar (E.17), representando 1,69% dos artigos empíricos selecionados nesta revisão. A referida pesquisa teve como participantes e cenário, os motoristas de ambulância de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de uma cidade do estado da Paraíba.

Nesse sentido, Pinto e Souza (2015), ao analisarem o trabalho de tais profissionais verificaram que esta atividade comporta inúmeras variabilidades como: viaturas danificadas, ausência de alguns tipos de materiais para prestar o socorro (instrumentos para o corte da lataria de veículos acidentados), engarrafamentos, horários de pico, más condições das vias de tráfego, a falta de cooperação no trânsito, chuvas, dentre outras.

Frente a todas essas infidelidades do meio, os motoristas são convocados a fazer escolhas, usos de si, debateram as normas e promoverem renormalizações, principalmente relacionadas ao trânsito, como agilidade e rapidez para chegar o mais breve possível ao local designado, alterações de vias, etc., tudo isso para cumprir com as tarefas de seu serviço.

Os autores identificaram que apesar dos motoristas serem indivíduos com valores distintos uns dos outros, em todo esse universo de debate de normas e renormalizações há a prevalência de valores não dimensionáveis compartilhados por todos, isto é, o valor de salvar uma vida, do cuidado para com a vida do paciente, bem como o cuidado com a saúde e segurança de todos os envolvidos durante o processo de salvamento (paciente e demais profissionais).

Esta dimensão de valores do bem comum compartilhados por todos os motoristas conferem um sentido, uma significação para o trabalho realizado, por consequência há nesta atividade há formação de entidades coletivas relativamente pertinentes, um trabalho em equipe, no qual cada profissional desempenha a sua função em prol de um bem comum, da luta pela preservação da vida de um ser humano.

9.3.5 Ergologia e serviços de saúde de outro país

O resultado desta revisão integrativa evidenciou apenas um único estudo empírico que emprega a perspectiva ergológica na análise laboral, de um serviço de saúde referente a outro país, no caso a Secretaria Distrital de Saúde de Bogotá - Colômbia (E.43). Tal estudo enfatiza a relação trabalho e saúde no ambiente laboral.

Dessa maneira, Castro, Garcia e Moraes (2016) ao analisarem a atividade de trabalho de tal serviço de saúde, verificaram que esta atividade é permeada por inúmeras e distintas normas antecedentes (prescrições do ministério da saúde do próprio país, dos gestores locais, prefeituras e comunidades, e as normas endógenas de cada trabalhador). Estas normas são circunscritas por valores diferenciados relacionados aos princípios de uma saúde pública que visa a promoção de um bem-estar a toda a população, bem como os valores do mercado (produtividade, metas individuais), tornado essas normas antecedentes bastantes ambíguas.

Além dessa saturação de normas antecedentes a nível macro e micro e muitas das vezes ambíguas, os pesquisadores identificaram que os profissionais estão sujeitos a precárias condições de trabalho, principalmente relacionadas aos variados vínculos empregatícios que coexistem no serviço de saúde analisado, o que contribuem para a fragmentação do coletivo, e até mesmo competitividade entre os membros da equipe.

Frente a essa saturação de prescrições, muitas das vezes insuficientes para abarcar todas as situações cotidianas do trabalho, as dificuldades do trabalho em equipe, bem como outras condições laborais precárias, os trabalhadores são convocados a debaterem as normas e valores, e renormalizam o seu trabalho, para atingir as tarefas pré-determinadas.

Porém, a capacidade de renormatizar dos profissionais analisados varia de acordo com a posição ocupada pelo trabalhador na instituição (nível de cargo, mais tempo de serviço, forma de recrutamento). Dessa maneira, quanto maior a intensidade de tal posição ocupada pelo

trabalhador, maior será a sua liberdade e autonomia para renormatizar o seu trabalho. Já aqueles profissionais em níveis hierárquicos menores possuem menor liberdade e menor capacidade para renormatizar, fazendo com que o trabalho fique mais preso às prescrições, o que gera certo descontentamento e insatisfação com o trabalho.

Os pesquisadores, por sua vez, sinalizam que mesmo as renormalizações no ambiente laboral analisado ocorrerem de forma diferenciada entre os trabalhadores do serviço de saúde, essa capacidade de criar novas normas no trabalho, ainda são capazes de compensar certas dificuldades do trabalho e gerar uma proteção à saúde do trabalhador, mesmo que em pequenas quantidades, não sendo encontrado no contexto laboral analisado, grandes acometimentos à saúde dos profissionais.

9.3.6 Ergologia e os serviços da educação

Dentre os estudos empíricos associados aos serviços de educação, identificados nesta revisão integrativa, estes representaram uma quantidade de seis artigos científicos empíricos, indicando 10,29%, das pesquisas selecionadas.

De modo mais preciso, cinco estudos foram referentes a educação básica, e entre estes apenas dois estudos ocorreram em escolas de ensino fundamental (E.5, E.18), o restante classificou a escola analisada como pertencente a educação básica (E.4, E.50, E.58). Apenas um estudo esteve relacionado à educação superior (E.38). Em todas as pesquisas os participantes foram docentes das escolas analisadas.

Na sequência, três dos artigos identificados abordaram sobre a relação trabalho e saúde, a outra metade se conteve em apenas conhecer a atividade dos professores, apresentados no decorrer da discussão aqui empreendida.

Inicia-se a discussão através da atividade de trabalho dos professores da educação básica. Almeida, Heckert e Barros (2011) através da perspectiva ergológica e da concepção normativa de saúde de Canguilhem, promoveram uma análise sobre a primeira experiência profissional de uma professora de educação física em uma escola estadual do Espírito Santo.

Identificaram uma atividade de trabalho permeada por alguns fatores como: inexperiência profissional e parte da vida estudantil da profissional vivenciada na referida

instituição, o que levou ao conhecimento prévio da professora por parte de muitos professores da escola, e agora colegas de trabalho, que repercutiram na saúde da participante, através da experimentação por parte desta, de alguns sentimentos como insegurança, angústia, medo de não conseguir responder às expectativas de todos, bem como de não conseguir realizar as tarefas determinadas, e que por consequência promoveram o adoecimento da professora (transtornos mentais leves).

Os autores demonstraram que a profissional para enfrentar o adoecimento, procurou assistência médica, e também resolveu promover uma mudança de postura e enfrentar as adversidades do meio, elaborando novas formas de trabalhar que atendiam tanto às prescrições didáticas, quanto as suas necessidades e anseios e também as preferências dos alunos. Para tanto, a professora buscou ajuda via os conhecimentos constituídos, e também as trocas de saberes e experiências com outros professores que vivenciavam situações semelhantes às suas.

Dessa maneira, a professora não se deixou ser dominada estritamente pelas normas externas, e fez escolhas, se reinventando frente às adversidades, tornando o ambiente em que vive parte de sua vida mais vivível, e centralizando este, também em torno de suas regras e desejos, e não apenas nas normas ditadas pelo meio exterior.

Seguindo a linha da relação trabalho e saúde, e da atividade de trabalho de professores da educação básica, Vieira Júnior e Santos (2011), visando analisar as renormalizações elaboradas por professores ditos “saudáveis” (profissionais sem afastamentos de sua atividade por motivos de saúde, desde sua posse) de duas escolas públicas de Belo Horizonte, com o objetivo de evitar o adoecimento, constataram que estes profissionais “saudáveis”, apesar de apresentarem algumas insatisfações com o trabalho (universo de normas antecedentes ora positivas, direcionam a atividade, ora negativas, geram uma sobrecarga de trabalho; baixos níveis salariais; precárias condições de infraestrutura da escola, dentre outras), reagem às variadas infidelidades do meio e ao vazio de normas, através da criação de estratégias internas e externas ao ambiente escolar (renormalizações), e com isso diminuem as tensões, nervosismo e sensação de cansaço provenientes do trabalho.

Desse modo, as renormalizações efetuadas por tais trabalhadores englobam ações como: levar os materiais necessários as aulas, de sua própria casa ou emprestados de outra escola (aparelhos de som e de DVD); alteração das prescrições ou das atividades a serem desenvolvidas, em virtude das demandas dos alunos (aulas sobre uso de drogas, sexualidade); realizar atividades em grupos para minimizar os desgastes físicos e preservar a voz; praticar

atividades físicas e de lazer para diminuir o estresse do trabalho; esforçar para não serem privados da vida social, e por fim, praticar alguma atividade espiritual.

Um outro estudo realizado em uma escola estadual da Paraíba, com uma professora de língua inglesa com diagnóstico de síndrome de *Burnout*, Paiva (2021), fornece uma análise interessante, pois demonstra que as infidelidades do meio, relacionadas à referida escola, caracterizadas por baixo remuneração, que fez com que a professora acumulasse dois cargos no Estado (44 aulas ministradas por semana nos três turnos do dia) e por consequência sobrecarga de trabalho; infraestrutura inadequada da escola (ausência de materiais, cadeiras em má estado, dentre outras); desvalorização do professor; condições sociais e comportamentais do alunos que refletem em violência laboral, uso de drogas), contribuíram de forma substancial para o desenvolvimento da síndrome por parte da professora, tipificado pelos sinais e sintomas de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização no trabalho.

Percebe-se mediante a referida pesquisa que o meio impôs as suas regras à professora, que por consequência gerou adoecimento, e a participante no retorno ao trabalho após três meses afastada devido ao quadro patológico, segundo a autora, não se vê em condições de renormatizar o meio, de gerar respostas aos problemas referente ao meio e assim viver com saúde, pois já está doente em um meio com regras severas e complexas, que se traduzem também em variados problemas amplos e complexos, isto é questões sociais, econômicas, que não se dizem respeito a somente um único indivíduo, mas toda a sociedade.

Em um outro contexto educacional, uma escola pública do Rio Grande do Sul, Freitas e Facin (2015) à luz da ergologia e da análise do discurso, verificaram um trabalho docente bastante preso às prescrições, no qual a maioria dos docentes optam por obedecerem às normas impostas, pois se não seguirem conforme o estabelecido, podem sofrer penalizações da direção. Assim, seguir às regras neste caso, se torna uma maneira de se proteger contra possíveis problemas com a direção, ao mesmo que atender as ordens dos superiores significa mostrar eficácia no trabalho. Tal situação sinaliza para as dramáticas vivenciadas na atividade, bem como a ênfase de valores como disciplina, obediência que circulam nesta atividade.

Por outro lado, como o trabalho não é somente uma simples execução de normas, alguns professores demonstraram que dentro de sala de aula possuem uma certa autonomia e fazendo usos de si, de sua capacidade e singularidades, bem como das próprias prescrições, conseguem promover algumas modificações no seu trabalho, rernormalizando-o, e por fim

ressingularizando a sua atividade, mesmo que segundo as falas de um dos professores “tenhamos regulamentos para seguir”.

Lima e Pessoa (2020), através da ergologia e da análise do discurso promoveram a análise de trabalho de professores de uma escola pública do Pará, envolvidos com a inclusão escolar de alunos com deficiências, identificaram a relação macro e micro presente na atividade desenvolvida e as repercussões de tal fato na atividade de trabalho.

De acordo com Schwartz (2011), o trabalho caracteriza-se por uma ligação permanente entre a sua porção micro (local e tempo da ação do trabalho) e a sua porção macro (o contexto dessa ação, o global), fortemente influenciados pelas singularidades humanas, e também por determinantes sociais, políticos e econômicos, incorporadas tanto nas normas antecedentes, quanto nas normas endógenas de cada ser humano.

O trabalho acontece nesse encontro entre o micro e o macro sob a responsabilidade do trabalhador, que individual ou coletivamente, promove debates frequentemente de normas e as recria a fim de atender a demanda organizacional (BORGES, 2004; SCHWARTZ, 2011).

Nesse sentido, Lima e Pessoa (2020) relatam que a inclusão escolar de pessoas com deficiência gerou modificações nos paradigmas da sociedade e por consequência nas normas antecedentes referentes a este público alvo. Estas mudanças ao nível macro traduzidas especialmente na forma de legislações e prescrições diversas produziram alterações a nível micro nas atividades em sala de aula desenvolvida, nas relações de trabalho, dentre outras.

Assim, para realizar o trabalho possibilitando a inclusão de pessoas com deficiência na escola regular, os professores apoiam-se nas mais variadas normas antecedentes referentes a temática em questão leis, projetos pedagógicos, diretrizes curriculares, regimentos, programas, dentre outros). Por outro lado, substanciam sua atividade nos saberes da experiência, saberes singulares e coletivos que surgem ao lidar com as demandas e variados problemas do desenrolar da atividade docente.

Por consequência, os professores fazem ajustes, renormalizam a sua atividade, preenchendo as lacunas entre o prescrito e o real, pois a prescrição não comporta todas as intempéries que podem surgir no desenrolar da atividade, e ainda segundo as autoras apesar das normas apresentarem aspectos positivos e permitir avanços na inclusão de pessoas com deficiências na escola regular, ainda se mostram muito longe da atividade, podendo sinalizar para uma não total efetividade de tais políticas na prática.

Por fim, a única e última pesquisa empírica que está relacionada ao ensino superior é o estudo de Freitas e Souza (2018), realizado em uma universidade pública. Os autores identificaram uma atividade permeada por normas antecedentes, ligadas às regras governamentais e também institucionais. Além dessas, há também as prescrições que não estão presentes nos manuais, porém existem socialmente (comportamento institucional, trabalhar em casa, gestão do tempo de aula, dentre outros).

Por consequência, como as normas antecedentes são sempre insuficientes para abranger todas as situações e variabilidades laborais, os docentes renormalizam sua atividade, de acordo com as situações que se apresentam, conferindo as suas escolhas, suas singularidades e sua marca ao seu trabalho, como por exemplo o caso da obrigatoriedade da presença do aluno em sala de aula, mais especificamente o controle de faltas, alguns professores optam por seguir a norma, isto é, o aluno não está na sala recebe falta, outros optam por conferir presença aos alunos que chegam até o final da aula e respondem ao controle de presença, para evitar que estes discentes atrapalhem a sua aula, e também por terem conhecimento de que que esses alunos têm grandes chances de serem reprovados por nota, devido não terem aproveitado as explicações e atividades em sala de aula.

Outra renormalização efetuada pelos docentes refere-se à estratégia de trabalhar ou não em casa ou em outro local fora da instituição, visto que a alta demanda que este trabalho comporta faz com que tal ação muitas vezes seja necessária. Esta situação sinaliza também, segundo os autores, para um uso de si, as escolhas do profissional, e também um uso de si pelos outros, no caso a universidade, que faz uso destes trabalhadores para além do horário de trabalho, devido a uma insuficiência de suas prescrições.

Outro fator de destaque é que muitas das vezes essa renormalização de trabalhar em outro local, não perpassa somente uma escolha individual, perpassa também o crivo dos outros, dos colegas de trabalho, pois segundo a norma social, os docentes devem comparecer na universidade, pois essa ação demonstra que o sujeito está trabalhando.

Desse modo, os imprevistos que surgem no desenrolar da atividade exigem que o docente encontre novas formas de fazer o que lhe é esperado, sendo necessário ser criativo e inovador para cobrir as brechas das normas, as imprevisibilidades cotidianas encontradas toda vez que o docente entra em sala de aula.

9.3.7 Ergologia e outros serviços

Este grupo englobou uma quantidade de quinze artigos empíricos, representando 25,37% dos artigos selecionados nesta revisão, os quais analisaram diversificados contextos laborais pertencentes ao setor de serviços, dentre eles: o trabalho de operadoras de telemarketing (E.6, E.20), de inspetores ferroviários (E.14), gerentes de hotéis (E.21), pilotos de unidade aérea de segurança pública (E.32), de um jovem empreendedor de uma empresa de investimentos (E.19), de servidores públicos de uma agência da previdência social (E.33) e de um tribunal regional do trabalho (E.39), da defesa civil (E.51), de um abrigo institucional para crianças e adolescentes (E.24), de um sindicato de uma universidade mexicana (E.53), de uma instituição da polícia militar (E.52), de uma unidade conservação de animais (E.25), e o trabalho de motoristas e entregadores via aplicativos (E.59), e por fim o trabalho com prostituição (E.15).

A maioria destes artigos visam o conhecimento sobre a atividade humana no contexto analisado (E.14, E.21, E.24, E.25, E.19, E.39, E.52, E.59), o restante apresenta como eixo central a relação trabalho e saúde (E.6, E.15, E.20, E.32, E.33, E.51, E.53).

Inicia-se a discussão pelo estudo empreendido por Oliveira e Sales (2017) com pilotos de uma unidade aérea de segurança pública. Este trabalho comporta uma série de ações (resgates de vítimas em casos de desastres, combates a incêndios florestais, transporte de tropas, auxílio à captura de cidadãos infratores, dentre outras), que possibilitaram os autores identificar um trabalho permeado por inúmeros riscos à vida e segurança dos profissionais e de toda a tripulação, frente a natureza perigosa desta atividade.

Desse modo, os profissionais para lidar com todas essas situações perigosas do seu trabalho, valorizam bastante as normas antecedentes desta atividade, traduzidas por inúmeras legislações e procedimentos operatórios padrões referentes à cada situação vivenciada, indicando até a necessidade constante de treinamentos e atualizações sobre tais normas.

Apesar da grande importância das normas antecedentes para o desenvolvimento da atividade em questão, os pilotos reconhecem também que frente as várias infidelidades que aparecem no cotidiano laboral (condições climáticas, clamor público, a existência ou não de um local adequado para pouso, o sobrevoos em locais com a presença de fios, perda de velocidade, e outros obstáculos), tais normas não são capazes de antecipar todas as situações que surgem.

Assim, os profissionais são convocados a fazer escolhas, tendo como base os seus conhecimentos científicos e também suas experiências práticas adquiridas no dia a dia, renormalizando a sua atividade, principalmente por meio da criação de estratégias, soluções ágeis e rápidas para enfrentar os imprevistos de sua atividade. Estas estratégias ágeis são circunscritas por inúmeros valores, principalmente aqueles relacionados a manutenção da vida e segurança de todos os envolvidos.

Em um outro estudo Stella (2015) visando analisar o trabalho de um jovem empreendedor de uma empresa de investimentos na cidade de São Paulo, identificou que o trabalho real comporta uma série de dificuldades, tensões, dramas, enfim dramáticas dos usos de si vivenciadas pelo jovem empreendedor, sendo uma atividade que está muito longe da imagem produzida pelas grandes revistas relacionadas ao campo do empreendedorismo que enfatizam apenas o sucesso e os grandes rendimentos financeiros que esta atividade pode trazer.

As dramáticas da atividade do jovem empreendedor estão associadas a atitudes como: ser responsável por toda a equipe, ser responsável pela tomada de grande parte das decisões da empresa, o dilema da contratação de novos profissionais e a existência de reduzidos recursos financeiros, dentre outros aspectos. Por consequência, essas dramáticas envolvem escolhas, debates de normas, bem como a tentativa de prevalência de certas normas por parte do empreendedor para realizar e manter a sua atividade.

Todas essas escolhas, e os debates de normas envolvidos sinalizam para a tentativa de manutenção de um equilíbrio entre as normas próprias do empreendedor, provenientes de sua história e experiências, as normas do coletivo de trabalho, e também as normas sociais e econômicas. O risco de desequilíbrio desta ação pode levar, segundo o participante a problemas de saúde como por exemplo a depressão.

Outro aspecto interessante da referida pesquisa é sobre a experiência laboral anterior do participante em uma outra empresa, o qual as situações vivenciadas como realização de horas extras para realizar a sua tarefa, ausência de *feedback* ou retorno por parte da gerência sobre o seu trabalho realizado, dentre outros aspectos, possibilitaram ao jovem empreendedor um debate de normas e a criação de novas normas (renormalizações) em sua própria empresa, que além de englobar valores de produtividade, comuns a todas as atividade econômicas, englobou também os valores de um trabalho coletivo e de autonomia entre todos os profissionais envolvidos.

Assim, o jovem empreendedor estabeleceu como regras em sua empresa, reuniões semanais, a possibilidade do trabalho remoto e não apenas presencial, flexibilidade de horário, além é claro do cumprimento das tarefas por cada trabalhador, porém de modo mais flexível e participativo.

Pode-se observar que as regras criadas pelo jovem empreendedor em sua empresa de investimentos traduzem bem o momento ou a característica atual do capitalismo, ou seja, a flexibilidade. As empresas atuais pregam a gestão participativa, o trabalho em equipe, a diminuição da distância entre os níveis hierárquicos, a existência de trabalhadores polivalentes com maior qualificação e agilidade, a valorização dos colaboradores, que devem possuir certa liberdade, bem como a responsabilidade de encontrar meios para atingir as metas fixadas pela empresa, dentre outros aspectos (SELIGMANN-SILVA, 2011; ANTUNES, 2015).

No entanto, deve-se enfatizar que todas essas novas características capitalistas perpetuadas e valorizadas pelas empresas atuais ainda mantem o foco principal do sistema, isto é, o aumento da produtividade e do lucro, e utilizam dessa gestão participativa entre os trabalhadores, somente para a garantia do processo de valorização e acumulação do capital, traduzido em uma autonomia controlada ou aprisionada do trabalhador (SELIGMANN-SILVA, 2011; ANTUNES, 2015).

Por sua vez, Alvarez et al (2021), ao analisar as normas antecedentes que envolvem o trabalho de entregadores e motoristas via plataformas de aplicativos, puderam observar que tais normas estão associadas ao novo momento histórico do sistema capitalista, o capitalismo financeiro, flexível ou de modo mais específico o capitalismo de vigilância, que comporta uma racionalidade técnico-científica, codificada em algoritmos, no qual esta racionalidade algorítmica tem sido incorporada e naturalizada nas organizações como práticas de gestão como: auto avaliação dos trabalhadores e usuários; individualização das responsabilidades e atribuições, valor financeiro pago apenas ao tempo estrito utilizado para a prestação do serviço, utilização dos dados produzidos pelos trabalhadores para vender outros serviços e produtos.

Dessa maneira, este gerenciamento algorítmico é incorporado pelas plataformas de aplicativos que contribuem para a promoção de uma maior precarização e exploração deste tipo de trabalho que já é classificado como informal. Esta precarização e exploração aparece de variadas formas: submissão dos trabalhadores às regras e critérios de produção estabelecidos pelas plataformas, que em muitas das vezes por necessidade ou por receio de serem banidos ou de não receber novas demandas das plataformas se veem obrigados a aceitar; estabelecimento

por parte das plataformas dos valores de troca dos serviços que muitas das vezes não acompanham os valores de combustível, os custos com a manutenção dos veículos (sendo que todas essas ações ficam a cargo e responsabilidade do motorista e entregador), sistema de remuneração vinculado às flutuações da demanda; controle da velocidade, posição, número de horas de trabalho, as tarefas realizadas, o cumprimento dos prazos, tudo por meio dos *smartphones* dos trabalhadores; sistemas de avaliação e classificação dos trabalhadores embutidos nos aplicativos, dentre outros diversos aspectos.

Os autores sinalizam que no Brasil há uma lei federal que imbuí aos municípios a fiscalização dos serviços dos motoristas via plataformas de aplicativos, porém mesmo com a existência da lei, esta ainda não permite a solução da profunda precarização que este trabalho está submetido. Em relação ao trabalho dos entregadores via aplicativos, ainda não existe uma lei federal específica, apenas há uma lei referente aos serviços dos motoboys, porém ela não abarca as especificidades desse novo tipo de trabalho, seus novos modos de organização e riscos associados.

Por outro lado, frente a este cenário de inseguranças, incertezas e condições precárias para a realização do trabalho, os trabalhadores não ficam inertes, e promovem debates de normas e valores e renormalizações que resultam em reservas de alternativas, para enfrentarem as adversidades do trabalho real, que surgem através da criação de redes de sociabilidade de apoio nas mídias sociais, para informação e ajuda, tentando suprir, em certa medida, o suporte que deveria ser ofertado pelas empresas-plataformas em situações de acidentes e roubos. E também, funcionam como locais de mobilização política para atos e manifestações nas ruas pela aquisição de mais direitos.

Direcionado o olhar para um outro contexto laboral pertencente ao setor de serviços, no caso o trabalho em um abrigo institucional para crianças e adolescentes, Giroto e Amador (2016), identificaram que o ponto chave desta atividade é o estabelecimento de vínculo entre o profissional e o acolhido, para assim, efetuar os objetivos de seu trabalho, ou seja, responder às necessidades do acolhido (necessidades escolares, de saúde, jurídicas, dentre outras).

Desse modo, os profissionais para construírem o vínculo com os acolhidos e atingirem os objetivos de seu trabalho, enfrentam um vazio de normas, e também as infidelidades do meio (precárias condições materiais da instituição, bem como problemas dos próprios dos acolhidos com destaque para a agressividade), por meio de usos de si, renormalizações, que envolve um misto de conhecimentos técnicos e de saberes da experiência, e também valores compartilhados

por todos os trabalhadores como cuidado, afeto, e valores familiares específicos de cada profissional.

Os autores identificaram também que os profissionais analisados se apoiam num forte trabalho coletivo para enfrentarem as variabilidades do meio, o que possibilitou a verificação da criação de entidades coletivas relativamente pertinentes em algumas situações do trabalho observadas, principalmente aquelas decorrentes de agressividade por parte do acolhido para com o trabalhador em atividade, no qual para acalmá-lo, o trabalhador recorre a ajuda do profissional que tenha mais vínculo para com este, e assim juntos conseguem amenizar a situação.

Em virtude da constante agressividade por parte de alguns acolhidos para com os trabalhadores, os autores observaram que este tipo de trabalho comporta uma alta carga psíquica, e que os trabalhadores não têm tido o devido suporte para tais questões de ordem emocional, o que pode sinalizar para o acometimento de doenças aos trabalhadores.

A partir de um outro contexto laboral do setor de serviços, no caso o contexto da Polícia Militar do Espírito Santo, Figueiredo e Bianco (2020), objetivando analisar os impactos das mudanças organizacionais nesta instituição e no processo de trabalho, no período pré e pós greve da polícia capixaba no ano de 2017, verificaram que o período anterior a deflagração da greve foi marcada por inúmeras alterações institucionais, as quais englobaram principalmente a realização de concursos públicos para admissão de um grande quantitativo de soldados combatentes (mais de mil soldados), não condizente com a capacidade de atendimento e de formação da academia da Polícia Militar do Espírito Santo; mudanças na grade curricular dos cursos de formação de soldados, com diminuição de disciplinas e de carga horária de estudo, e também uma deficiência de cursos de capacitação continuada para soldados.

Além de tais mudanças institucionais houve também uma alteração no perfil dos policiais ingressantes, constituído majoritariamente por jovens, muitos com ensino superior e com perfil questionador, quanto às regras e hierarquias do sistema institucional militar, o que gerou um choque institucional.

As autoras observaram que todas as mudanças institucionais ocorridas no período pré-greve, ocasionaram alterações negativas na qualidade do ensino militar, e que por consequência levaram a uma insuficiência por parte da instituição na transmissão de regras e valores intrínsecos à atividade humana militar.

Dessa maneira frente a uma insuficiência do ensino ofertado pela instituição, e uma distância entre o trabalho prescrito, o que os novos policiais estavam aprendendo, e o real da atividade, a aplicabilidade do conteúdo formal da academia insuficiente no trabalho de rua, fez com que muitos policiais se sentissem prejudicados em sua aprendizagem, fato que levou a um intenso debate de normas e valores (normas e valores ligados ao trabalho militar de um lado, e do outro, os saberes constituídos e os valores pessoais dos novos policiais), e que segundo as autoras pode ter contribuído para a realização da greve que além de ser e demonstrar uma revelia à hierarquia e disciplina militares, transformou-se em um movimento reivindicatório, por reajustes salariais, melhorias nas condições de trabalho, regulamentação da carga horária de trabalho, dentre outras, englobando além dos policiais novatos outros policiais antigos reivindicadores.

O período pós-greva por consequência, também evidenciou uma série de alterações institucionais, indicando certas penalizações em decorrência do movimento grevista, como: extinção de tropas especializadas; transferências de policiais entre as unidades; punições administrativas e judiciais, expulsões; alterações nas normas de promoção de praças e oficiais, dentre outros aspectos.

Tais situações ocorridas neste momento levaram a uma certa desmotivação e insatisfação no trabalho por grande parte dos policiais, e também repercutiu de maneira substancial no número de afastamento do trabalho por motivos de saúde, o que sinalizou para a grande carga física e psíquica que este trabalho comporta, e os diversos riscos que tais profissionais estão submetidos, levando a uma série de acometimentos físicos e mentais.

Em um outro serviço, no caso o trabalho de inspetores ferroviários da região metropolitana de Belo Horizonte, Rabelo, Barros e Cunha (2014) puderam constatar uma atividade de trabalho que comporta uma série de variabilidades, principalmente aquelas relacionadas aos problemas nos trechos da ferrovia, como no contexto analisado a subida do trem carregado em uma serra íngreme, com perda de velocidade e uma parada forçada devido ao sinal vermelho (de acordo com as normas deste trabalho, nesta determinada serra íngreme, a velocidade mínima permitida é de 18 km/h, devido ao risco de tombamento, e o sinal vermelho confere um erro, pois o trem não deveria parar na subida da serra).

Tal situação problemática, uma dramática da referida atividade, convoca o inspetor a debater as normas, fazer usos de si, escolhas, a partir de seus conhecimentos técnicos e seus saberes da experiência, e criar estratégias (renormalizações) para solucionar o problema, bem

como leva em consideração uma série de valores associados à produtividade (não danificar o trem e nem os trilhos, evitando assim possíveis problemas para a empresa e penalizações para si mesmo em caso de erros), e aqueles valores relacionados à manutenção da vida e segurança de todos os envolvidos.

Assim, o inspetor comunica o centro de controle de operação sobre o ocorrido, este por sua vez, realiza o bloqueio naquele trecho da ferrovia onde o trem está localizado, o que permite que o inspetor efetue a sua solução para o problema enfrentado. Isto é, o inspetor opta pelo recuo do trem até um certo ponto da ferrovia, liga a terceira máquina do trem para auxiliar na tração e ganho de velocidade do trem, e com esta escolha consegue obter a sua solução.

Os autores sinalizam que a escolha efetuada pelo inspetor analisado envolve um forte trabalho em equipe, e a criação de ECRP, no qual cada profissional envolvido (inspetor, centro de controle de operação e maquinista) realizam a suas respectivas funções em conjunto visando a solução para o determinado problema que surgiu nas situações de trabalho. Bem como as dramáticas dos usos de si, pois segundo a inspetor analisado, os problemas que surgem mediante às determinadas situações de trabalho, e as suas respectivas escolhas e decisões acabam por transformar o ambiente de trabalho em algo estressante.

Um outro estudo no caso o trabalho em um Tribunal de Justiça do Trabalho, Fonseca et al (2018), visou analisar a atividade dos servidores públicos de tal instituição, frente à implantação do processo judicial eletrônico, e puderam constatar que cada profissional lida com as mudanças do processo de trabalho ao seu modo, e que o conhecimento e experiências com as tecnologias informacionais como a Internet podem influenciar nesse processo. Assim, os trabalhadores que apresentam conhecimentos prévios sobre tais tecnologias foram a favor da aplicação do processo judicial eletrônico, visto que facilita o seu trabalho. Já outros servidores mostraram certa insegurança e medo ao lidar com tal sistema.

No entanto, de um modo geral, os autores relataram que a informatização do sistema judiciário proporcionou um aumento da demanda de trabalho em relação a quantidade de processos jurídicos para serem analisados, resultando em elevação da carga laboral, da cobrança por agilidade e rapidez para responder aos despachos que chegam no tribunal, contribuindo de forma substancial para a classificação do trabalho como estressante.

Além de tais achados, os autores também verificaram o agir competente dos servidores no trabalho desenvolvido. Desse modo, o trabalho analisado comporta uma grande quantidade de saberes padronizados (primeiro ingrediente), relacionados às variadas legislações

trabalhistas, as regras para se realizarem os despachos judiciais e também as regras de utilização do sistema judicial eletrônico. O segundo ingrediente do agir em competência de tais profissionais está relacionado ao fato de que grande parte do conhecimento que os servidores têm sobre o seu trabalho, foi elaborado a partir das situações vivenciadas, das experiências, bem como o próprio conhecimento sobre o sistema judicial eletrônico.

O terceiro ingrediente (capacidade de articular a face protocolar e a face singular de cada situação laboral) aparece mediante a articulação entre os dois saberes constituídos e instituídos que os profissionais utilizam para resolverem os problemas que surgem a partir da vivência das situações de trabalho.

Em relação ao quarto ingrediente do agir em competência dos profissionais analisados (debate de normas e valores) se mostrou pouco falho, em virtude da inconstância das políticas gerenciais, de alterações constantes de interlocutores e arquiteturas organizacionais (administração do tribunal é substituída a cada dois anos), criando uma certa dificuldade na constituição de “organizações vivas do trabalho” e na implantação de um debate sobre os vínculos entre os valores e as atividades concretas, enfim uma dificuldade de os trabalhadores criarem o seu meio neste ambiente de trabalho e por consequência um valor para com este trabalho.

Quanto ao quinto ingrediente (ativação ou à duplicação do potencial da pessoa) no contexto laboral analisado surge no interesse por parte dos trabalhadores em se aperfeiçoar no trabalho, buscar conhecimento, porém em virtude de aspectos organizacionais e de condições do trabalho, alguns profissionais possuem dificuldades de realizar tal ação devido a uma alta carga laboral, a que estão submetidos, constituindo como um fator limitante para o desenvolvimento deste ingrediente, no ambiente analisado.

O sexto ingrediente refere-se ao trabalho em equipe, os profissionais analisados certificam sobre a importância de um trabalho em conjunto, cada um faz a sua respectiva função para no final atingirem os objetivos do trabalho, cada um faz a sua parte. O trabalho coletivo no contexto analisado aparece principalmente no aprendizado e capacitação sobre o trabalho que é realizada no cotidiano laboral e com a ajuda dos profissionais envolvidos.

Seguindo o conceito ergológico do agir competente, Silva et al (2015) visou analisar este agir de gerentes hoteleiros de uma cidade do nordeste brasileiro, e verificou que o primeiro ingrediente do agir competente (saberes protocolares) de tais profissionais é composto por uma série de prescrições técnicas conceituais complexas, além daqueles referentes ao monitoramento

de sua equipe de operadores, englobam também o conhecimento teóricos de ferramentais contábeis, de idiomas (principalmente o inglês), de aspectos do setor de alimentação, e por fim conhecimentos teóricos relacionados à área de *marketing* e comercial. Todo esse conjunto de saberes teóricos que o gerente hoteleiro deve possuir sinaliza, segundo os autores para uma intensificação do trabalho.

Em relação ao segundo ingrediente do agir competente, os autores observaram que o trabalho do gerente hoteleiro comporta inúmeros imprevistos, variabilidades, e que frente a estas, os profissionais mobilizam os seus saberes da experiência, e promovem soluções visando garantir o melhor para o cliente, bem como para a própria empresa, resolvendo os problemas na forma mais discreta e sem alarde possível.

Quanto ao terceiro ingrediente o trabalho de tais profissionais comporta uma forte associação entre os saberes constituídos e os saberes da experiência que surgem mediante as diversificadas situações laborais vivenciadas. Por consequência, os gerentes analisados conferem uma importância tanto aos saberes formais (buscar sempre o conhecimento, estudar), e também aos saberes da experiência que além das situações vivenciadas no emprego atual vieram de experiências de trabalhos anteriores em outros hotéis.

O quarto ingrediente relacionado ao debate de normas e valores, na atividade analisada dizem respeito principalmente a norma imposta pela empresa hoteleira de um trabalho de dedicação extrema do gerente para com a empresa, que é bastante visível na necessidade de constantes mudanças por parte do gerente quando a empresa irá abrir uma nova filial. Dessa maneira esta norma vai contra os valores e normas do profissional, sinalizando para situação de sofrimento no trabalho, visto que este fato de ter que se mudar, para alguns trabalhadores é ruim, pois impede a criação de raízes no local, constituir uma família ou construir uma rede de amizades fora do contexto do emprego.

O quinto ingrediente aparece justamente a partir do enfrentamento por parte dos gerentes das situações imprevistas laborais, o que faz com que estes eles mobilizem os seus saberes constituídos e principalmente das experiências enraizadas no histórico de seu corpo si, e assim possibilitam a criação de novos conhecimentos ou novas estratégias para enfrentar às adversidades, potencializando a sua capacidade de resolver os problemas que se apresentam em cada situação de trabalho.

Por fim, o sexto e último ingrediente do agir em competência dos gerentes hoteleiros (colocar em sinergia os diferentes ingredientes, através de um trabalho coletivo), pode ser

observado por meio da importância e estímulo por parte desses profissionais para um trabalho em equipe, que possibilite que outros funcionários possam auxiliar na gestão do trabalho, com sugestões de melhorias no modo de funcionamento do hotel, favorecendo a criação de ECRP. Tal situação contribui também para promoção de valorização dos outros profissionais do hotel)

Por sua vez, Denayer, Mougenot e Colard (2016) tendo como cenário o trabalho em uma unidade de conservação dos ursos marrons nos Pirineus Franceses, puderam constatar que o trabalho real empreendido pelos denominados agentes de conservação está bastante apartado do seu trabalho prescrito relacionado de modo geral ao monitoramento e controle de tais animais, produzir dados, relatórios e publicações científicas. A atividade de trabalho é algo bem complexo e imprevisível e muito além de aplicação somente de uma ciência pura de princípios biológicos e ecológicos, enfim científicos referentes a espécie de tais animais.

O trabalho comporta uma série de imprevistos tais como: fugas dos ursos da unidade de conservação, ataque dos ursos aos animais das áreas rurais ao redor da unidade de conservação, a própria captura dos ursos para o retorno à unidade (visto que são animais imprevisíveis), falha de dispositivos tecnológicos (GPS) presos aos animais, dentre outros aspectos.

Todas essas situações que aparecem no dia a dia do trabalho, e não são referidas nas prescrições, convocam dos agentes os seus saberes constituídos, e da experiência (conhecimento da área e atenção aos mínimos detalhes como tufo de pelos no chão, formigueiro danificados) e também valores quantitativos e principalmente os não dimensionáveis (o apego, o cuidado ético com os ursos, muitas vezes vistos por outros profissionais como falta de objetivismo ou sinal de fraqueza), para a elaboração de estratégias (renormalizações) e solucionarem os problemas que aparecem (estabelecer ações ágeis e rápidas na captura de ursos, um bom relacionamento com as pessoas envolvidas no projeto de conservação, perceber o que pode ou não ser escrito nos relatórios e principalmente para quem está sendo direcionado tal relatórios, para assim garantir a segurança dos ursos, e evitar que curiosos se aproximem e ataquem os ursos ou até mesmo sejam atacados, dentre outras situações).

A partir de um outro contexto laboral, Martinez et al (2020) ao analisar o trabalho efetuado por membros de um sindicato de uma universidade do México, identificaram que o trabalho de tais profissionais envolve uma série de criação de estratégias individuais e coletivas (renormalizações), por meio da mobilização dos saberes da experiência no trabalho sindical, conhecimento do funcionamento institucional, das políticas de saúde e segurança e

conhecimentos das situações de trabalho, respeitando o jeito de cada profissional (uns mais tranquilos e outros mais agressivos) para a busca e garantia dos direitos à saúde dos trabalhadores da universidade, que envolve diálogos e debates com as autoridades, divulgação da violação de direitos, sensibilização dos trabalhadores para o reconhecimento de seus direitos, busca de conhecimentos sobre determinadas situações que surgem no trabalho com membros mais antigos do sindicato, dentre outras ações. As situações vivenciadas por esses trabalhadores, em determinados casos podem gerar sofrimentos aos trabalhadores.

Em um outro serviço no caso o trabalho de operadoras de telemarketing de um instituto de pesquisa de mercado localizado na cidade de São Paulo, Mendes (2015) à luz da ergologia e da análise do discurso, identificou uma atividade de trabalho muito presa às prescrições relacionados aos roteiros de conversas que tais profissionais devem ter com os clientes e as metas de produção que devem atingir no dia de trabalho (número de pesquisas realizadas no dia), bem como a constante supervisão que estas profissionais estão submetidas visando o controle do trabalho e a obtenção das metas impostas.

Além de tais aspectos constatou-se também que as trabalhadoras sofrem constantes agressões verbais dos clientes e também de seus supervisores (xingos e gritos quando não atingem as metas ou se não seguem os roteiros rígidos das conversas). Todo esse contexto contribui para que este trabalho seja altamente estressante, cansativo, penoso, com altas cargas principalmente de cunho emocional para os trabalhadores, o que pode gerar doenças físicas ou psíquicas às trabalhadoras como angústia, a ansiedade e a depressão, dentre outras.

No entanto, a pesquisadora revela que as operadoras não ficam inertes às infidelidades do meio, criando estratégias ou renormalizando o meio a fim de aliviar a grande carga psíquica que este trabalho comporta como por exemplo: o estabelecimento de momentos de pausa (ida à cozinha para tomar café, ou ao banheiro), e principalmente a leitura de livros dos mais variados tipos e temas, compartilhado entre todas as operadoras, realizado no período entre as ligações ou quando há falhas no sistema, auxiliando de forma substancial no enfrentamento às variabilidades do meio, e tornando este, mais vivível e suportável na medida do possível, e criando saúde.

Uma outra pesquisa também realizada com operadoras de telemarketing, porém de uma empresa situada no município do Rio de Janeiro Oliveira e Brito (2011), também identificaram um trabalho altamente desgastante e estressante, o que culmina com uma alta rotatividade de funcionários devido ao alto índice de adoecimento entre os trabalhadores. Porém, alguns

trabalhadores para evitar o adoecimento e diminuir a alta carga física e psíquica promovem renormalizações principalmente quando o cliente é agressivo, mal-educado, assim as operadoras criam estratégias como alteram o uso ou entonação da voz (sem ser mal-educada), diminuem o volume do seu telefone e por consequência de sua voz, à medida que o cliente fica mais agressivo, para que este perceba e pare com tal atitude, dentre outras ações.

Estas renormalizações não ocorrem apenas no ambiente de trabalho, mas também fora deste, através da criação de estratégias pelas trabalhadoras para não levar os problemas do trabalho para casa ao final do expediente (pensar em outras coisas até chegar em casa), ou na ida ao trabalho, tentar ficar o mais calma possível, não pensar no trabalho até chegar no local.

Saindo do contexto laboral das operadoras de telemarketing e direcionando o olhar para o serviço dos agentes da defesa civil de Belo Horizonte e Mariana que participaram dos resgates às vítimas do desastre associado ao rompimento da barragem do Fundão em Mariana no ano de 2015, Rezende, Portela e Oliveira (2020) identificaram que em situações de desastres, as infidelidades são ainda maiores e bem mais complexas, convocando os profissionais a fazer escolhas (usos de si), renormatizar algumas normas antecedentes, lidar com as dramáticas dos usos de si, e tomarem decisões de forma rápida e ágil, em prol da vida do coletivo, bem como a consolidação de um forte trabalho em equipe não apenas entre os trabalhadores da defesa civil, mas com outros órgãos municipais (secretaria de saúde, de transporte, de meio ambiente, dentre outras).

Essas escolhas, renormatizações, contém um forte apelo aos saberes constituídos de tais profissionais em junção com os saberes da experiência (individuais e coletivas) advindas da prática laboral, que auxiliam ao enfrentamento das situações vivenciadas, bem como na tomada de decisões.

Os autores verificaram ainda que muitos dos profissionais da defesa civil que vivenciaram a tragédia de Mariana, desenvolveram variados tipos de adoecimentos (psoríase, estresse pós-traumático, problemas no sono, alergias dermatológicas, dentre outras), em virtude da grande carga física e principalmente emocional que este tipo de trabalho comporta. E mesmo com o desenvolvimento de várias doenças em virtude de um trabalho altamente estressante e cansativo, os profissionais sinalizaram que não tiveram assistência médica e nem atenção psicossocial durante ou após o desastre, por parte das entidades competentes. Tal ação segundo os autores é de grande importância para ajudar os trabalhadores a lidar com os efeitos da tragédia e para evitar adoecimentos futuros, fato que em parte não foi possível.

Por sua vez, Barros (2014), à luz da ergologia e da psicossociologia do trabalho e a partir da análise do trabalho de prostitutas de uma região da cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais, pode identificar uma atividade de trabalho, cuja realidade é muito diferente das representações e discursos tradicionalmente dominantes em relação à prostituição (atividades criminosas, prostituição forçada, tráfico de mulheres, mulheres exploradas, dentre outras), visto que há mulheres que optam por entrar e permanecer nesta profissão, e lutam pelo reconhecimento social deste tipo de trabalho e a sua obtenção de direitos.

A autora, no entanto, relata e sinaliza sobre a característica principal deste tipo de trabalho que é o grande número de infidelidades que esta atividade comporta (batidas policiais, diversidade de clientes, colegas de trabalho, condições materiais dos hotéis, condições das ruas, dentre outras), e que predispõe as mulheres à inúmeros riscos à sua saúde e vida. Para enfrentar esse conjunto de imprevistos das situações de trabalho, as prostitutas são convocadas constantemente a criar e recriar novos padrões, novas regras para poder realizar o seu trabalho, torná-lo o menos inabitável possível, e ao mesmo tempo protegendo a sua saúde e vida.

Os achados da referida pesquisa indicam que tais trabalhadoras criam uma série de estratégias para proteger a sua saúde que são compartilhadas e difundidas entre as colegas de trabalho dentre elas: uso de preservativos (quando os clientes não aceitam, optam pelo uso da camisinha feminina); aumentar o valor do passe (valor do programa) ou realizar o serviço de forma mais rápida, quando não gostam do cliente ou se sentem ameaçadas por este; solicitar que os clientes retirem suas roupas primeiro, o que possibilita a mulher verificar se o cliente está de posse de alguma arma ou qualquer outra coisa que pode por sua vida em perigo, dentre outras ações.

Outro aspecto interessante do estudo é sobre a presença de atores como a Igreja, associações, dentre outras que tentam tirar as prostitutas desse tipo de vida e por consequência fazem prevalecer a visão moralista da sociedade, o que leva este trabalho ser visto apenas no seu aspecto marginalizante, e estigmatizante, o que pode se traduzir em mais sofrimento para essas mulheres, além dos problemas que já enfrentam nas situações cotidianas de trabalho.

Por fim no último estudo do setor de serviços Christo e Borges (2017), por meio da ergonomia, ergologia e a concepção de saúde Canguilhem, ao analisar a atividade de trabalho de servidores de uma agência da previdência social do município do Rio de Janeiro, frente às mudanças organizacionais que este ambiente vem passando (redimensionamento do quadro de pessoal, gratificação do trabalho pelo alcance de metas, implantação de novos sistemas de

processamento da informação com vistas à automação de processos, dentre outras), observaram que tais modificações tem contribuído de modo substancial para a intensificação do trabalho, com a existência de altas cargas laborais, necessidade de fazer horas extras para atender a todas as demandas do trabalho, impactando na saúde dos trabalhadores através de crises de ansiedade e/ou irritabilidade, dores de cabeça e nas costas, insônia, culminando com a classificação deste como estressante.

Os autores verificaram também que esta atividade é muito ligada aos aspectos prescritivos, normas, legislações, que os profissionais devem ficar atentos, e necessitam ter muito cuidado na realização de suas tarefas para evitarem erros, bem como fraudes no sistema previdenciário, assim desenvolvem estratégias como olhar todos os documentos folha por folha, perguntar ao solicitante o nome dos familiares, optar pela realização de tarefas mais rotineiras e sem muitos desafios, dentre outras. Tais ações indicam o estabelecimento de estratégias por parte dos servidores para efetuar o seu trabalho e garantir a sua saúde (criar as suas normas, frente às infidelidades do meio).

No entanto, tais ações não deixam de sinalizar a existência de um trabalho muito exaustivo que requer muita atenção, bem como o surgimento de sentimentos como insegurança, por parte dos trabalhadores em realizar a sua atividade, podendo ser um obstáculo a saúde de tais trabalhadores.

10. CONCLUSÃO

A revisão integrativa cuja pergunta de investigação foi “a Ergologia tem contribuído para deslindar a relação trabalho e saúde nos diversos contextos de trabalho e, especificamente, nos Centros de Atenção Psicossocial? ”, e por consequência, o estabelecimento das estratégias de busca e seleção de estudos, possibilitou a identificação de 213 artigos científicos empíricos que utilizam a ergologia como instrumento de análise laboral, destes 68 estavam duplicados e quatro estudos eram indisponíveis, restando 141 estudos, os quais 82 não respondiam aos critérios de elegibilidade pré-determinados e ao escopo desta pesquisa, restando 59 estudos do tipo pesquisa de campo que empregam a perspectiva ergológica em análises laborais, e incluídos nesta revisão integrativa. A base de dados Google Acadêmico foi que trouxe o maior número de publicações.

A perspectiva ergológica marcou presença de forma majoritária nos artigos científicos que englobavam a análise de contextos laborais pertencentes ao setor econômico de serviços, com destaque para os serviços de saúde, com uma menor expressão nos setores industriais e, principalmente, primário. No entanto, de modo geral, o emprego de tal perspectiva em pesquisas de campo, em um período de dez anos se mostrou limitada.

Em relação ao campo de saúde mental e, especificamente, os Centros de Atenção Psicossocial, o foco central desta dissertação, a presença ergológica se mostrou tímida num período de dez anos, com um total de nove estudos empíricos referentes a este campo e, destes, apenas cinco artigos relacionados ao ambiente de trabalho de CAPS.

A partir dos achados desta revisão integrativa, evidenciou-se que o emprego da análise laboral ergológica nos diversificados contextos de trabalho referentes aos três setores econômicos, serve para promover um conhecimento mais aprofundado, ou até mesmo fazer aflorar a atividade humana no trabalho. Uma atividade efetuada pelo ser humano que não se restringe a uma mera execução de normas, pois está apartada do trabalho prescrito e, portanto, envolve usos de si, debates de normas e valores, renormalizações, um agir em competência, a criação de entidades coletivas relativamente pertinentes, saberes constituídos e instituídos, para se atingir os objetivos do trabalho, ao mesmo tempo que se dá continuidade com a própria vida e mantem a saúde, tentando centralizar o meio de acordo com suas aspirações, desejos e necessidades, isto é, de acordo com as suas regras e não somente com as normas do meio.

Esta visualização mais profunda da atividade humana, enigmática e complexa, possibilita descobrir as vivências, os conflitos, os problemas, situações de prazer e tensão que os trabalhadores estão submetidos. E é justamente a partir deste conhecimento mais profundo sobre a atividade humana, um olhar a lupa sobre o trabalho humano, não esquecendo de seu contexto macro, que a Ergologia consolida as suas contribuições para a compreensão da relação trabalho e saúde.

Os resultados desta revisão possibilitaram a constatação de que esta dissertação não só reúne uma produção bibliográfica sobre o emprego da Ergologia na análise dos mais diversificados ambientes laborais e suas contribuições para a relação trabalho e saúde, mas transmite também um retrato das vivências dos trabalhadores nos mais variados contextos laborais, desde o setor primário até o de serviços, com as várias dramáticas de suas atividades, seja em virtude do uso intensivo de agrotóxicos, pressões por produtividades, altas cargas laborais (físicas e psíquicas), condições e formas de organização precárias de trabalho, dentre outros inúmeros exemplos apontados na discussão desta pesquisa, que refletem em riscos laborais, inseguranças, sofrimentos e o próprio adoecimento do trabalhador. Todas situações que traduzem a forte influência das normas antecedentes sociais e econômicas, principalmente, no ambiente de trabalho e, por consequência, nas escolhas dos trabalhadores, visto que o trabalho é um uso e não puramente uma execução mecânica - envolve valores quantitativos e do bem comum.

Especificamente em relação ao trabalho no campo da saúde mental e, principalmente, o contexto laboral de CAPS, a Ergologia seja como o único referencial teórico utilizado, ou por meio da associação desta abordagem com outros referenciais teóricos, auxiliou de forma substancial na compreensão da atividade humana ali presente, com suas vivências e diversificados problemas laborais associados às altas demandas e cargas laborais, condições precárias de trabalho que tem impactado na saúde de seus trabalhadores. Além dessas constatações, é nítido como as normas antecedentes da psiquiatria tradicional manicomial se fazem presentes em uma junção com as normas reformistas, o que interfere de modo substancial no desenrolar desse trabalho.

Espera-se com este estudo poder contribuir para uma maior discussão sobre a relação trabalho e saúde nos mais variados contextos laborais e, de modo especial, nos CAPS, além de um maior conhecimento e divulgação, também, sobre a perspectiva ergológica, que com o seu olhar à lupa para a atividade humana no trabalho, pode trazer contribuições significativas à esta atividade, a partir de um conhecimento mais efetivo e real sobre a atividade de trabalho e,

consequentemente, auxiliar no desenvolvimento de uma melhor relação trabalho e saúde, respeitando sempre a existência de um ser humano/trabalhador que enfrenta as infidelidades do trabalho não somente para atingir os objetivos deste, mas também para viver, ter saúde e produzir a sua história e da sociedade.

Espera-se também que este trabalho seja um incentivo para a realização de mais pesquisas de campo que utilizem a ergologia como instrumento de análise e intervenção, de modo especial nos serviços de saúde mental e nos CAPS, pois a perspectiva ergológica ao visualizar um universo de normas antecedentes, debate de normas e valores, usos de si e renormalizações, pode ser um potente instrumento de análise laboral nos respectivos ambientes, assim como também pode auxiliar no desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, por meio de uma melhor compreensão sobre as normas antecedentes, valores e renormalizações que circundam todo esse processo, contribuindo para construção de mudanças mais condizentes com as condições reais de trabalho, bem como as necessidades do público alvo e dos trabalhadores desta área de atuação.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. A.; CEZAR, A. T. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. **Revista IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 105 – 114, 2016.
- ALMEIDA, U. R.; HECKERT, A. L. C.; BARROS, M. E. B. Nas trilhas da atividade: análise da relação saúde-trabalho de uma professora de educação física escolar. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 245-263, 2011.
- ALVAREZ, et al. Uma análise das normas antecedentes e reservas de alternativas mobilizadas na atividade de motoristas e entregadores por aplicativos. **Laboreal**, Porto, v. 17, n.1, p. 1-25, 2021.
- ALVES et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 1, p. 85-96, 2009.
- ALVES, W. F. A invisibilidade do trabalho real: o trabalho docente e as contribuições da ergonomia da atividade. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1-19, 2018.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- AMARANTE, P. NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- AMARANTE, P. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. São Paulo: Zagodon, 2015.
- AMARANTE, P. TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, nov-dez. 2018.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2015.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2009.
- ARAÚJO, C. S. B. **Processo de trabalho em saúde mental: um estudo com trabalhadores de CAPS**. (2018) Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia; Uberlândia, 2018.
- ARAÚJO, E. M. G.; ALEVATO, H. M. R. Abordagem ergológica da organização e das condições de trabalho em uma unidade de alimentação e nutrição. **Revista INGEPRO**, v. 3, n.1, 2011.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ARRIGHI, Giovanni. **A ilusão do desenvolvimento**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

- ATHAYDE, M.; BRITO, J. **Ergologia e clínica do trabalho**. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (Org.). *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas, 2011.
- ATHAYDE, V.; HENNINGTON, E. A. A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 983-1001, 2012.
- AZEVEDO, A. P. F.; FIGUEIREDO, V. C. N. Vivências de prazer e sofrimento mental em um centro de atenção psicossocial. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 30-42, jan-mar. 2014.
- BARROS, A. C. F.; BERNARDO, M. H. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 16, n. 1, p. 60-74, 2017.
- BARROS, V. A. Travail et santé chez les prostituées: entre imaginaire et réalité. **Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé**, v 16, n. 1, p. 1-13, 2014.
- BELLENZANI, R.; PARO, D. M.; OLIVEIRA, M. C. Trabalho em saúde mental e estresse na equipe: questões para a política nacional de humanização/SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 32-43, 2016.
- BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.
- BERTOCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 157-173, 2011.
- BEZERRA JUNIOR, B. O cuidado no CAPS: os novos desafios. **Academus Revista Científica da Saúde**, Cidade Nova – RJ, v. 3, n. 4, 2004.
- BEZERRA, et al. O trabalho de equipes interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossocial. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 169-188, 2018.
- BINDA, J.; BIANCO, M. F.; SOUZA, E. M. O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 389-402, 2013.
- BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M.; BOARINI, M. L. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1231-1248, out.-dez. 2015.
- BONFADA et al. O uso de si no trabalho de enfermeiros na assistência hospitalar: uma abordagem ergológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 1, p. 1-8, 2021.
- BORGES, M. E. S. Trabalho e gestão de si – para além dos “recursos humanos”. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 7, p. 41-49, 2004.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência nacional de saúde mental – relatório final**. Brasília, 1988.

BRASIL. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. **Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS.** Brasília, DF. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf>. Acesso em: 06 jun, 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 06 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência em saúde mental.** Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM n.336, de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral à usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, 2005.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 23 dez. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios - Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA.** Brasília, 2015.

BRASIL. Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. **Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 dez. 2017.

BRASIL. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, de 4 de fevereiro de 2019. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** Brasília, DF. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 04 abr, 2019.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX.** 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BRITO, J. **A ergologia como perspectiva de análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde.** In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Orgs). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BRITO, J. **Corpo e trabalho: em busca de outras formas de interpretação sobre os riscos.** In PORTO, M. F.; BARTHOLO, R. (orgs.). Sentidos do trabalho humano. Rio de Janeiro: E-Papers Serviços Editoriais, COPPE/UFRJ, FIOCRUZ, 2006.

CAMPOS et al., Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 16-22, 2009.

CALVO, et al. Risk management and the complexity of the right to refuse dangerous work in the context of hospital care: Preliminary issues. **Work**, v. 67, n. 3, p. 655-664, 2020.

- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro. Forense, 2010.
- CARNEIRO, A.; BIANCO, M. F.; NASCIMENTO, A. P. Work as management in an environment governed by standards: a study of situations in the steel industry. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 28, n. 2, p. 1-17, 2021.
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CASTRO, M. M.; OLIVEIRA, S. S. Avaliação do trabalho na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro: uma abordagem em saúde do trabalhador. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 152-164, 2017.
- CASTRO, N. A. R.; GARCIA, J. E. L.; MORAES, T. D. La actividad del salubrista: un análisis desde las clínicas del trabajo. **Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia**, Bogotá, v. 67, n. 4, p. 429-434, 2019.
- CASTELO BRANCO, G. Michel Foucault e a anti-psiquiatria. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 3, n. 6, p. 1-15, 2012.
- CÉZAR, M. A.; COELHO, M. P. As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 134-151, 2017.
- CHRISTO, C. S.; BORGES, M. E. S. Reorganização do trabalho em uma agência da Previdência Social: resistência à mudança ou preservação da saúde? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 104-114, 2017.
- CHRISTO, C. S.; REZENDE, M. S.; ATHAYDE, M. O trabalho de supervisão em uma indústria de pneumáticos: entre o trabalho real e o discurso oficial do gerenciamento. **Laboreal**, Porto, v. 15, n. 2, p. 1-25, 2019.
- CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. 2 ed, Petrópolis: Vozes, 2006.
- COHN, A.; MARSIGLIA, R. G. **Processo e organização do trabalho**. In: ROCHA, E. L.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (orgs). Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1994.
- COSTA ROSA, A. **O modo psicossocial um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: AMARANTE, P. (org). Ensaio: subjetividade, saúde mental sociedade, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.
- COUTO, R.; ALBERTI, S. Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 49-59, 2008.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre. Editora Artmed, 2008.
- DEJOURS, C. **O trabalho como enigma**. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Orgs.) Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Paralelo 15: Fiocruz, 2004.
- DEMARCHI, S. M.; BIANCO, M. F.; SANTOS, L. S. S. Os usos de si no trabalho em um banco de leite humano: uma análise do ponto de vista da atividade. **Revista Eletrônica de Ciência Administrativa**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 325-349, 2021.

DENAYER, D.; MOUGENOUT, C.; COLLARD, D. Sur les pas des hommes qui ont vu l'ours. La conservation de la faune sauvage, un travail réel. **Natures Sciences Sociétés**, v. 24, p. 15-23, 2016.

DEVERA, D.; COSTA ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP, Assis**, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007.

DIAS, D. S.; SANTOS, E. H.; ARANHA, A. V. S. Contribuições da ergologia para a análise da atividade de trabalho docente. **Revista Eletrônica de Educação**, São Carlos, v. 9, n. 1, p. 211-227, 2015.

DURAFFOURG, J. **Um robô, o trabalho e os queijos: algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho**. In: Emprego e desenvolvimento tecnológico – Brasil e contexto internacional. São Paulo: DIEESE, 1998.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 47-67, 2011.

DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. **Glossário de ergologia**, In: DI RUZA, R.; LACOMBLEZ, M.; SANTOS, R. (Eds). Ergologia, Trabalho, Desenvolvimentos, Belo Horizonte: Fabrefactum, 2018.

FEITOSA, et al. Estudo das experiências da reforma psiquiátrica - concepções de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 111-133, 2010.

FELICIANO, T. C. A. S.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. S. O papel assistencial de uma comunidade terapêutica no cuidado/reabilitação do paciente psiquiátrico e as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança. **Revista Laborativa**, Assis, v. 7, n. 1, p. 7-30, 2018.

FIGUEIREDO, S. O.; BIANCO, M. F. Práticas profissionais em contexto de mudanças organizacionais em uma instituição militar. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 21, p. 531-548, jan-dez, 2020.

FILIZOLA, C. L. A.; MILIONI, D. B.; PAVARINI, S. C. I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 491-503, 2008.

FILHO, N. C. A.; SOUZA, A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 61, n. 21, p. 63-76, 2017.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FONTANA, R. T.; LAUTERT, L. A situação de trabalho da enfermagem e os riscos ocupacionais na perspectiva da ergologia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, 2013.

FONSECA, et al. Estratégias individuais e coletivas de gestão dos serviços de higienização e limpeza no setor de hemodiálise de um hospital de referência macrorregional. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 5, p. 1-10, 2021.

FONSECA, et al. Implicações de novas tecnologias na atividade e qualificação dos servidores: Processo Judicial Eletrônico e a Justiça do Trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 43, p. 1-12, 2018.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. Aspectos punitivos do tratamento nas comunidades terapêuticas: o uso de drogas como dano social. **Revista Psicologia e Saúde**, Canoas, v. 11, n. 1, p. 73-88, 2019.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **Resumo dos cursos do college de France 1970-1982**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

FRANCO, T.; DRUNCK, G.; SILVA, E. S. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

FRANTZ, et al. Trabalho e competência do enfermeiro nos serviços de hemoterapia: uma abordagem ergológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 3, p. 1-9, 2020.

FREITAS, E. C.; FACIN, D. Discursos na atividade do professor: práticas de linguagem no e sobre o trabalho docente. **Revista ALED**, v.15, n. 1, p. 23-40, 2015.

FREITAS, V. C.; SOUZA, S. P. O trabalho docente: entre prescrições e renormalizações. **Revista Ergologia**, n. 20, dez, 2018.

FURTADO, C. **O mito do desenvolvimento econômico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

GABRIEL, G. A.; TEIXEIRA, J. C. Ronald D. Laing: a política da psicopatologia. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 25, n. 4, p. 661-673, 2007.

GIRROTO, W. M.; AMADOR, F. S. Trabalhar, educar, acolher em abrigo institucional: percursos de uma cartografia. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, v. 20, n. 2, p. 86-109, Jul-Dez, 2016.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2019.

GOMEZ, C. M. **Introdução – campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações**. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Orgs). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970. 2018.

GOULART, M. S. B. A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 1, n. 1, p. 1-19, 2006.

GOULART, M. S. B.; DURAES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 22, n.1, p. 112-120, 2010.

GOULART, M. S. B. Os 30 anos da “Lei Basaglia”: aniversário de uma luta. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 2-15, 2008.

GUEDES, A. C., et al. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2017.

GUERRA, J. **Loucos por você: a participação dos usuários e familiares na luta pela desinstitucionalização**. 2005 (Dissertação) Mestrado – Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2005.

GUÉRIN, F. et al. **Comprender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. São Paulo. Editora Edgard Blucher, 2001.

GUIDA, H. H. F. S.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. Gestão do trabalho, saúde e segurança dos trabalhadores de termelétricas: um olhar sob o ponto de vista da atividade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3125-3136, 2013.

GUIDA, H. F. S.; FIGUEIREDO, M. G.; HENNINGTON, E. A. Acidentes de trabalho fatais em empresa brasileira de petróleo e gás: análise da política de saúde e segurança dos trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1819-1828, 2020.

GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2145-2154, 2011.

HARVEY, D. **Condição Pós-moderna**. 17 ed. São Paulo: Loyola. 2008.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

HOLZ, E. B.; BIANCO, M. F. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. **Cadernos EBAPE. BR**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 494-512, 2014.

HOLZ, E. B. Dispositivo dinâmico de três polos e metodologia geral em ciências sociais: discutindo uma analogia. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 155-167, 2013.

JACQUES, M. G. C.; AMAZARRAY, M. R. Trabalho bancário e saúde mental no paradigma da excelência. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 93-103, 2006.

JACQUES, M. G. C. **Identidade e trabalho: uma articulação indispensável**. In: TAMAYO, A.; BORGES, J. E. A.; CODO, W. (Orgs.). Trabalho, organizações e cultura. Campinas: Autores Associados, 1996.

LANCMAN, S. **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo 15, 2008.

LARA, A. F. L. A produção do conhecimento psicológico-psiquiátrico em saúde mental: considerações a partir de um texto exemplar. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 35-52.

LIMA, E. L. N.; BIANCO, M. F. Análise de situações de trabalho: gestão e os usos de si dos trabalhadores de uma empresa do ramo petrolífero. **Cadernos EBAPE.BR**, São Paulo, v. 7, n.4, p. 630-648, 2009.

LIMA, R. P. S. S. Práticas linguageiras: uma análise discurso-ergológica de práticas discursivas no trabalho docente no processo de inclusão escolar de pessoas com deficiência. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 12, p. 94706-94725, 2020.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, jul-dez, 2006.

MACIEL, S. C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.4, n. 8, p. 73-82, 2012.

- MACHADO, R., et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MARTINEZ, et al. El derecho a la salud de los trabajadores: entre límites y estrategias. **Salud Problema**, v. 14, n. 28, 2021.
- MARX, K. **O capital: a crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1988, v. 1.
- MENDES, D. P. **O agir competente como estratégia de gestão do risco de violência no trabalho: o ponto de vista da atividade humana do trabalho dos técnicos de enfermagem de uma instituição pública psiquiátrica**. 2014. Tese (Doutorado) – Universidade de Minas Gerais; Belo Horizonte, 2014.
- MENDES, D. P.; CUNHA, D. M. La opacidad del trabajo de enfermería y las configuraciones del riesgo. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 14, n. 4, p. 725-742, 2018.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.
- MENDES, S. R. C. Práticas discursivas e renormalizações na atividade de trabalho de operadoras de telemarketing. **Revista Ergologia**, n. 13, p. 29-49, 2015.
- MERÇOM, L. N.; CONSTANTINIDIS, T. C. Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. **Contextos Clínicos**, Vitória, v. 13, n. 2, p. 666-695, 2020.
- MORAES NETO, B. R. Maquinaria, taylorismo e fordismo: a reinvenção da manufatura. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 31-34, 1991.
- MUNIZ, et al. Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da saúde do trabalhador no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 280-291, 2013.
- NARDI, H. C.; RAMMINGER, T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 265-287, 2007.
- NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 14-20, 2007.
- NIEDERLE, P. A. e RADOMSKY, G. F. W. (orgs). **Introdução às teorias de desenvolvimento**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2016.
- ODDONE, I., et al. **Ambiente de trabalho a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: Hucitec, 2020.
- ODDONE, I. Experiência. **Laboreal**, Porto, v.3, n.1, p.52-53, 2007.
- OLIVEIRA, M. A.; GRECO, P. B. T.; ESPÍNDOLA, R. B. Promovendo a saúde dos trabalhadores dos centros de atenção psicossocial: um relato de experiência. **Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI**, Erechim, v. 11, n. 20, p. 88-100, maio. 2015.
- OLIVEIRA, S. **Ampliando a compreensão dos riscos profissionais para uma prevenção situada**. In: RUZZA, R.; LACOMBLEZ, M.; SANTOS, M. (orgs). *Ergologia, trabalho, desenvolvimentos*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2018.

- OLIVEIRA, S. S.; BRITO, J. C. A dimensão gestonária do trabalho e o debate de normas e valores no teleatendimento. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 265-284, 2011.
- OLIVEIRA, D. F.; SALES, M. M. Entre pousos e decolagens: uma análise do trabalho dos pilotos de helicóptero, a partir da ergologia. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 217-235, 2017.
- OLIVEIRA, W. F. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 48-61, 2009.
- OLIVEIRA, W. V. A. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141-154, 2011.
- PAIVA, R. S. O adoecimento do professor da educação básica: uma análise à luz das ciências do trabalho. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 7, p. 74820-74840, 2021.
- PASSOS, I. C. F. **Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PATRÍCIO, et al. A importância do trabalho coletivo na gestão dos riscos do/no trabalho em saúde. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 301-323, 2019.
- PEREIRA, A. C. E.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. S. Do prescrito ao real: a imprevisibilidade e a importância do trabalho coletivo em um centro de usinagem de uma empresa metal-mecânica do interior do Estado de Minas Gerais. **Laboreal**, Porto, v. 13, n. 1, p. 1-22, 2017.
- PEREIRA, M. E. C. Pinel – a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, n. 3, p. 113-116, 2004.
- PIMENTA, C. A. M. Tendências do desenvolvimento: elementos para reflexão sobre as dimensões sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté, v. 10, n. 3, p. 44-66, 2014.
- PINNO, C.; CAMPONOGARA, S.; BECK, C. L. C. A dramática do “uso de si” no trabalho da equipe de enfermagem em clínica cirúrgica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, p. 1-13, 2019.
- PINTO, F. M.; SOUZA, P. C. Z. A atividade de trabalho de motoristas de ambulância sob o ponto de vista ergológico. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 49-58, 2015.
- PIRES, D. E. P. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas**. 1996. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas; Campinas, 1996.
- PONTES, K. A. E. S.; OLIVEIRAM S. S.; ROTEMBERG, L. O olhar da equipe de enfermagem sobre o trabalho em uma unidade neonatal: uma intervenção com foco na atividade. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 45, n. 12, p. 1-9, 2020.
- PORTO, T. A.; BIANCO, M. F. Os usos do corpo-si no trabalho de transformação de granitos: evidências para saúde e segurança. **Laboreal**, Porto, v. 12, n. 1, p. 1-21, 2016.

RABELO, L. B. C.; BARROS, V. A.; CUNHA, D. M. Uma viagem de trem: a atividade de trabalho dos inspetores ferroviários em diálogo com a ergologia. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Uberlândia, v. 7, n. 2, p. 233-246, 2014.

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

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde dos trabalhadores e formas de subjetivação nos serviços de saúde mental**. 2005. Tese (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Porto Alegre, 2005.

REIS, W. G. R.; SCHERER, M. S. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, 2015.

REZENDE, E. A.; PORTELA, S.; OLIVEIRA, S. S. O rejeito e suas diversas marcas: saúde dos trabalhadores da Defesa Civil no rompimento da barragem de Fundão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 272-283, 2020.

RIBEIRO, A. F. Taylorismo, fordismo e toyotismo. **Lutas Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 35, p. 65-79, 2015.

RIQUINHO, D. L.; HENNINGTON, E. A. Sistema integrado de produção do tabaco: saúde, trabalho e condições de vida de trabalhadores rurais no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, p. 1-10, 2016.

RIZZI, J. A.; BIANCO, M. F.; SOUZA, E. M. Renormalizações do trabalho e infidelidades do meio na indústria vidreira: uma análise ergológica. **Revista Organizações e Sociedade, Salvador**, v. 27, n. 95, p. 757-786, 2020.

RODOVALHO, A. L. P; PEGORARO, R. F. Revisão integrativa de literatura sobre a construção de projetos terapêuticos singulares no campo da saúde mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 240-248, 2016.

ROTELLI, F., et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

RUAS, S. X.; MENDES, D. P. Análise das estratégias de gerenciamento de riscos no trabalho dos profissionais da saúde em um CAPS. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 131-147, mai-ago, 2017.

SANTOS, J. C. B.; HENNINGTON, E. A. Aqui ninguém domina ninguém: sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1595-1604, 2013.

SANTOS, M. J. História do desenvolvimento: limites de um campo de pesquisa. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 10, n. 3, p. 67-88, 2014.

SANTOS, Y. L. Q. **O trabalho e a saúde dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial: reflexões sobre o trabalho na saúde pública**. 2017. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo; São Paulo, 2017.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: Da Reabilitação Psicossocial à cidadania possível**, 2. ed Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCHERER, et al. Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de Hospitais Universitários na Argélia, Brasil e França. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2265-2276, 2018.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e valor. *Tempo Social - Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 147-152, out. 1996.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e uso de si. **Revista Proposições**, Campinas, v. 11, p. 34-50, jul., 2000.

SCHWARTZ, Y. **Trabalho e saber**. In: CONFERÊNCIA DE ABERTURA DO SEMINÁRIO TRABALHO E SABER, Seminário Trabalho e Saber, Belo Horizonte, maio 2003.

SCHWARTZ, Y.; ADRIANO, R.; ABDERRAHMANE, F. Revisitar a actividade humana para colocar as questões do desenvolvimento: projecto de uma sinergia franco-lusófona. **Laboreal**, Porto, v. 4, n.1, p. 10-22, 2008.

SCHWARTZ, Y. Produzir saberes entre aderência e desaderência. **Educação Unisinos**, São Leopoldo, v. 13, n. 3, p. 264-273, 2009.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Ed.UFF, 2010.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 19-45, 2011.

SCHWARTZ, Y. Histórico e conceitos da ergologia: entrevista com Yves Schwartz. *Reflexão e Ação*, Santa Cruz do Sul, v. 21, n. 1, p. 327-340, 2013.

SCHWARTZ, Y. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 49, n. 3, p. 259-274, jul-set. 2014.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs). **Trabalho e Ergologia II diálogos sobre a atividade humana**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2015.

SCHWARTZ, Yves. **Manifesto por um ergoengajamento**. In: *Trabalho e ergologia II diálogo sobre a atividade humana*. Belo Horizonte: Fabrefactum, p. 325-374, 2015.

SCHWARTZ, Y. Prefácio. In: DI RUZA, R.; LACOMBLEZ, M.; SANTOS, R. (Eds). *Ergologia, Trabalho, Desenvolvimentos*, Belo Horizonte: Fabrefactum, 2018.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo, Companhia das Letras, 2001.

SERAPIONI, M. F. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1169-1187, 2019.

SILVA, et al. Os ingredientes da competência de gerentes de hotéis. **Laboreal**, Porto, v. 11, n. 1, p. 1-24, 2015.

SILVA, E. R.; BARROS, V. A. Reflexões sobre a atividade de trabalho do psiquiatra no centro de atenção psicossocial. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 85-102, maio, 2017.

SILVA, E. S. **A convergência dos olhares**. In: AMARAL, A. L. V.; MOTA, D. P.; ALVES, G. (Orgs). *Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI*. São Paulo: Editora LTr 75, 2011.

- SILVA, E. R. **A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial: pois é José...** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, 2010.
- SILVA, L. A.; SILVA, L. F.; MENDES, D. P. Os usos de si e o debate de normas dos trabalhadores de uma indústria metal mecânica. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p. 167-178, set-dez, 2017.
- SILVA, M. S.; BARROS, V. A. Saberes sobre o trabalho: experiência e história nos canaviais. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 440-448, 2014.
- SIMÕES, C. H. D.; FERNANDES, R. A.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 2, p. 275-282, 2013.
- SIMÕES, F. I. W.; HASHIMOTO, F. Adoecimento no trabalho: um estudo de caso. **Revista Laborativa**, Assis, v. 2, n. 2, p. 75-85, 2013.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, p. 102-106, 2010.
- SOUZA, V. L. I.; FONSECA, T. M. G. Entre territorializações de fazeres: uma clínica da atividade com trabalhadores de saúde mental. **Revista Sociais e Humanas**, Santa Maria, v. 26, n. 2, p. 291 – 311, 2013.
- STELLA, V. C. R. As dramáticas do uso de si de um jovem empreendedor. **Revista Ergologia**, n. 13, p. 75-89, 2015.
- TELLES, A. L.; ALVAREZ, D. **Interfaces ergonomia-ergologia: discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes**. In: FIGUEIREIDO, M. ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (orgs). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
- TELLES, L. L.; JARDIM, S. R.; ROTEMBERG, L. Me chama para conversar que eu gosto: análise de experiência clínico-institucional com a enfermagem de um hospital psiquiátrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 181-190, 2020.
- TERSSAC, G.; MAGGI, B. **O trabalho e a abordagem Ergonômica**. In DANIELLOU, F., *A Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*, São Paulo: Edgar Blücher, 2004.
- TRINQUET, P. Trabalho e educação: o método ergológico. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, v. 10, n. 38, p. 93-113, 2010.
- VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e interdisciplinaridade**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. **Política nacional de saúde do trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de estado**. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Orgs). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- VEIGA, J. E. **Desenvolvimento sustentável**. O desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

VENÂNCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-52, 2011.

VENTURA, et al. A enfermagem e as dimensões organizacionais de dois centros de atenção psicossocial. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 1097-1104, 2015.

VIACAVA, et al., SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1762- 1762, 2018.

VIEIRA JÚNIOR, P. R.; SANTOS, E. H. A gênese da perspectiva ergológica: cenário de construção e conceitos derivados. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 83-100, 2012.

VIEIRA JÚNIOR, P. R.; SANTOS, E. H. Renormalizações: estratégias para manutenção da saúde pela atividade docente. **Revista Profissão Docente Online**, v. 11, n. 23, p. 103- 126, jan-jul. 2011.

VINAGRE, R. F.; CASTRO, A. C. Análise da atividade de maçariqueiros num estaleiro no Brasil: Considerações sobre saúde do trabalhador numa perspectiva ergológica. **Trabajo y Sociedad**, Santiago del Estero, n. 28, p. 181-193, 2017.

ZANATTA, A. B. **Trabalho e adoecimento dos profissionais da saúde mental que atuam nos CAPS de Campinas – SP**. 2017 Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

ZGIET, J. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 313-323, abr-jun, 2013.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE SELEÇÃO INICIAL DOS ESTUDOS ENCONTRADOS NAS BASES DE DADOS

Instrumento de seleção inicial

Ação: Leitura de títulos, resumos e introdução (determinados casos) dos estudos.

Data: ____/____/____

Número do Estudo: _____

Título: _____

Autor (es): _____

Base de Dados: _____

Resumo: () SIM () NÃO

Obedece aos seguintes critérios de elegibilidade?

- a) Temática: análise de uma atividade de trabalho (relação capital-trabalho), por meio da Ergologia.
- b) Artigo científico do tipo pesquisa de campo.
- c) Publicado em português ou inglês ou espanhol ou francês.
- d) Período de Publicação: 2011 a 2021.
- e) Disponível na íntegra nas bases de dados utilizadas.
- f) Periódico com revisão por pares.

() SIM () NÃO

Se SIM:

Qual é o cenário do estudo? _____

Se NÃO, justifique: _____

Incluir Estudo: () SIM () NÃO

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE SELEÇÃO DEFINITIVA DOS ESTUDOS ENCONTRADOS NAS BASES DE DADOS

Instrumento de Seleção Definitiva dos Estudos Encontrados

Ação: Leitura integral dos estudos.

Data: ____/____/____

Número do Estudo: _____

Título: _____

Autor (es): _____

Cenário do Estudo: _____

Continua obedecendo aos critérios de elegibilidade pré-definidos? () SIM () NÃO

Obedece ao escopo da pesquisa? () SIM () NÃO

Se **NÃO**, justifique: _____

Se **SIM**, continue:

Qual é o assunto abordado no artigo? _____

Quais são os objetivos? _____

Incluir estudo na revisão sistemática: () SIM () NÃO

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO E EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Ação: Caracterização e extração dos dados dos estudos selecionados

Data: ____/____/____

Número do Estudo: _____

Título do Estudo: _____

Ano de Publicação: _____

Idioma: _____

País de Publicação: _____

Dados sobre o estudo:

a) Objetivo Geral: _____

b) Objetivos Específicos: _____

c) Metodologia:

- Cenário do Estudo: _____

- Sujeitos Participantes: _____

- Coleta de Dados: _____

- Referencial Teórico utilizado: _____

- Conceitos Ergológicos utilizados: _____

d) Achados do Estudo:

e) Conclusão:

f) Anotações:

APÊNDICE D – QUADRO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Código do Estudo	Título	Autor(es)	Ano	País	Cenário do Estudo	Setor Econômico
E.						
E.						