

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

Ana Carla Bastos Armaroli

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO ATIVIDADE:
Histórias do trabalho da enfermagem em um antigo
hospital no processo de transformação para uma
unidade da rede de saúde mental.**

**Niterói
2009**

A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO ATIVIDADE:
Histórias do trabalho da enfermagem em um antigo hospital no
processo de transformação para uma unidade da rede de
saúde mental.

Ana Carla Bastos Armaroli

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de concentração Subjetividade, Política e Exclusão Social.

Orientadora: Prof. Dr^a. Claudia Osório da Silva

Niterói
2009

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

A727 Armaroli, Ana Carla Bastos.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO ATIVIDADE: histórias do trabalho da enfermagem em um antigo hospital no processo de transformação para uma unidade da rede de saúde mental / Ana Carla Bastos Armaroli. – 2009.

179 f.

Orientador: Cláudia Osório da Silva.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2009.

Bibliografia: f. 171-179.

1. Hospital psiquiátrico. 2. Ambiente de trabalho. 3. Saúde do trabalhador. I. Silva, Cláudia Osório da. II. Universidade Federal

A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO ATIVIDADE:
Histórias do trabalho da enfermagem em um antigo hospital no processo de
transformação para uma unidade da rede de saúde mental.

Banca Examinadora

Prof. Dr^a. Claudia Osório da Silva - Orientadora
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Luis Antônio Baptista
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr^a. Maria Elizabete Barros de Barros
Universidade Federal do Espírito Santo

AGRADECIMENTOS

Ao meu companheiro Paulo, pelo incentivo, pois sabe como é bom trabalhar no que se gosta, pela paciência neste período do mestrado, por ter que esperar por mais tempo do que gostaria para realizar alguns projetos de vida, pela parceria no cuidado com a nossa filha.

A minha filha, pela 'compreensão' das minhas ausências quando dizia: "Você quer brincar, mas não pode. Não é mamãe?"

A Rita, secretária do programa de pós-graduação em psicologia da UFF, pela atenção e paciência nos momentos que se precisavam resolver assuntos burocráticos.

Aos professores do Corpo Docente do Mestrado, os quais me acolheram como ouvinte e que me encantaram e me encantam, com suas aulas.

Aos colegas da turma anterior, que também me receberam carinhosamente. Aos colegas da minha turma e em especial a Nair, pelas trocas de experiências do ser mestranda.

A Carine, pela trabalhosa transcrição do trabalho de campo.

Aos companheiros de reflexão no grupo de estudos NUTRAS: Núcleo de Estudos e Intervenções em Trabalho, Subjetividade e Saúde. Hélder, no seu apoio 'para sair do campo'

Denise, nas dicas para administrar a vida e a escrita da dissertação.

A Claudia Osório a minha corajosa orientadora, neste belo reencontro, por toda sua delicadeza no manejo em não limitar os meus sonhos de mestranda e ao mesmo tempo encaixá-los nos limites do mestrado. Pela parceria e pelo aprendizado.

A Bete Barros, pela lembrança de que "estamos do mesmo lado".

Ao Luis Antônio pela sua sensibilidade e pelo incentivo: "Vá para o campo!". Aos que participaram das entrevistas, por colaborarem com suas histórias de vida no trabalho e em alguns momentos, lembrando de coisas as quais gostariam de esquecer

Maria Paula Gomes pela fundamental contribuição ao encaminhamento do projeto de pesquisa e por ter disponibilizado os resultados iniciais da sua pesquisa.

A equipe de enfermagem do hospital que nos recebeu de 'braços abertos', afinal eles são os "braços da psiquiatria".

A equipe
de enfermagem psiquiátrica
do hospital.

RESUMO

Esse estudo é sobre o processo de construção do coletivo profissional de uma equipe de enfermagem em um hospital psiquiátrico público no Rio de Janeiro. Por estarmos, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em um momento histórico de transição dos 'modos de trabalhar', este está marcado por práticas híbridas.

Ao exercerem suas atividades, a equipe de enfermagem constituída por técnicos e enfermeiros, possivelmente encontra dificuldades tanto para recorrer ao patrimônio profissional, que é construído coletivamente, quanto às prescrições, que incluem manejo da subjetividade. O lançar mão de recursos subjetivos, se torna um problema, pelo fato da constituição subjetiva do trabalho e mesmo do humano, se fazer no coletivo, e isto inclui a circulação da fala entre os trabalhadores, a gestão participativa na atividade, a formação de laços de cooperação. Práticas que fazem com que o trabalhador se sinta com mais autonomia em suas atividades. Porém, essas são dificultadas, dentre outros fatores, pela organização do trabalho da equipe de auxiliares, ser feita por plantões/turnos, favorecendo um desencontro entre os sujeitos.

Este estudo tem como referência a Clínica da Atividade que pertence a corrente histórico-cultural em psicologia e ao campo da clínica do trabalho onde também está inserida a psicodinâmica do trabalho (Dejours). As metodologias da clínica do trabalho são marcadas pela inclusão, em suas análises, da relação entre atividade e subjetividade. Temos como objetivo analisar o fortalecimento do coletivo de trabalho da equipe de enfermagem num hospital psiquiátrico da rede pública do Rio de Janeiro, com o foco nos técnicos e auxiliares de enfermagem e as influências exercidas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica no gênero profissional destes trabalhadores.

Será destacado o papel primordial do coletivo de trabalho, que é o de elaborar os objetivos e os recursos da ação profissional. Do que é constituído este patrimônio coletivo? Para a Clínica da Atividade, o que chamamos de gênero profissional, são os saberes historicamente construídos e relativamente estabilizados em um grupo homogêneo de atividade, tais como: normas de funcionamento e a memória im pessoal. Componentes que estão presentes na tomada de decisões com as funções de orientar e evitar um excesso de peso psíquico em cada ação.

De que maneira a Clínica da Atividade pode contribuir para a análise do processo de elaboração do gênero profissional na equipe de enfermagem psiquiátrica? A proposta de trabalho da Clínica da Atividade consiste em deixar claro através das imagens e da linguagem, para o outro e para si mesmo, as questões que surgem durante o desenvolvimento das atividades.

Ao estudarmos detalhadamente aquilo que os trabalhadores fazem aquilo que eles dizem do que fazem, mas também aquilo que eles fazem do que eles dizem, Poderemos tornar visíveis as possibilidades de ação, não reconhecidas pelos próprios trabalhadores. E neste processo de verbalização, a atividade ao se transformar em linguagem, se reorganiza e se modifica. Ao fazermos interrogações, se trata de fazer uma ação e uma clínica completa.

Certamente, apesar de toda "infidelidade" do meio, os auxiliares psiquiátricos encontram algum sentido em seu trabalho, porém a invisibilidade de suas capacidades renormativas contribui para a sobrecarga desta categoria.

ABSTRACT

This study is about the process of building the collective work of a nursing team in a public psychiatric hospital in Rio de Janeiro. Because we are in the context of the Brazilian Psychiatric Reform in a historical moment of transition 'ways of working, "This moment is marked by practical hybrid that has both a functioning hierarchy, knowledge and power, as an operation directed to the called functions relating to care.

In exercising their activities, the nursing team consisting of technicians and nurses, possibly faces difficulties both for using the equity professional, which is built collectively, as the requirements, which include management of subjectivity to make use of subjective resources, becomes a problem, because of the subjective institution of the work and even human to do the collective, and this includes the movement of talks between workers, management co-participation in the activity, the formation of cooperative ties. Practices that make the workers feel more autonomy in their activities. But these are hampered, among other factors, the organization of work of the team of assistants, be made by shifts / shift, favoring a mismatch between the subjects.

This study is reference to clinical activity pertaining to current historic-cultural psychology and the field of clinical work which is also inserted in the psychodynamics of work (Dejours). The methodologies of clinical work are marked by the inclusion in their analysis, the interface comes subjectivity. We aim to activity and to analyze the strengthening of the collective work of the nursing staff in a psychiatric hospital the public of Rio de Janeiro, with the focus the technicians and nursing assistants and the influences exerted by the movement of the Psychiatric Reform in the gender of professional workers.

Featured will be the role of collective bargaining, which is to develop the goals and resources for the action which consists professional. Do this collective heritage? or the clinical activity, what we call gender training, knowledge are historically constructed and stabilized at a relatively homogeneous group activity, such as: operating and an impersonal memory. Components that are present in decision-making with the functions of guiding and avoid an overweight physique, every action.

How does the clinical activity may contribute to the analysis of the process of redeveloping the kind of team training in psychiatric nursing?

The proposed work of the clinical activity is to make sure through the images and language to another and for him, questions that arise during the development of activities.

As we study in detail what workers do, what they say than do, but what do they what they say, Can we make visible the possibilities for action, not themselves cognizes meeting. This process of verbalization, the activity to become language, a organizes and changes. In making questions, it comes to making an action and a clinical track.

Indeed, despite all the "infidelity" among the psychiatric staff find some meaning their work and use their creative minds to achieve results effectively, but the visibility of their capabilities regulation contributes to overload in this category.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Leitos de Atenção Integral

Quadro 2 - Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS

Quadro 3 - Os CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental

Quadro 4 - Gestão Incipiente do Sistema de Saúde

Quadro 5 - Rede de Atenção à Saúde Mental

Quadro 6 - Reforma Psiquiátrica/Hospital! Enfermagem

Quadro 7 - Integralidade

Quadro 8 - Colegiado de Enfermagem

Quadro 9 - CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

LISTA DE SIGLAS

- ABP** - Associação Brasileira de Psiquiatria
- AIH** - Autorização para Internação Hospitalar AP - Área Programática
- CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSad** - Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas
- CAPSi** - Centro de Atenção Psicossocial infantil
- CCS** - Centro de Ciências da Saúde
- CEBES** - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CFP** - Conselho Federal de Psicologia
- CNSM** - Conferência Nacional de Saúde Mental
- COFEM** - Conselho Federal de Enfermagem
- COREN** - Conselho Estadual de Enfermagem
- CPP II** - Centro Psiquiátrico Pedro II
- DINSAM** - Divisão Nacional de Saúde Mental
- INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- IPP** - Instituto Philippe Pinel
- LDF** - Leito Diagnóstico Feminino
- LDM** - Leito Diagnóstico Masculino MS - Ministério da Saúde
- MTSM** - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
- NOP** - Norma Operacional Básica
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- PAM** - Posto de Atendimento Médico
- SES / RJ** - Secretaria Estadual de Saúde - Rio de Janeiro
- SMS** - Secretaria Municipal de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UFRJ** - Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

.....	10
O projeto de pesquisa	22
Apresentação dos capítulos	37

CAPÍTULO I . Cenário

1.1.Reforma Psiquiátrica	41
1.2.Hospital Psiquiátrico	49

CAPÍTULO II . Narrativas

2.1. Diário de Campo	70
2.2. O narrado nas visitas da pesquisadora às enfermarias	73
2.3. Campo da Pesquisa	75

CAPÍTULO III . Atividade

3.1. Assistência na saúde	91
3.2. Prescrição e mudança de tecnologia	104
3.3. A análise da atividade	115

CAPÍTULO IV . Colegiado

4.1. O coletivo de trabalho e seus meios de desenvolvimento.....	133
--	-----

CONSIDERAÇÕES FINAIS

.....	159
-------	-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

.....	171
-------	-----

INTRODUÇÃO

Na Faculdade de Medicina (FM) da USP, uma pesquisa analisa o impacto sofrido pelos profissionais de saúde mental desde a implantação, a partir de 2002, de um novo modelo de atenção para o setor no Brasil. Segundo o estudo, durante este período de transição ocorre a desestruturação de um modelo de atendimento psiquiátrico sem a plena implantação do outro. "Isso resulta em sobrecarga para os trabalhadores e compromete a qualidade do serviço oferecido... Além disso, os trabalhadores continuam atuando no modelo antigo e passam por uma crise de identidade", alerta a professora, lembrando que eles "não veem o modelo novo consolidado e, por outro lado, o modo como trabalharam até agora parece não fazer mais sentido."

WWW.SENTIDOS.COM.BR. 10/10/2006

Este Estudo é sobre o processo de transformação do trabalho de uma equipe de enfermagem em um antigo hospital, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No âmbito dos serviços psiquiátricos, estamos em um momento histórico que se caracteriza por uma atualização dos modos de trabalhar, ou seja, se caracteriza por um momento em que ocorre simultaneamente a desestruturação de um modelo com a estruturação do outro. Nestes períodos, percebemo-nos fazendo 'coisas' diferentes do que estávamos habituados, o que ocasiona uma sensação de estranhamento frente à mudança. Simultaneamente nós compreendemos que estamos construindo um caminho novo, no qual a direção é traçada no caminhar desta reconstrução dos modos de cuidar em saúde mental.

Entendemos por atualização nos modos de trabalhar um processo que é marcado por práticas híbridas dos profissionais que trabalham na assistência. Dizemos híbridas porque a organização dos serviços tem tanto uma dinâmica estruturada pela hierarquia como, em alguns outros momentos, esta dinâmica é estruturada de acordo com os saberes construídos na prática do dia a dia entre os pares, para que se possa cumprir com as funções referentes ao cuidado.

A reestruturação na organização da assistência nos moldes da Reforma Psiquiátrica convoca os seus participantes a um movimento coletivo contínuo de trocas, parcerias, cortes e aberturas nas relações de trabalho. Ao exercerem suas

atividades, os profissionais da saúde mental, aqui em especial os auxiliares de enfermagem, possivelmente encontram dificuldades tanto para recorrer ao saberes da prática, que é construído coletivamente, quanto às prescrições, que incluem o intenso uso da subjetividade.

As transformações na prescrição, que passam de prescrição da atividade para prescrição de formas diferenciadas do uso da subjetividade, o que de certa maneira sempre esteve presente nas atividades de cuidado, pode ser um dos fatores que está ocasionando uma sobrecarga nos profissionais que trabalham nestes hospitais.

Na Reforma Psiquiátrica Brasileira o modo de cuidar preconizado exige maiores recursos subjetivos dos trabalhadores na gestão de suas atividades cotidianas. A formação dos recursos subjetivos para o trabalho se faz no coletivo e isto inclui a circulação da fala entre os trabalhadores, a gestão coparticipativa na atividade, a formação de laços de cooperação. Práticas que fazem com que o trabalhador se sinta com mais autonomia em suas atividades.

Porém, essas práticas são dificultadas, dentre outros fatores, pela organização do trabalho da equipe de auxiliares, feita por plantões/turnos, favorecendo um desencontro entre os trabalhadores. Outro fator que dificulta as trocas entre os trabalhadores da enfermagem é a divisão social deste trabalho, marcada por uma forte hierarquia. Esta marca tem reflexos nos processos de produção e na organização do serviço, na medida em que estes processos incorporam o saber da prática, através dos seus trabalhadores de base.

Sabemos que outro aspecto importante da divisão social do trabalho é a questão do gênero¹- e enfermagem é uma profissão em que homens e mulheres não se desenvolvem profissionalmente de forma idêntica; porém no escopo deste trabalho, essa discussão não pôde entrar, apesar de ser um debate considerável, já que é muito gritante este ofício ser visto como um trabalho de mulher.

É importante destacar aqui o papel primordial do coletivo de trabalho, que é o de elaborar os objetivos e os recursos da ação profissional. Esta função pode estar enfraquecida pela falta de recursos disponíveis na organização do trabalho, de espaços para a sua formação, ocasionando possivelmente a redução de sentido da atividade para o trabalhador e comprometendo a sua eficácia.

¹ Aqui este termo está se referindo a divisão sexual do trabalho.

“A proposição de um outro modelo, operando sob a base do estabelecimento de uma relação de confiança entre seus atores, onde as responsabilidades sejam compartilhadas e onde a palavra circule de forma igualitária, abre, aos trabalhadores, a possibilidade da invenção, transformando as suas ações em acontecimentos plenos de sentido, momentos de encontro genuíno com cada uma das pessoas sob os seus cuidados”. (Palombini, 2003, p.162)

O coletivo de trabalho é assim ‘algo’ que sustenta as ações cotidianas dos trabalhadores da equipe de enfermagem no hospital psiquiátrico, neste meio marcado por tantas exigências contraditórias advindas do mundo do trabalho e da proposta da Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica envolve um entrelaçamento de saberes e fazeres que constroem e são construídos na Reforma, com a Reforma e pela Reforma.

Neste estudo, o processo de trabalho da equipe de enfermagem será o foco das discussões, na dimensão do desenvolvimento das ações de cuidado em saúde mental.

O que mantém vivo o trabalho na equipe de enfermagem, ou mais especificamente, o que mantém vivo o processo de trabalho dos auxiliares na equipe de assistência psiquiátrica ao usuário internado? O que norteia as escolhas que são feitas por esses trabalhadores nas situações em que ocorrem as imprevisibilidades, para que consigam exercer as suas funções com eficiência?

Questões sobre a atividade de trabalho, só podem ser compreendidas e possivelmente transformadas a partir do conhecimento que é apreendido com a aproximação ao campo empírico. Já que este saber sobre a atividade é histórico e conceitualmente adquirido pelos operadores, durante as escolhas que são feitas na própria prática, apontando assim, para as questões pertinentes ao momento histórico em que estão sendo construídas.

Certamente, apesar de toda ‘infidelidade’ do meio, os auxiliares de enfermagem psiquiátrica encontram algum sentido em seu trabalho, e dispõem de diferentes recursos para alcançarem os resultados com eficiência, porém a invisibilidade de suas capacidades reguladoras contribui para a sobrecarga desta categoria.

Neste contexto delimitamos o nosso objetivo no sentido de analisar a atividade da equipe de enfermagem, num hospital psiquiátrico da rede pública do

Rio de Janeiro, enfocando em especial os técnicos e auxiliares de enfermagem e as influências exercidas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica nesta atividade.

De acordo com a linha teórica da Clínica da Atividade, o projeto de pesquisa deve ser composto de uma longa fase de observação², seguida de discussões com diferentes interlocutores. Esses diálogos são disparados, em parte, por um registro – em vídeo ou outro formato - que é feito de uma atividade cotidiana. O produto final da pesquisa pode ser a coprodução de um filme sobre o desenvolvimento do ofício.

Porém este potente método de pesquisa seria impossível de ser seguido em sua completude dentro do tempo de duração exigido de um mestrado. O que fez com que este projeto de pesquisa sofresse algumas regulações nos seus objetivos. Dentre elas está a delimitação das fases que seriam possíveis de serem concluídas, de modo que correspondessem com a proposta metodológica e com os objetivos acadêmicos.

Diante destas questões que atravessam a atividade da pesquisadora, decidimos que neste “tempo de mestrado” fazer o estudo teórico e uma aproximação do campo empírico correspondente à fase de observações iniciais como nos recomenda a Clínica da Atividade.

Esta aproximação do campo consta de:

- Escolher o serviço específico onde se dá a pesquisa, em comum acordo com os supervisores de enfermagem e suas equipes, em tantas reuniões quanto forem necessárias;
- Estabelecer um diálogo entre os diferentes pontos de vista dos interlocutores sobre as situações de trabalho, de modo a trazer à luz os incômodos e as gratificações da atividade;
- Observar a atividade dos trabalhadores na enfermaria, em diferentes horários do plantão diurno;

Realizar entrevistas abertas e conversas informais, individuais e coletivas a fim de esclarecer aspectos da observação;

² Desenvolveremos melhor este assunto quando falarmos sobre a linha teórica da pesquisa.

- Discutir, nas entrevistas a percepção que a equipe tem da Reforma Psiquiátrica e da sua influência no cotidiano das enfermarias e na atividade dos profissionais de enfermagem;
- Observar a atividade - além do que pode ser observado nas enfermarias - em situações que se delineiam como importantes nos primeiros contatos. No caso foram observadas as reuniões do Colegiado de enfermagem, conceituado a seguir como Grupo Associado da pesquisa.

Buscando os objetivos acima explicitados, usamos nesta pesquisa como principal ferramenta metodológica a Clínica da Atividade. Esta pertence à corrente histórico-cultural em psicologia e ao campo da clínica do trabalho onde também está inserida a psicodinâmica do trabalho (Dejours). As metodologias da clínica do trabalho são marcadas pela inclusão, em suas análises, da relação entre atividade e subjetividade.

Para nós, a atividade³ é um processo construído desde a sua prescrição até o instante da sua realização. E é este, o processo, e não a atividade em si, que abraçaremos como objeto de estudo. Pois nesse caminho, há vivências de elaborações, de discussões, de conflitos, de escolhas a fazer, como também, de produção coletiva das soluções, pois ao decidirmos por um modo de fazer, estamos também escolhendo deixar de agir de muitas outras maneiras. E os 'pedaços' que foram renunciados pelo caminho, também farão parte da análise.

Entendemos que a atividade humana é triplamente dirigida, tendo como mediador, o conhecimento que é construído historicamente e coletivamente ao qual chamamos de gênero⁴ profissional.

Para podermos entender um pouco sobre a relação do que é dado (normas de funcionamento, prescrições) com o que é criado no trabalho coletivo (memória coletiva, gênero profissional), consideramos o trabalho como uma atividade dirigida em situação real. E por que o vemos como atividade dirigida? Na situação vivida, a

³ Apresenta-se na maioria das vezes como uma luta entre várias ações possíveis ou impossíveis, mas, de todo modo, um conflito real, que a atividade realizada jamais resolve inteiramente. (Clot, 2007)

⁴ Este termo tem relação com a palavra "genérico", que significa ter um conhecimento comum a um grupo; ter um conhecimento que transpassa a categoria profissional de uma forma geral. E será usado neste sentido no decorrer de todo o texto. Assim sendo, a palavra gênero aqui usada, não tem vínculo com o significado de gênero profissional que caracteriza a divisão sexual no trabalho.

atividade é triplamente dirigida: ela é dirigida pelo comportamento do trabalhador; dirigida por meio do objeto da tarefa; mas também dirigida aos outros. “A atividade de trabalho é dirigida aos outros depois de ter sido destinatária da atividade destes e antes de o ser de novo.” (Clot 2006, p. 97).

Neste sentido, a unidade de base da análise psicológica no trabalho é a atividade dirigida:

“Uma atividade voltada ao mesmo tempo para o seu objeto e para a atividade dos outros que incide sobre esse objeto, uma atividade igualmente que intervém em suas relações e que pode por outro lado desenvolvê-las.” (Clot 2006, p.112)

O realizado, em situação de trabalho está sempre relacionado à gestão. A que tipo de gestão estamos nos referindo? A gestão do possível, do impossível ou do inesperado no contato com a realidade, sendo que estes conflitos são incluídos na análise.

Então, está inserida, na proposta da análise, a borda das possibilidades, o entre. O entre o que se fez o que não se fez e o que poderia ter sido feito; entre o que se pensou fazer, mas não deu..., o que foi feito, porém sem querê-lo. As possibilidades que foram abandonadas, sem terem sido abolidas.

Entendemos o trabalho também como uma luta. O que vence desta luta entre atender o objetivo da prescrição e a realidade, é o que é visível na atividade realizada, o gesto. Esses conflitos expressam ou se expressam na dimensão institucional, ou seja, ‘algo’ que não é visível, porém está forte e terrivelmente marcado nas atividades cotidianas destes trabalhadores.

Como é incluído o que já está naturalizado na análise da atividade laboriosa?

A análise da atividade será feita por meio das histórias das atividades narradas pelos trabalhadores durante a observação no campo ou que foram narradas nas entrevistas concedidas à pesquisadora. Porém, o desenvolvimento do que está naturalizado não é visível. Para podermos acessá-lo faremos um remexer nos registros deixados pelas experimentações que esta gestão, que estes conflitos inscreveram na subjetividade e no coletivo desses nos trabalhadores. Estes registros são estocados na memória coletiva dos trabalhadores quando compartilham as suas experiências comuns. Esses registros são as falhas ou os sucessos, os conflitos entre eficiência, o atender a prescrição, e o sentido da ação para o trabalhador. Os

registros das experiências que foram compartilhadas entre os pares se tornam visíveis quando no exercício de uma atividade ocorre algo de imprevisível.

Para a Clínica da Atividade, o que chamamos de gênero profissional, são os saberes historicamente construídos e relativamente estabilizados em um grupo homogêneo de atividade, tais como as normas coletivamente legitimadas de funcionamento e uma memória coletiva de recursos para a ação. O gênero indica o que fazer como fazer ou não fazer frente às variabilidades do meio de trabalho. Conjunto de componentes comum a todos que estão presentes na tomada de decisões de cada trabalhador de um grupo profissional, com as funções de orientar e evitar um excesso de carga psíquica em cada ação.

Para estes saberes, que são adquiridos na prática, circularem entre os trabalhadores, se integrarem ao gênero profissional, se transformarem e se reintegrarem, é necessário o encontro deste coletivo nos espaços de reflexão e de crítica das suas atividades profissionais.

Como dissemos acima, a organização do trabalho da equipe de enfermagem dificulta a criação de espaços de troca, ainda mais necessários neste momento de mudanças na prescrição dos modos de cuidar. E tanto quanto recorrer à memória coletiva encontra empecilhos por ela mesma estar sendo modulada, como recorrer às normas formais de funcionamento, já que o contexto está marcado por inúmeras normas em processo de mudança.

Este é um momento de forte exigência de renormatização. Este conceito de renormatização buscamos em Canguilhem (2006). Ele está ligado ao movimento de construção do ofício, quando as normas e a memória coletiva são postas em prática e na prática são 'alteradas' devido as imprevisibilidades do meio, e não objetivando somente a adaptação, mas também novos modos de viver, dando novos sentidos ao trabalho.

Este mesmo autor nos apóia na reflexão sobre a relação entre subjetividade e a saúde dos trabalhadores em seu processo de trabalho. Canguilhem define saúde como um processo de construção e reconstrução de um 'bem estar', sempre transitório. Esta capacidade de se poder passar de um estado de saúde para outro, é o que chamamos de saúde.

Neste mesmo caminho, pensamos que a possibilidade de se atribuir sentido ao trabalho está relacionada com a margem de regulação que os trabalhadores têm para fazer as renormatizações necessárias ao trabalho. Na medida em que neste

momento de reestruturação na organização do serviço de assistência psiquiátrica, as condições de implementação dos novos modos de trabalhar requerem espaços de conversa para que os seus trabalhadores possam contribuir e se apropriar das novas tecnologias de cuidado em saúde mental.

Quando à reestruturação é uma condição imposta, os trabalhadores podem ficar impedidos, no curso das suas ações, de tirar o melhor proveito dos novos recursos tecnológicos.

E esta situação pode fazer com que se sintam incapazes de exercer as suas funções de cuidado com eficiência. Esta percepção, no limite, pode fazer com que os mesmos sejam afetados na sua saúde, pois *“É próprio do ser vivo, criar o seu meio”*. (Canguilhem 2001, p.116)

O ofício, enquanto recurso de conhecimentos coletivos para a ação é o resultado de um trabalho de ligação entre quatro dimensões da atividade, que são: a pessoal (recurso próprio de cada trabalhador), a impessoal (prescrições), a interpessoal (relação entre os pares) e a transpessoal (coletivos). Em cada uma destas dimensões estão contidos recursos, sempre inacabados, que os trabalhadores usam para exercerem as suas atividades cotidianas. Mas quando no exercício de suas funções o trabalhador não pode recorrer a alguma destas dimensões, impedindo o desenvolvimento da atividade, diz-se na Clínica da Atividade que há uma atividade impedida. O efeito da atividade impedida na subjetividade é o que identificamos como sofrimento psíquico.

No recorte desta pesquisa será apresentada, nesta dissertação, o momento inicial de uma pesquisa – intervenção, nos moldes propostos pela Clínica da Atividade.

O objetivo do período de observação é ir além de coletar dados de caracterização do campo e estabelecer um contrato. É nesta fase da pesquisa que se instaura o diálogo que deverá ter continuidade nas próximas fases.

O diálogo que Yves Clot se refere, na fase de observação, é principalmente o que ocorre entre o trabalhador e ele mesmo, na medida em que ao ser observado pela pesquisadora, no desenvolvimento do seu ofício, se instaura também uma auto-observação. E para que este processo continue e se desenvolva, usaremos a ferramenta que denominamos de Grupo Associado.

Assim como a Análise Institucional francesa propõe a criação de um dispositivo de análise social coletiva, a Clínica da Atividade propõe o Grupo

Associado como método de intervenção para dar continuidade ao diálogo que se instala, no trabalhador e na pesquisadora, nesta fase de aproximação do campo. Outra proximidade entre a Clínica da Atividade e a Análise Institucional é que em ambos há a tentativa de não fazer uma separação entre o ato de pesquisar e o momento em que a pesquisa acontece na construção do conhecimento.

A análise de implicação consiste em colocarmos em questão os lugares que ocupamos ativamente no mundo. Desta forma, o conceito de neutralidade é questionado na nossa 'caixa de ferramentas'. Não estamos neutros, somos participantes implicados⁵, com tudo que a Análise Institucional coloca dentro deste conceito: a subjetividade como uma categoria analítica na pesquisa e o pesquisador em um lugar político que inclui ação, atividade.

A relação que foi estabelecida entre a pesquisadora e os trabalhadores, inicialmente me parece de identidade⁶, pois, algumas vezes, diferentes pessoas ao tomarem conhecimento que a enfermagem é objeto desta pesquisa, tiveram a impressão que a pesquisadora era enfermeira.

O que levou as pessoas a terem essa impressão?

E quando a pesquisadora fala que é psicóloga, em seguida vem a pergunta: Mas porque esse interesse pela enfermagem?

Como Lourau (1993, p. 112) nos coloca: "Existe uma inseparabilidade entre as nossas implicações enquanto pesquisadores e a institucionalização da nossa pesquisa", logo devemos incluir nesta análise as minhas experiências de estagiária como acompanhante terapêutica, neste mesmo campo. Momentos em que pude experimentar sensações fortes ao sair às ruas com os usuários do hospital e perceber os olhares das pessoas para nós. Viver a experiência de acompanhar usuários do serviço de saúde mental da rede às ruas e partilhar a relação que a cidade tem com essas pessoas e com a loucura, foi sem dúvida, uma das experiências mais marcantes como estagiária.

⁵ "Implicado (cujo projeto político inclui transformar a si a e a seu lugar social, a partir de estratégias de coletivização das experiências e análises". Lourau (1993, p.85)

⁶ "Identidade e trabalho: A identidade é uma expressão subjetiva e se refere a tudo aquilo que é vivenciado como eu em resposta à pergunta: "Quem és?,sendo apreendida através da representação de si mesmo... A articulação entre identidade e trabalho vem de uma tradição que confere, ao papel social, expressividade na constituição da identidade.A importância e a exaltação máximas conferidas ao trabalho na sociedade ocidental concedem, ao papel do trabalhador, lugar de destaque entre papéis sociais representativos do eu." (Jacques, 2002).

No meu primeiro dia de estágio, neste campo, em acompanhamento terapêutico, fui assistir a uma sessão clínica, que era apresentada por uma residente na fase final de sua especialização. A sua fala inicial foi assim: “Vou começar a falar sobre a experiência avassaladora que foi fazer residência aqui neste hospital”. Esse fato ocorreu no ano de 2003, e retorna até hoje à minha mente, quando as experimentações como foi a de estagiária, quanto a de pesquisadora na relação com o campo da saúde mental, me despertam questionamentos éticos e políticos.

O lugar que eu ocupava como acompanhante terapêutica era sentido como um lugar próximo ao usuário, um tanto diferente do ofício de algumas categorias que trabalham na saúde mental. Outro tanto seria semelhante com ao da enfermagem, que fica ao lado do usuário por doze horas seguidas.

Quando eu era estagiária, durante a minha graduação, pude ver alguns usuários que foram transferidos de uma clínica que havia sido descredenciada do SUS, para esse hospital. O convênio teria sido cortado pela péssima qualidade da assistência, pelas condições precárias da clínica e pelo estado degradante em que se encontravam as pessoas que ali estiveram internadas⁷ em média, 15 anos. Eram ao todo três mulheres e um homem; as usuárias tinham família e recebiam visitas regularmente, a média do tempo de internação na clínica, que havia sido fechada, era de 20 anos. Com a mudança no cuidado, todos puderam melhorar o seu estado de saúde e duas foram transferidas para clínicas geriátricas, pelo acompanhamento e financiamento das suas respectivas famílias.

Neste momento, ao retornar ao hospital, agora não mais como estagiária, mas como pesquisadora, eu tive a oportunidade de reencontrar uma das senhoras que não havia sido transferida. Ao conversar com os auxiliares de enfermagem, tomei conhecimento que ela estaria prestes a ser encaminhada para uma residência terapêutica⁸. Graças ao trabalho do serviço social, ela passara a receber uma pensão, deixada pelo marido já falecido. Pouco tempo depois do início da pesquisa, esta senhora foi encaminhada para este outro serviço.

⁷ Se é que se pode usar essa classificação de permanência para uma ‘estadia’ tão longa em um hospital.

⁸ Local residencial para onde vão alguns usuários que permaneceram internados por muitos anos e devido a este fato perderam o vínculo com seus familiares ou os mesmos estão impossibilitados de recebê-los em suas casas. Sobre este assunto ver: Saúde, M. Lei n. 10.708

Outra experiência, desta vez mais impactante, foi a de acolher uma adolescente internada, logo após esta jovem tentar se matar por estar com saudades da sua mãe que havia falecido. Situação que me fez sentir o valor das minhas sessões de terapia, como um dos recursos para estar ao lado dela e poder ouvir a sua dor. Vivência essa que me remete a uma das questões que me acompanha neste caminhar: quais são os recursos subjetivos disponíveis a essa equipe de enfermagem para estar ao lado dos usuários do serviço de assistência visto que, neste hospital, os espaços para discussões coletivas são insuficientes?

De acordo com a Análise Institucional que nos alerta, a implicação do pesquisador tem relação com a institucionalização da pesquisa. Possivelmente a relação estabelecida entre mim e o campo outrora de estágio, agora de pesquisa, teve efeito nas análises, nas intervenções e nas observações. Então, se colocam as seguintes questões políticas: Estas ações podem ter sido distorcidas, enriquecidas ou tornadas superficiais por esta relação? A quem a pesquisa presta seus serviços?

A ação do pesquisador está imbuída da idéia de provocar questões, e segundo Paulon (2005, *apud* Marx), “Os problemas só são levantados quando se tem condições de resolvê-los”.

As posições políticas do pesquisador em pesquisa-intervenção, no que se refere à restituição da observação, têm a ver com: para quem revelar o que? O que pode ser incluído na restituição que está contido no diário de campo? O campo tem seus segredos. Existe toda uma delicadeza nesta ação política, pois se há uma decisão de se ser totalmente transparente quanto ao que é dito ou não, - como agir de forma ética em relação ao grupo de trabalhadores pesquisados? “A revelação ou não dos múltiplos atos da pesquisa é uma ação política” (Lourau 1993, p.85). Uma série de coisas deve ser guardada, reservadas para futuras discussões, para uma maior elaboração. Devemos decidir o que vamos dar a conhecer a um grupo maior e o que é dado a conhecer só para o grupo de pesquisa.

A pesquisadora teve acesso a debates de questões que não pretendemos colocar na dissertação, coisas e questões do cotidiano do hospital, sobre as quais nos foi solicitado sigilo. Então, de acordo com o contrato que foi estabelecido entre a pesquisadora e os trabalhadores através do Termo de Consentimento Esclarecido, só será possível revelar o que foi autorizado. Esse material sigiloso, só poderá ser usado para trabalho futuro com a própria equipe de enfermagem, somente com ela.

Decidimos fazer um diário de campo e dentre outras coisas, decidimos que vamos construir um caminho ao caminhar⁹. Como podemos perceber, existe uma estreita relação entre a implicação do pesquisador e os possíveis usos do diário de campo.

Tomamos para nós as considerações que Lourau (1993, p.77-111), faz em relação ao diário de campo. Uma das características da escritura fora do texto, como as do diário de campo, é produzir um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa. E esta produção de conhecimento não é a produção dos resultados da pesquisa e sim as vivências e o como foi feito da prática cotidiana.

Ao ler Lourau foi preciso encarar a enfermagem como uma instituição que tem a sua história, tal qual o modelo preconizado pela Reforma Psiquiátrica, porém a nossa ferramenta conceitual era a Clínica da Atividade, mas podemos dizer que a história é importante por que a enfermagem é uma instituição tão forte quanto a psiquiatria.

Pois bem, então temos a Psiquiatria, a Reforma Psiquiátrica, a Enfermagem e o Mestrado como as instituições em jogo nesta pesquisa.

Houve a escolha pela pesquisadora de integrar o fora do texto ao texto institucional, e o exercício de escrever sobre o cotidiano do hospital possibilitou a construção e a apropriação da realidade em que estes trabalhadores exercem as suas atividades.

Essa apropriação é feita através das questões que a pesquisadora coloca para si, no campo. Em determinados trechos das análises contidas nesta dissertação, inserimos as questões que atravessaram a pesquisadora e que foram dando um norte à construção da metodologia. Este procedimento, segundo Lourau, é muito produtivo para desnaturalizar as construções científicas vinculadas com a noção de neutralidade. Os atravessamentos podem ser relativos ao campo; às instituições que estão incluídas nesta dissertação: Psiquiatria, Enfermagem, Mestrado, a Reforma Psiquiátrica; aos atravessamentos dessas instituições nas relações interpessoais e nas questões pessoais da própria pesquisadora.

Tal conhecimento possibilita reconhecer melhor as condições da vida intelectual e evita a construção daquilo que Lourau chamou de “lado mágico da pesquisa, ou seja, fantasias em relação à cientificidade”. A desconstrução das

⁹ Sobre esta decisão de construir um método ao caminhar, desenvolveremos melhor no item Metodologia.

fantasias da pesquisadora em relação à cientificidade está incluída nesta dissertação, no trecho ao qual transcrevemos as narrativas dos participantes sobre o que representa a Reforma Psiquiátrica para a equipe de enfermagem neste hospital.

O diário de campo contém implicações subjetivas da pesquisadora, em especial no momento em que o projeto da pesquisa é submetido ao processo de análise pelo CEP do hospital. Este trecho, que está incluído nesta parte introdutória mostra, dentre outras coisas, a contradição da temporalidade da produção pessoal e a burocrática, e seus efeitos no cumprimento do calendário da pesquisa. O diário de campo nos dá acesso a esse desespero, pois também está submetido às forças de institucionalização. “Mas parece que temos necessidade de desviar algumas emoções vinculadas ao processo íntimo das pesquisas”. (Lourau 1993, p.107)

O projeto de pesquisa:

20/12/2007

*O projeto foi entregue ao CEP do hospital no dia 20/12/2007. Segundo a pessoa que me atendeu, a resposta não levaria mais de 15 dias, pois existe um ‘regulamento’, que não permite uma demora na entrega do parecer.
Então, eu deveria aguardar o contato do CEP.*

No quadro de avisos do centro de estudos havia um convite a todos os funcionários para comparecerem à apresentação dos resultados referente à coleta de dados de uma pesquisa, em fase inicial, sobre as condições de trabalho no hospital.

Achei que esta seria uma boa oportunidade para me aproximar do campo.

21/12/2007

Ao assistir à apresentação de uma pesquisa no hospital sobre as condições de trabalho, a pessoa que compõe o CEP do hospital, veio falar comigo que já havia pegado o projeto para ler, porém ela precisava de uma 'carta de apresentação' da equipe de enfermagem do hospital endereçada para CEP. Ou seja, seria necessário eu apresentar as propostas de pesquisa para a chefia de enfermagem, que a mesma estando de acordo, deveria preencher a folha de rosto documento que é preenchido quando se entrega o projeto no Centro de Estudos. Ao preencher este documento a Chefe da equipe se compromete em dar condições para a pesquisa ser realizada naquele setor.

Esta pessoa nos falou que se conseguíssemos entregar essa carta de apresentação da enfermagem até semana que vem, dia 27/12/2007, provavelmente o parecer estaria pronto em meados do mês de janeiro.

Porém, no nosso entender, esta apresentação já é uma intervenção, pois havendo a acolhida da proposta serão, no mínimo, criadas expectativas de ambas as partes.

26/12/2007

Fui ao hospital, procurei a psicóloga que havia sido minha supervisora na época em que fui estagiária (2003). Pedi para que ela me indicasse uma pessoa, na chefia de enfermagem, para que eu pudesse apresentar as propostas de pesquisa e que a mesma preenchesse a "Folha de rosto". Orientou-nos a citar o seu nome, como a pessoa quem fez a indicação. Ela me indicou a chefe da enfermagem, uma médica. Esta médica nos atendeu (me atendeu) e marcamos para conversarmos amanhã às 10h.

27/12/2007

Na chegada ao hospital procuramos procurei a médica, sem conseguir encontrá-la apesar de afirmarem na recepção que ela estava no hospital. Esperei até às 11:30 H para conseguir falar com ela.

Ela demonstrou interesse pela pesquisa e solicitou uma cópia do projeto para ler, porém não tinha como garantir as condições da pesquisa, já que a mesma seria feita sobre o trabalho da enfermagem.

Então, ela fez um encaminhamento da “carta de apresentação”, por escrito, à chefia da enfermagem, e também justificou não tê-la preenchido. Pediu para que entregássemos este encaminhamento à chefia de enfermagem para o Centro de Estudos.

Em seguida ela me apresentou a chefe da enfermagem e à enfermeira chefe do Pronto Socorro.

Fomos para sala da chefia de enfermagem. Conversamos e elas gostaram da proposta e a Chefe da equipe fez a ‘carta de apresentação’, se comprometendo em dar o suporte necessário para a realização da pesquisa, e colocou que gostaria que os resultados da pesquisa fossem apresentados na semana de enfermagem do hospital.

A chefe da equipe narrou que assumiu a chefia da enfermagem havia pouco tempo, desde Outubro de 2008, e que um de seus desafios era “resgatar a identidade da enfermagem do hospital”, pois após a morte de uma das mais antigas enfermeiras do hospital, “a enfermagem ficou um caos”.

Penso que neste momento, foi criado um laço de parceria entre as propostas da pesquisa e a chefia do serviço de enfermagem. Apesar de “resgate de identidade” não fazer parte dos objetivos da pesquisa, acredito que a possibilidade de se construir momentos de reflexão e trocas sobre o trabalho é o que liga a proposta da pesquisa com o momento atual do serviço de enfermagem. Podemos dizer que já havia uma demanda¹⁰ no campo.

¹⁰ Os responsáveis, as pessoas que têm autoridade para requerer uma intervenção que, enfim, passam a encomenda, também têm demandas individuais. Portanto, existe uma grande diversidade e muitas contradições entre todas as demandas possíveis da população envolvida. (Lourau, 1993, p.31)

Se pensarmos com a Clínica da Atividade, podemos recolocar a demanda “resgate da identidade” nos termos de uma demanda que possibilite o desenvolvimento do coletivo de trabalho e de apreensão do sentido de trabalho.

O momento de chegada da pesquisa ao hospital suscitou a esta chefe de enfermagem a lembrança desta antiga enfermeira que havia falecido há dois anos. Seu falecimento por infarto¹¹ se deu pouco tempo depois da sua saída da chefia. Esta era uma chefe muito querida e esta a proximidade entre a sua morte e a saída da chefia sustenta uma controvérsia: A enfermeira teria morrido devido aos desgastes decorrentes das relações de trabalho no hospital? Se for assim, que aspectos teriam gerado tamanho desgaste?

Sem querermos responder a essa questão, consideramos que é importante no efeito desse fato – morte de uma chefe querida versus tempo após sua substituição na chefia – como algo que teve grande influência na constituição e funcionamento do coletivo de enfermagem.

Em diferentes momentos, em entrevistas ou em conversas informais, houve referências a esta chefia. Um marco na história do hospital e da enfermagem.

Mas o que é marcado nessa história que vem repetidamente à baila?

Três meses depois...

28/03/2008

Após ter ligado várias vezes para saber se o parecer estava pronto e assinado, a pessoa que me atendeu falou para eu ir hoje ao hospital, pois era dia da reunião do CEP e que provavelmente, estando lá, conseguiria pegar o parecer.

Quase chegando ao hospital uma pessoa amiga, que já havia lido o projeto e que faz parte do comitê de ética, ligou dizendo que o projeto não havia sido entregue oficialmente.

Como assim? Depois de passar por todos os degraus da burocracia, ainda temos que provar ‘que os nervos são de aço’! É sério?

Será que ‘trote’ faz parte do critério de seleção para a pesquisa ser aprovada no campo da Psiquiatria.

Ao chegar lá descobri que a pessoa que trabalha no centro

¹¹ Este dado foi coletado nas entrevistas.

de estudos e que recebeu o projeto e que posteriormente atendeu aos diversos telefonemas, havia nos confundido com outra pesquisadora, que também havia entregue um projeto de pesquisa sobre enfermagem, logo ninguém havia lido o projeto. E agora vem o melhor: não sabiam onde o projeto estava!

Fiquei em estado de choque.

Por volta de 30 minutos após a revelação de que não sabiam onde estava o projeto, o CEP conseguiu achá-lo: estava em uma gaveta errada.

Pediram para aguardar mais um pouco, e que era para eu ficar tranquila que estava tudo bem. E que o parecer seria entregue hoje mesmo.

Será que é assim que eles atendem as pessoas no Pronto-Socorro?

Veio-me à cabeça a imagem das pessoas chegando ao Pronto-Socorro do hospital psiquiátrico, logo em um estado de intenso sofrimento, e os plantonistas falando doce e calmamente: Fique calmo, você vai ficar bom, está tudo bem.

Esta pessoa amiga e que já havia lido o projeto, o apresentou aos outros membros do CEP, que o aprovou naquela mesma hora.

Quais devem ter sido os critérios de avaliação para a aprovação?

Pediram para que pegássemos o parecer assinado na próxima semana.

O trote ao qual nos referimos, é um ritual de iniciação que é comum nos hospitais psiquiátricos. Este ritual tem por objetivo fazer a entrada de um novato ao campo da psiquiatria e consiste em os mais antigos funcionários colocarem o novato em uma situação que cause alguma apreensão como, por exemplo, 'sem querer' trancá-lo sozinho na enfermaria com os usuários ou deixá-lo sozinho responsável por um setor sem mostrar-lhes onde estão as chaves.

Apesar desta situação de 'perda do projeto' poder ser vista como um analisador, ainda não consigo ter clareza suficiente para colocá-la em perspectiva e analisá-la no contexto do campo da pesquisa e perceber o que esta situação aponta.

Comecei a pesquisa de campo no dia seguinte ao ritual de iniciação.

29/03/2008

Em conversa informal com esta amiga que compõe o CEP do hospital, ela nos disse que já havia ido às enfermarias falar com a chefe da equipe de enfermagem que hoje eu estaria no hospital iniciando a pesquisa.

Justificou ter tomado esta iniciativa por acreditar que a instituição me devia, de alguma maneira, uma maior agilidade nos procedimentos, devido ao fato de terem perdido o meu projeto de pesquisa:

E que em relação ao centro de estudos, ela será a pessoa que dará o suporte para a pesquisa, assim como verificará o andamento da mesma.

Solicitou-nos que preparasse uma apresentação do projeto para o CEP do hospital, que provavelmente será em no mês de abril.

Bem, a última vez que conversei com a enfermeira-chefe foi em dezembro de 2007. De lá para cá, houve a formação do Colegiado de enfermagem. Devido a isso conversamos sobre a possibilidade de apresentar a pesquisa nesta reunião. Porém, a próxima reunião do Colegiado de enfermagem será dia 18 de abril. Pode ser que a data não seja conveniente pela distância entre as elas.

Esta situação em que foi construído um espaço de discussão para os trabalhadores de enfermagem, depois da submissão do projeto de pesquisa ao CEP do hospital, fez com que tomássemos para nós o Colegiado de enfermagem como sendo o dispositivo para as discussões coletivas, ou seja, o Grupo Associado. No projeto inicial da pesquisa, estava incluído nos seus objetivos específicos a construção deste dispositivo. Desta forma, aceitamos as transformações do campo como um convite para redefinirmos uma parte do nosso caminho, o método.

Participantes:

Participam desta fase de observação da pesquisa, como integrantes do Grupo Associado, a equipe de profissionais da enfermagem que trabalham em diferentes enfermarias, masculina e/ou feminina no período diurno¹².

O trabalho não é na enfermaria. É um trabalho que prescinde da observação geral. Com isso a proposta nas análises feita das situações do dia a dia é dar uma visão mais ampla do panorama atual da vida no trabalho da categoria enfermagem psiquiátrica.

A pesquisa é constituída por três momentos:

1º Momento - Enfermarias:

Foi realizada uma aproximação inicial com a chefe do serviço de enfermagem com o objetivo de apresentar a pesquisa e de construção da demanda¹³. Depois de alguns encontros entre a pesquisadora, a chefe do serviço, e alguns supervisores das diferentes equipes, a pesquisa foi apresentada oficialmente no Colegiado.

Esta aproximação inicial se propôs a fazer com que o saber 'científico' da pesquisadora fosse transpassado pelas experiências práticas desta equipe de enfermagem através da observação participante. Esta aproximação da atividade em seu contexto contribuiu para que se fosse possível construir as relações de parceria, com as auxiliares de enfermagem e com as técnicas-supervisoras. O estreitamento dessas relações entre o campo e a pesquisadora contribuiu para a construção demanda.

Encontros individuais entre a pesquisadora e os trabalhadores desta equipe de enfermagem algumas vezes foram previamente marcados em hora e local de melhor conveniência para os supervisores e a chefe da equipe de enfermagem, e em outros momentos ocorreram de forma 'casual'.

¹² Profissionais com diferentes regimes de contratação, além de todos os componentes voluntários, que tenham dado o seu consentimento através do documento Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), conforme determina a Resolução CNS/MS 196/1996.

¹³ O conceito ferramenta demanda em Análise institucional se refere à "encomenda" da intervenção. Sobre esse assunto ver Lourau (1993, p.31-34)

O meio de trabalho foi observado pela pesquisadora, em diferentes horários do turno diurno. A observação realizada foi feita com base nas conversas sobre o trabalho. Nessas conversas surgiram questões relativas à: mudança tecnológica, recursos humanos, divisão social do trabalho, folgas, contenção.

Paralelamente ocorreram encontros ocasionais, individuais ou coletivos, com o objetivo de esclarecer à pesquisadora os aspectos que foram observados no cotidiano das atividades. Nestes encontros ocasionais foi observada a percepção que os técnicos da equipe têm sobre a influência do Processo de Reforma Psiquiátrica nas atividades cotidianas dentro da enfermaria.

Esses encontros de aproximação inicial não foram gravados, e seus registros foram feitos após o término das atividades de cada dia no campo. A quantidade de encontros com os supervisores da equipe de enfermagem foi determinada no próprio processo de construção da demanda, até o momento de ser possível se escolher qual a equipe que seria a referência na pesquisa

2º Momento - Entrevistas:

Em momentos paralelos à observação inicial foram feitas entrevistas abertas com três trabalhadores do hospital. O critério de seleção dessas pessoas foi o tempo de trabalho no hospital. Todos os entrevistados chegaram para trabalhar neste hospital na década de 80.

As questões éticas e de análise de implicação da pesquisadora que foram construídas na relação com os entrevistados será analisada no decorrer do diário de campo

Os nomes foram omitidos, para que o anonimato dos participantes do hospital seja preservado. Essa questão foi a primeira colocada pela chefia da enfermagem na apresentação da pesquisa. O anonimato do hospital e dos participantes evita que os dados coletados possam ser usados de alguma forma, para atingir o participante, em sua via pessoal ou em seu exercício profissional.

As entrevistas foram gravadas em áudio, conforme o consentimento dado pelos participantes. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, e somente serão divulgadas mediante autorização expressa dos voluntários, conforme foi esclarecido no termo de consentimento. Esta precaução evitará com que

conteúdos pessoais, informações profissionais ou relatos possam deixar de ser confidenciais, ferindo o princípio da Privacidade ao qual voluntário da pesquisa é protegido

3º Momento: Colegiado:

O Colegiado de enfermagem se tornou o Grupo Associado após a pesquisadora apresentar oficialmente a pesquisa aos seus participantes e dar os devidos esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento Esclarecido

A escolha do Colegiado de enfermagem para ser o Grupo Associado na pesquisa foi feita entre a pesquisadora, a chefia de enfermagem e a pessoa do CEP do hospital que fica responsável pelas pesquisas. A princípio, as expectativas criadas pela pesquisa, em relação ao Colegiado se deram pelo fato deste grupo de trabalhadores ser constituído pelas três categorias da equipe de enfermagem: Auxiliares, Técnicos e Enfermeiros.

Como Grupo Associado, o Colegiado de enfermagem será o local estabelecido para o debate do andamento da pesquisa. A tomada de decisões com relação à pesquisa e o debate dos materiais de restituição pressupõem o diálogo entre os diversos saberes, sobre o trabalho da equipe de enfermagem, possibilitando a visibilidade das dificuldades e das gratificações na atividade, de uma forma coletiva. Neste diálogo operacionalizamos a abordagem.

Então, uma atividade específica, escolhida neste espaço de discussão, será usada como o início da análise do trabalho. Algumas avaliações são feitas no Colegiado pelos trabalhadores em relação à atividade escolhida. Tais reflexões que dizem respeito às dificuldades pelas quais passam as atividades e as soluções que são encontradas, ou não, para enfrentá-las.

Tomar, como objeto de pensamento coletivo pelos trabalhadores, as gratificações e as dificuldades da atividade laboriosa em uma enfermaria, faz com que esta experiência de reflexão “abra um caminho” para a análise conceitual, possibilitando assim outras hipóteses, antes não validadas.

Clot (2004) nos coloca que “a fase de observação exige uma presença muito demorada do pesquisador na situação de trabalho e que para fazer parte da Clínica da Atividade, é preciso ter a paixão pelos detalhes, até mesmo pela chave de fenda

e o seu uso¹⁴. Mas como seguir esta orientação nos limites de “tempo de mestrado”? Então, esta limitação, que atravessa a atividade de pesquisar, nos faz repensar como fazer uma observação de forma que seja possível atingir os objetivos da pesquisa intervenção nos moldes da Clínica da Atividade, este que é “transformar o observado em observador da sua própria atividade” e ao mesmo tempo fazer uso dos conceitos de atividade, atividade impedida e gênero da atividade para um estudo da atividade de construção da Reforma, seus desenvolvimentos e impedimentos, considerando como meio o hospital psiquiátrico remanescente.

Diante deste impasse, decidimos restringir este estudo à fase das observações iniciais. Se contarmos o período que a pesquisa está no campo a partir da data em que o projeto foi submetido ao CEP, (20 de dezembro de 2007), até o presente momento, temos contabilizado vinte e um meses de trabalho. A atividade no campo teve a sua fase de observação finalizada no dia 18 de julho de 2008. Então, a fase de observação relativa ao campo empírico é composta de sete meses de trabalho.

Mas como fazer a intervenção de modo que o trabalhador, este que é observado pela pesquisadora, se torne observador de seu próprio trabalho? A Clínica da Atividade nos indica que a própria observação produz a auto-observação e o que já favorece um desenvolvimento do trabalhador nesta fase da pesquisa

Espaços que são criados com o objetivo de se promover as trocas entre os pares, são dispositivos que potencializam o processo de desenvolvimento de uma atividade. Mas nesta fase de observação nas enfermarias deste hospital, nos parece que havia certa necessidade destes trabalhadores. Esta necessidade se refere ao movimento de se esvaziarem através das queixas.

Quais outros lugares são possíveis de se ocupar nesta fase de observação-intervenção?

Esse pode ser um lugar do pesquisador na fase de aproximação do campo de pesquisa. Lugar ocupado com a proposta de organizar as queixas a fim de construir a demanda. O desafio está também em não ocupar este lugar de simples depositário das queixas, e sim construindo a demanda, processando o desencanto que está na fala dos trabalhadores e que por momentos também se é envolvido por ele.

¹⁴ Esse comentário faz referência a uma estratégia de trabalhadores de uma fábrica alimentícia, que usavam uma chave de fenda para abrir um armário ao qual não tinham acesso autorizado, mas precisavam acessar, para não interromper a produção.

Temos aí a “zona de interferência” entre o campo e o pesquisador. As queixas como demanda para a pesquisa e o processo de queixar-se como um esvaziamento, criando espaços ‘internos’ para novas possibilidades.

Esse movimento de esvaziamento das queixas também ocorre no pesquisador, quando se fez necessário a saída do campo, a criação de um distanciamento para a possibilidade da escrita. A saída do lugar de depositária para co-produtora de demanda; de texto; de restituições.

O desafio da pesquisa intervenção é ultrapassar os limites da descoberta, limites que estão presentes na fase inicial da pesquisa para a produção de conhecimento, ou seja, para uma intervenção a partir da observação. Esta intervenção, na verdade, é uma co-produção de conhecimento entre a pesquisadora e trabalhadores. A ação passada pelo crivo do pensamento se transforma em outra ação, sobre a qual se reflete.

A pesquisadora deve ter uma postura de arguir o que se deseja pulsar, o já naturalizado, na situação e na conduta, e estar ainda mais atenta ao que se torna diferente. Esse estranhamento que é oferecido pela pesquisadora é construído com base na situação de trabalho, o que nos aponta que a observação não pode apenas transplantar-se para o campo empírico.

O critério de escolha da atividade deve ser o de se construir coletivamente modos diferenciados de se agir, em uma situação sentida pela maioria dos participantes da pesquisa como de difícil gestão.

Chamamos de coanálise do trabalho esta forma diferenciada de implicação do pesquisador na análise do trabalho, a ética de sua prática, que é feita junto com os trabalhadores, através de avaliações que transpassam também a si e o seu próprio cotidiano e por ele arguem as experimentações no campo de pesquisa, abrindo espaço para outros modos de existência. Aí temos a escolha política da metodologia. As perguntas como instrumento de pesquisa, o motor, para se ter uma compreensão ativa através do exercício da liberdade.

Os trabalhadores que aceitam voluntariamente¹⁵ a participação em uma pesquisa sobre processo de trabalho se servem da interlocução, com a pesquisadora, para enfrentar todas as outras possibilidades devidas, graças a um

¹⁵ Compreendemos que o caráter voluntário da pesquisa se encontra atravessado por várias questões contraditórias que se relacionam com a análise de implicação dos participantes, como nos aponta Lourau (1993, p. 39)

efeito indireto, inesperado, redescobrimo os obstáculos e os recursos de um real que lhes escapa.

A pesquisadora dá acesso à descontinuidade do pensamento hegemônico e progressista, que está naturalizado. Promovendo a ruptura com este modo de pensar, com estas evidências em que estão calcadas as nossas práticas, 'desencaminhando o presente'.

A análise da atividade deve ser considerada um desvio, que será incitado pelas problematizações colocadas no momento de análise. E neste processo de bifurcação, de múltiplas possibilidades, o sentido da atividade renasce. As enunciações desta avaliação serão o começo da análise, com a proposta de que estes possíveis genéricos emergentes se atualizem.

A linguagem é uma atividade dirigida em seu sentido pleno, pois age sobre quem a exerceu, sobre um ou vários destinatários, após também ter sido 'atingida' pela comunicação desses e junto com a ferramenta metodológica conservam as marcas das ações sobre o mundo e as marcas dos intercâmbios entre os homens.

Ao estudarmos detalhadamente aquilo que os trabalhadores fazem, aquilo que eles dizem do que fazem, mas também aquilo que eles fazem do que eles dizem, poderemos tornar visíveis as possibilidades de ação, não reconhecidas pelos próprios trabalhadores.

A atividade reanalisada nunca é a atividade prevista para análise, pois como a atividade é uma unidade viva que se compõe na relação com outras, por outras e para outras, o próprio processo de análise já a torna diferente.

E neste processo de estranhamento das evidências, que transpassam o pesquisador, a atividade ao se transformar em linguagem no Colegiado de enfermagem, se reorganiza e se difere

A situação, previamente escolhida, é colocada para análise em discussão no coletivo através da variabilidade de profissionais e do grupo homogêneo profissional.

Ao fazermos interrogações, se trata de fazer uma ação, no sentido de intervenção e uma clínica completa. A nossa caixa de ferramentas é composta do dispositivo metodológico Grupo Associado. Este grupo é um espaço de discussão que faz a articulação dos trabalhadores, com o saber da experiência; da pesquisadora, com o saber científico; e de outros profissionais, com o saber específico de outras áreas de conhecimento. Todos com o objetivo comum de pesquisar os problemas em situação de trabalho e discutir estratégias para

transformá-las. Este dispositivo metodológico que é o Colegiado faz com que os seus integrantes se tornem coautores na produção de conhecimento. Como nos diz Clot (2006), relendo Bakhtin: “Cada gênero profissional retroage sobre os outros: ele os torna mais conscientes, obriga-os a rever suas possibilidades e limites, a ultrapassar, por assim dizer, sua ingenuidade”.

A experiência de trabalho pode enriquecer-se ao tomar o gênero profissional como objeto de trabalho do pensamento coletivo. E como podemos objetivar o gênero, ou seja, torná-lo visível?

Através da experiência reflexiva, que caminha para a análise conceitual e ressuscita em si outras hipóteses que haviam sido invalidadas, ou abre caminhos para novas possibilidades. Ao se permitir o diálogo sobre a experiência, operacionalizamos a abordagem que tem como o seu objeto da análise o que é inesperado da situação.

A análise do trabalho é inseparável da transformação deste último, pois compreender é pensar em outro contexto. Então para compreenderem o seu trabalho e darem sentido à atividade, os trabalhadores precisam de um espaço para poder dialogar sobre a atividade. E o sentido, surge na relação de troca entre os pares, em que diferentes experiências de uma mesma atividade são postas em discussão. E as lacunas, as falhas, as hesitações na relação entre os diferentes pontos de vista da situação que é posta em debate, são as experiências que fornecem mais informações.

Assim sendo, a pesquisa científica não é conclusiva e nem definitiva no que produz. Pois o conhecimento é dotado de movimento. Para se produzir conhecimento é necessário que haja conflitos, controvérsias, diálogos

Os resultados das pesquisas são inseparáveis da elaboração dos métodos de análise do trabalho. O método é construído no momento em que se faz, a cada momento em que se coloca um estranhamento de uma situação. A análise não fica prejudicada com esta transformação. O objeto também se transforma, pois a atividade analisada nunca é a atividade prevista para análise.

A pesquisadora como interlocutora entre os conceitos espontâneos, conceitos que ao mesmo tempo advêm do saber da experiência e são organizadores dela e entre o saber científico, elabora a psicologia prática. Psicologia esta que foi construída pelos próprios trabalhadores, para compreender e interpretar o seu meio de trabalho com o objetivo de dar sentido às suas atividades.

A elaboração de uma psicologia prática consiste em decifrar as motivações que levaram àquele trabalhador a optar por aquela ação e não outra, reconhecendo quais são as ferramentas de que dispõe como recurso para enfrentar as infidelidades do meio.

O que é objetivado na pesquisa são as metamorfoses no processo de execução da atividade e as que a intervenção provoca. Diante dessas questões a situação que era habitual se torna tão familiar quanto estranha, que vem acompanhada da sensação de que o que eu fui e não o serei mais. Esta sensação é nossa relação com o presente.

O tempo é considerado como instrumento de pesquisa. E como faremos uso deste instrumento? No reviver, nas contradições, no enfrentamento das possibilidades, produzindo em nós e neles, momentos de escolhas, tempos de bifurcação, multiplicidades.

Neste momento de bifurcação, afloram os conflitos das várias histórias sobre uma redução das possíveis escolhas na atividade de assistência em relação: as ações, aos colegas, a hierarquia e aos grupos informais que transpassam a atividade,

As interferências que estas situações sofrem ao serem postas em questão no Colegiado de enfermagem, podem apontar de uma forma direta para os trabalhadores, o processo de construção de uma determinada situação e as suas possibilidades de mudança. Permitindo assim, tornar visível o poder de ação destes trabalhadores sobre o seu trabalho

A importante característica histórica deste hospital é estar passando por um momento de transição no papel que desempenha na assistência. E inserida neste contexto está a equipe de enfermagem, em um momento importante de implantação de um espaço para o trabalho coletivo sobre a atividade de assistência, o Colegiado de enfermagem.

A proposta de apresentação do material é que seja feito de uma maneira que o leitor nos acompanhe também nos sentimentos.

O diário de campo retornando ao trabalho do grupo pode, vinculado à questão de subjetividade, produzir o surgimento, no aqui e agora, de novas análises através dos acontecimentos.

No limite de tempo do mestrado, não foi possível incluir nesta dissertação a restituição escrita do que foi observado no cotidiano de trabalho nas enfermarias. A

restituição que foi feita a essa equipe de enfermagem se deu em uma reunião do Colegiado, quando a pesquisadora compartilha os questionamentos que foram suscitados pela aproximação do campo empírico. Essa restituição foi o ponto de partida para se instaurar uma controvérsia entre os diferentes saberes presentes no Colegiado de enfermagem, de modo que os atravessamentos pelos quais a análise da situação escolhida se deparou, suscitaram novas estratégias de luta.

Apresentação dos capítulos

O leitor irá perceber que a minha proposta é trabalhar com narrativas. Essas narrativas aparecem na forma do passado que surge como parte do presente, como uma história do presente, uma história que passou pelo atravessamento de outras experiências subsequentes à original, uma história que é revivida e recriada.

A escolha deste caminho se deu na medida em que a pesquisadora, ao adentrar nos melindres do campo empírico, sentiu necessidade de obter algumas informações, para poder se situar melhor no que se refere ao que é a Reforma Psiquiátrica para os trabalhadores deste hospital e o que o hospital da pesquisa representa para esses trabalhadores.

Como fazer, no âmbito do mestrado, uma releitura do que comumente se lê sobre a Reforma Psiquiátrica?

Diante desta contradição foi preciso lançar mão de materiais que nós encontramos no campo, os quais fazem referência à Reforma Psiquiátrica e que tem a forma historiográfica. E o estudo que foi feito com esses materiais está situado no Capítulo I. Denominamos esse capítulo como Cenário.

Este material é apresentado ao leitor no modo como frequentemente as pessoas apresentam suas histórias, ou seja, no formato da historiografia. Esse fato é decorrente da realidade de que não foi possível, no âmbito do mestrado, explorar estes materiais da maneira pela qual pensávamos ser mais favorável

Alguns pontos estão aparecendo neste capítulo como revisão bibliográfica, ou como alguns encaixes possíveis da revisão bibliográfica com a história do hospital específico e não exatamente como resultado da pesquisa com a metodologia escolhida.

A proposta de colocar este primeiro capítulo é para dar ao leitor informações que possam facilitar o caminho da leitura. E como estas informações foram importantes para a entrada no campo, nós as estamos apresentando para o leitor, para que possa também nos acompanhar no processo da escrita.

Esta escolha também tem reflexos na aproximação do conceito de trabalho e gênero, que tem toda uma carga histórica que o acompanha nos moldes como é construído. E não se consegue olhá-lo como uma fotografia, separado do contexto, isolado da história.

A partir da frase de Lourau (1993, p. 84); “Os diários de campo subjetivistas são minas de informações objetivistas”, foram desenvolvidos os capítulos subsequentes desta dissertação. No capítulo II, o qual se chama Narrativas, o texto desenvolvido aborda as questões relativas ao hospital, o nosso campo empírico, que foram narradas nas entrevistas e nas visitas que foram feitas às enfermarias.

Nas entrevistas fomos buscar ‘certa história do hospital’, com a proposta de provocar a subjetividade de quem viveu a experiência da Reforma Psiquiátrica. Essas são histórias das trajetórias e experiências vividas pela equipe de enfermagem que estava trabalhando na assistência nos anos 70 e 80. Nessas histórias estão as marcas destas experiências. As marcas de resistência às lutas do saber hegemônico da psiquiatria. Então temos como proposta possibilitar um corte transversal na história oficial.

Continuando no mesmo caminho, melhor dizendo, integrando o diário de campo ao texto ‘institucional’, dissertaremos sobre a atividade de assistência em saúde mental. Este será o objeto de estudo do Capítulo III, Atividade.

Neste capítulo as histórias do cotidiano que são compartilhadas pertencem à dimensão coletiva do trabalho que é a dimensão transpessoal do ofício. Esta dimensão contém o gênero da atividade profissional.

Partimos do princípio de que determinadas características existentes nos anos 70 e 80 constituíram uma condição para que os trabalhadores da enfermagem experimentem o processo de transição dos modelos de assistência neste antigo hospital, de certa maneira específica.

Diante desta hipótese, buscamos compreender como esses profissionais estão vivenciando este momento de transição do paradigma psiquiátrico da exclusão para o da atenção psicossocial. Então é feita uma análise do processo de trabalho da equipe de enfermagem inserida neste contexto marcado por precarizações e

imprevisibilidades. Neste momento em que o hospital psiquiátrico está passando por um momento de transição na cultura da assistência em saúde mental, esta mudança acarreta também mudanças na cultura do trabalho.

Discutimos, através das narrativas, como esses trabalhadores de base sentem a Reforma Psiquiátrica no desenvolvimento de suas atividades de assistência. Quais os recursos para o trabalho que estão ao alcance desta equipe e quais os que ainda precisam passar por um processo de desenvolvimento maior.

No capítulo IV o coletivo de trabalho é estudado a partir das observações feitas no Colegiado de enfermagem. Neste espaço ocorre o desenvolvimento do ofício através do diálogo sobre a situação que havia sido previamente escolhida para análise. Este diálogo ocorre também entre a pesquisadora e os trabalhadores do hospital.

Neste momento, podemos ver a restituição das observações iniciais que foram feitas nas enfermarias produzir um efeito analisador, ou seja, a produção de conhecimento e abertura a novas reflexões sobre a atividade de assistência nas enfermarias.

De acordo com o caminho que foi seguido até então, nesta dissertação constará, em sua parte final, considerações relativas à importância dos diálogos que são realizados nos coletivos de trabalho. E quais as etapas seguintes para essa pesquisa, nos moldes da Clínica da Atividade, para ser possível dar continuidade ao processo de desenvolvimento do ofício destes trabalhadores da equipe de enfermagem. – O que fazer com isso? Com esse conhecimento que foi coproduzido sobre a atividade de assistência em saúde mental.

CAPÍTULO I

Cenário

“O asilo é lugar zero de trocas sociais”
(Rotelli, 1990)

1.1. Reforma Psiquiátrica:

Os modos de cuidar nos asilos com suas práticas cotidianas aumentam cada vez mais a distância entre os que ali estão como usuários e a vida, com as várias relações que nela possam ser experimentadas. No processo de desconstrução da distância constrói-se a possibilidade de outra percepção da loucura e a reformulação das relações clínicas, que agora se propõem a passar da intervenção centrada na autoridade médica para a intervenção interdisciplinar, com o cuidado em tornar mais coletiva a dinâmica das relações entre as fronteiras dos diversos saberes que se articulam na assistência psiquiátrica.

A concepção de ‘homem-indivíduo’ é uma simplificação do processo de adoecimento humano colocado à margem, fora do contexto da vida, das relações humanas, das condições sociais, do meio de trabalho ou da falta dele. Esses são alguns pontos que somados com outros compõe a complexidade da vida e do viver.

As relações sociais que no modelo asilar são caracterizadas pela exclusão, passam para um modelo de atenção psicossocial. O modo de cuidar em saúde mental passa a incluir a dimensão social e a construção de novas relações¹⁶. Temos como dispositivos importantes, dentre outros, o acompanhamento terapêutico e os CAPS.

“Essas transformações têm seu correspondente no contexto brasileiro a partir da década de 80, ocasião em que PSICOSSOCIAL passa a ser utilizado como um significante para designar novos dispositivos institucionais (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial - CAPS e NAPS) que aspiram à outra

¹⁶ Como podemos observar no tema da III conferência em Saúde Mental: “Cuidar sim, excluir, não”

lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais as do paradigma psiquiátrico”. (Costa-Rosa, 2003, p. 19).

Percebendo-se a complexidade da condição humana e das suas mais variadas formas de existir, concordamos com Pinto (2004, p. 17), que coloca como um desafio à assistência psiquiátrica na atualidade a abordagem através de “uma prática integradora aos chamados transtornos mentais graves, denominação atual para a loucura, que é o fenômeno humano de base.”

A reestruturação clínica e social da psiquiatria promove potencialmente o atravessamento, pelos trabalhadores em saúde mental e pela sociedade, do acolhimento das diferenças e a construção da cidadania, incluindo como corresponsável neste projeto, a pessoa que sofre mentalmente na construção de sua saúde, assim como as outras que compõe a rede das suas relações sociais. Promove também a construção da cidadania destes sujeitos tutelados, desmontando a relação que a psiquiatria fez da loucura com periculosidade, incapacidade e irresponsabilidade civil.

Este objetivo de mudança da relação social entre loucura e sociedade é promovido através de diversos dispositivos construídos com os usuários dos serviços de saúde mental como: cooperativas de trabalho, rádios comunitárias, programas de TV comunitária, etc.

Fischer (2007) e Pinto (2004) fazem uma crítica importante em relação a esse processo de ampliação da psiquiatria para além dos muros do hospital, abarcando a participação da comunidade, dos familiares e do usuário. Segundo os autores, esta ampliação da assistência não chega a aproximar amigos e familiares dos usuários do serviço de saúde mental, a ponto de implicá-los nos projetos. Este fato é consequência da prioridade dos projetos estarem voltados para o usuário do serviço, o que parece favorecer o abandono dos usuários pelos seus parentes.

Sendo o campo da saúde mental prioritariamente político, como nos fala Basaglia (1979), se faz necessário o hábito de uma postura crítica em relação aos nossos fazeres cotidianos. Essa é uma condição para que os novos dispositivos de assistência não funcionem como uma ferramenta de contenção subjetiva atualizada.

Enfim, a Reforma Psiquiátrica é uma construção que envolve diferentes setores na sociedade, em um entrelaçamento de saberes e fazeres que constroem e são construídos no cotidiano dos serviços. Estabelecer uma nova relação com a desconstrução da instituição da loucura é o que entendemos como “uma experiência

humana de estar no mundo de uma forma diferente daquela que o homem, ideologicamente e idealisticamente, considera normal. E o louco é o sujeito destas vivências e destas experiências”. (Rodrigues, 2007) ¹⁷.

A Reforma Psiquiátrica não é meramente uma reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico, que era caracterizado pelo asilo e pela tutela. Temos como principal ponto de mudança a desconstrução da instituição loucura, não só dentro dos hospitais com os vários atores envolvidos, que são produtores/produtos neste processo, mas na sociedade em geral. Sendo assim, neste “processo social complexo” existem interesses e formulações em conflito, em desenvolvimento.

Neste estudo iremos privilegiar os pontos em desenvolvimento que estão relacionados ao hospital psiquiátrico e à saúde do trabalhador em saúde mental.

A desconstrução da instituição da loucura tem seu foco no que diz respeito à forma de nos relacionarmos com modos de vida diferentes do modelo produzido pela organização da sociedade capitalista.

Podemos fazer relação aqui com a definição de “não-psiquiatria” descrita por Cooper (*apud* Pinto, 2004, p. 24) como: o desenvolvimento de ações “contra e para além do poder médico, que conduzem à recuperação-ganho social da loucura como parte da cultura do povo, como parte de uma subversão mais total do espírito burguês”.

A história da Reforma Psiquiátrica Brasileira teve o seu início no final dos anos 70 e chega até aos dias de hoje.

Para Amarante (2000a), está dividida em três períodos.

O primeiro foi de 1978 até 1980, chamado por este autor de trajetória alternativa: “Entendendo por alternativa qualquer prática que não esteja sob o rótulo de psiquiatria tradicional, caracterizada pelo asilo”.

O segundo período ocorre no início dos anos 80, chamado de trajetória sanitarista, tendo destaque “os planos de medicina comunitária, preventiva ou de atenção primária”. Aqui temos como foco de intervenção a cidade e não mais o asilo, partindo-se da premissa que a doença mental é um desajuste social e que através de uma intervenção adequada, podemos conseguir um ajustamento do louco à sociedade.

¹⁷ Depoimento pessoal de um dos precursores do Movimento Antimanicomial.

Em 1987 ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, época em que surgiu a proposta da Constituição Cidadã, na qual se define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Define-se também a criação do SUS. (Goulart, 2007, p.27).

O terceiro período é o início da trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução ou invenção, ocorrendo ao final dos anos 80 que, segundo Goulart, teve início com a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Neste momento, foram criticados os “pressupostos da psiquiatria e do asilo” no lugar de apenas serem apontadas as desumanidades hospitalares.

“A I Conferência representa, portanto, o fim da trajetória sanitarista, de transformar apenas o sistema de saúde. E o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização. O encontro que a ela se segue institui um novo lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Estabelece um novo horizonte de ação: não apenas as macro reformas, mas a preocupação com o 'ato de saúde' que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados: entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo”. (Tenório 2002, p. 11).

O processo fazia parte do entusiasmo pela reconstrução democrática, que atravessou o país desde o fim dos anos 80. Mas também se refere à influência produzida pelo pensamento científico de Foucault com os questionamentos do poder médico e à prática de Franco Basaglia, que desde a década de 70 e do movimento da luta Antimanicomial na Itália, é considerado uma referência para o Ocidente devido à sua radical postura avessa aos hospitais psiquiátricos.

Em decorrência destas influências há a promoção de alianças entre técnicos e usuários, apontando para o necessário engajamento político no cuidado em saúde mental¹⁸.

Os profissionais tanto dos hospitais Federais quanto dos Estaduais também se encontravam em situação dramática, pois estavam subordinados às mudanças do

¹⁸ Outro fator que colaborou para essa experiência italiana se tornar um ícone, foi o fechamento da maior parte dos manicômios ativos até 1978, e também neste mesmo ano a aprovação de uma “arrojada legislação psiquiátrica” que dentre outros pontos proibia a construção de novos manicômios. Lei: 13 de maio de 1978.

poder político cujas direções eram indicadas por pessoas que ocupavam cargos superiores e que muitas vezes não estavam articuladas com as questões políticas.

Os trabalhadores do MTSM, durante algum tempo, se mantiveram na assistência por estarem condicionados pelas suas ideologias, porém constrangidos pelos baixos salários e com suas responsabilidades e envolvimento ativo muito reduzido. Esses impasses, o custo elevado e a indignação pela não respeito aos direitos dos internos geraram um movimento de protesto, que se consolidou em torno de um desejo existente no país, de cidadania e justiça social, (Venturini, 2000 e Pinto, 2004).

Os trabalhadores de saúde foram os atores e os sujeitos políticos fundamentais no projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São deles originalmente emergentes as propostas de reformulação do sistema assistencial no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico.

O movimento da Luta Antimanicomial nasceu em 1987, com a mudança das estratégias de luta do MTSM, que passa a ter como proposta a expansão das suas bases através da constituição de alianças com outros movimentos sociais populares e com a sociedade em geral. Esta alteração das estratégias se deve, em parte, a entrada de lideranças do MTSM no aparelho de Estado, que ocasionaram uma restrição nos 'alicerces' do Movimento.

O tom das discussões acentua o crescente caráter político e social da trajetória do MTSM e também a marcante necessidade de formas independentes de organização para intervenções na sociedade, consolidando-se assim o lema "por uma sociedade sem manicômios".

Ainda na década de 80 outros três processos contribuíram para a configuração atual do movimento da reforma: a ampliação da participação da sociedade nos processos, a reformulação legislativa, e experiências institucionais inovadoras bem sucedidas.

Temos também a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, que aborda os temas clássicos dos encontros psiquiátricos como psicofarmacologia, terapia de crise e esquizofrenia, ao lado de temas sociais como identidade profissional, assistência psiquiátrica, participação popular, ordem psiquiátrica, política nacional de saúde mental, condições de trabalho, privatização da medicina, revisão da legislação penal e civil pertinente ao doente mental.

Segundo Goulart (2007, p.31):

“movimento da luta antimanicomial tornou-se um dos mais importantes movimentos sociais brasileiros e uma das mais fortes forças políticas, porém a articulação entre os movimentos sociais e governo de Estado, em geral, são compostos por diversos complicadores éticos e práticos”.

A luta antimanicomial tem influenciado e estimulado o movimento de usuários e seus familiares e tem pressionado, através do Conselho Federal de Psicologia, para reforma dos currículos para profissionais da área de saúde mental.

O movimento da luta antimanicomial é composto por três segmentos: usuários, familiares e profissionais. Esta diversidade, segundo Luchmann (2007), acarreta divergências e conflitos de propostas. Essas divergências acirram os embates entre os extremos da prática institucional e a mobilização social. As parcerias se tornam ainda mais difíceis por haver diferenças em cada um dos três segmentos. Diferenças de recursos, de interesses e de poder. (Vasconcelos, *apud* Luchmann, 2007).

Segundo diversos autores (Pinto, 2004, p. 43; Goulart, 2007, p.31; Luchmann, 2007 e Rodrigues, 2007), ultimamente o MTSM está dividido em dois grandes blocos: o movimento de luta antimanicomial e a rede internúcleos. O primeiro com um viés mais institucional, que defende a idéia da participação dos militantes na administração pública, e a rede internúcleos, com outro viés, voltado para os ideais sindicais, apoiada pelos trabalhadores. Para Pinto (2004, p.43) essa cisão desencadeia um enfraquecimento da luta “pela divisão por propósitos secundários”.

Dentre as transformações assistenciais, o modo de cuidar deve ser repensado, com novos dispositivos e novas tecnologias. A Reforma Psiquiátrica propõe a saída da lógica “hospitalocêntrica” para outra de natureza “comunitária ou territorial”¹⁹. A nova política oficial de saúde mental tem como objetivos:

“(…) reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar, - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) - incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa "De Volta Para Casa", manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover

¹⁹ “Utilizamos o conceito de território no sentido proposto pela geografia humana e política. Para Milton Santos (2002, p.70), em uma de suas definições, “o território é a construção da base material sobre a qual a sociedade produz a sua própria história”. (Amarante, 2003, p. 61)

direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria.” (MS/PNSM).

Já o movimento de contrarreforma tem se fortalecido pelas suas propriedades em manter o tratamento caracterizado pelo modelo asilar e por atender aos interesses econômicos dos donos de hospitais e da indústria farmacêutica, através da contenção química e interesses corporativos de categorias profissionais. (Dimenstein, 2007).

Nos anos 60 se construiu uma verdadeira indústria da loucura, tanto através do crescimento da indústria farmacêutica quanto através do mercado da saúde mental, com os hospitais psiquiátricos privados incentivando a cronicidade das doenças pela primazia dos lucros.

Outro fato peculiar da época é que a maioria dos hospitais da “indústria de internações”, (Goulart 1992, P.53), ou seja, hospitais com o objetivo prioritário nos fins lucrativos tinha como receita exclusivamente os créditos do SUS.

O mercado da saúde mental ainda tem grande poder no campo político das ações psiquiátricas no País e ainda se coloca na posição de favorecer os lucros. Atualmente este mercado é fortalecido pelo investimento que é feito através dos planos de saúde e dos serviços de seguro. (Silva 2002)

A política de saúde mental é alvo de críticas em parte por psiquiatras que entendem a prática e a teoria da psiquiatria como há três séculos: “uma doença psiquiátrica é tão orgânica quanto uma doença neurológica (Brust, *apud* Flora, 2008). Analisam que a crise na política da saúde mental é da seguinte forma:

“Em nossa percepção, há uma crise na política de saúde mental em nosso meio... Diríamos que a luta “antimanicomial” desconstruiu – de forma ainda inacabada – o centro de gravidade do antigo modelo de saúde mental. O “processo estratégico de desinstitucionalização” implantou dispositivos substitutivos (Centro de Referência em Saúde Mental – Cersam - Centro de Convivência etc.) ao hospital psiquiátrico (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2006).

As crenças que alicerçam essa política em curso podem ser cunhadas de modelo socioanalítico. Sofrem de uma doença infantil compreensível, uma vez que

lutam para se impor, denominada dogmatismo (Popper, 1978).

A Psiquiatria moderna depende de tecnologia avançada como, por exemplo, técnicas de imagem cerebral para a identificação de prováveis lesões patológicas estruturais...

A guisa de conclusão, não é mais possível se furtar a uma prática psiquiátrica baseada em evidências, ou seja, de eficácia bem documentada em rigorosas pesquisas clínicas. Henri Ey tinha razão: a Psiquiatria é bem uma especialidade da Medicina." Flora (2008)

Outra parte das críticas em relação à política de saúde mental vem através da ABP que alega que não existem CAPS suficientes para atender a demanda de doentes mentais, que os mesmos são mal distribuídos pelo território nacional e enfrentam problemas de infraestrutura no atendimento.

Segundo militantes da luta antimanicomial, estas críticas estão divididas em três pontos.

O primeiro deles tem relação com a atual política de saúde mental que está ocasionando uma redução do "processo social complexo" da Reforma Psiquiátrica à medidas de implantação de CAPS, com redução de recursos e uma reorganização administrativa tecnocrática de serviços, transformando o CAPS em uma clínica modernizada.

O segundo ponto a ser revisto, segundo esse grupo de militantes, é em relação à alocação de recursos no SUS, que para Amarante (2003, p. 62) "é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS". Ou seja, o pagamento é feito de acordo com os procedimentos executados, lógica que segundo Freire (*apud* Amarante, 2003, p. 63) é suficiente para limitar o potencial inovador e revolucionário dos serviços de atenção psicossocial. Desta forma, Amarante aponta para o risco de haver um processo de "capsização" da Reforma Psiquiátrica e ao mesmo tempo uma "inampsização" dos CAPS. (*idem*)

E o terceiro ponto se refere à formação dos novos psiquiatras que "saem da faculdade achando que cuidar de doentes mentais é só dar remédio" (Jornal do Brasil, 09/03/2009)

A mudança dos processos de trabalho, que é um fator fundamental na Reforma Psiquiátrica, é um dos pontos problemáticos e de maior complexidade a ser enfrentado. Segundo Dimenstein, (2007, p. 27) "a capacitação das equipes e o

reordenamento desta lógica de trabalho são alguns dos muitos elementos que devem sofrer uma intervenção imediata”.

E com isso a função e a vocação dos vários técnicos que trabalham nas instituições psiquiátricas devem ser redefinidas e redimensionadas.

“Consideramos, então, que é preciso retomar esse eixo. de implementação da reforma psiquiátrica, envolvendo estados e municípios no desenvolvimento de ações que viabilizem essa articulação entre saúde mental e PSF. “Uma via privilegiada, nesse sentido” é uma maior e melhor articulação entre as secretarias de saúde e as instituições de ensino e pesquisa, para o redirecionamento da formação acadêmica e para o planejamento de oficinas, capacitações, enfim, de oportunidades de trocas *efetivas* que possam contribuir para a formação dos profissionais e os modos de atuação na saúde pública.” (idem, p.2).

O processo de trabalho no cuidado em saúde mental é uma das dimensões inseridas nesta complexidade da Reforma Psiquiátrica neste momento de reconstrução de saberes e práticas.

Neste estudo, o processo de trabalho da equipe de enfermagem será o foco das discussões na relação entre as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, o hospital psiquiátrico e o processo de trabalho.

1.2. Hospital Psiquiátrico

“O amor e a loucura são engrenagens
imprescindíveis às mudanças”
Lourau (1993, p.18).

A internação psiquiátrica deixa de ser considerada a primeira opção de cuidado oferecida. E o hospital passa a oferecer alternativas de atenção ao usuário e à sua família, se “tornando cada vez menos um local de permanência e cada vez mais um local de passagem”.

“O hospital se confronta aos problemas e à evolução geral da sociedade, o que o obriga a se transformar e a se adaptar (Bernfeld, 2000); tratamento da precariedade, participação em programas de saúde pública e prevenção, desenvolvimento dos atendimentos de emergência... Acrescenta-se a isso a intervenção na área social. O hospital é cada vez menos um local de permanência, e cada vez mais um local de passagem (ambulatório). É o retorno à missão social do hospital. Mas a explosão das urgências, a escalada da violência e os riscos decorrentes para os profissionais são sintomas de sistemas de saúde em transição (Villeneuve, 2001). É preciso doravante

considerar a relação de tratamento como uma relação de serviço na qual profissional de cuidados e enfermo participam de uma atividade de cooperação. Essa mutação precisará ser acompanhada por reflexões, mais particularmente em torno da organização do trabalho e das conduções de projetos arquitetônicos, reflexões que requerem um recurso crescente aos ergonômistas.” (Martin & Gadbois 2007)

Apesar de estes autores estarem se referindo ao hospital geral, as suas colocações também são relevantes para o que está acontecendo com os hospitais psiquiátricos.

A política oficial da Reforma Psiquiátrica, como citamos anteriormente, está direcionada para a redução dos leitos de internação nos hospitais psiquiátricos e em paralelo a iniciativa para aumentar a rede de assistência extra-hospitalar (Quadro 1):

Leitos de Atenção Integral

São considerados Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental todos os recursos de hospitalidade e acolhimento noturno da rede de atenção à saúde mental (leitos dos Hospitais Gerais, dos CAPS III, das emergências gerais, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas), quando articulados em rede – podendo estar associados aos leitos de hospitais psiquiátricos de pequeno porte, quando eles existirem.

Estes leitos devem ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise, devendo estar articulados e em diálogo com outros dispositivos de referência para o paciente. A tendência é de que esta rede de leitos de atenção integral, à medida de sua expansão, e à medida da expansão de toda rede aberta de atenção à saúde mental, apresente-se como substitutiva à internação em hospitais psiquiátricos convencionais. Para tanto, é preciso investimento dos gestores em regulação - os leitos de atenção integral em saúde mental são um componente essencial da porta de entrada da rede assistencial e um mecanismo efetivo de garantia de acessibilidade.

Para estimar a quantidade necessária de leitos de atenção integral em saúde mental, o Ministério da Saúde adotou os parâmetros contidos nas "Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde". Nessas diretrizes, os contextos locais de rede fazem diferença:

a) Onde existir uma rede de atenção integral efetiva, o parâmetro de cobertura pode variar de 0.1 a 0.16 leitos de atenção integral por 1.000 habitantes. Note-se que uma rede efetiva é aquela composta por diversos dispositivos (CAPS, SRTs, Programa de Volta Para Casa, saúde mental na atenção básica, ambulatorios, leitos em hospitais gerais, etc.) e que for capaz de efetivamente controlar a porta de entrada das internações, reduzir as internações, reduzir o tempo médio de permanência das internações, reduzir consideravelmente os leitos ou fechar hospitais psiquiátricos;

b) Onde existir uma rede com baixa resolutividade, o parâmetro de cobertura é de até 0.24 leitos de atenção integral por 1.000 habitantes. Para cada contexto, parâmetros diferentes - quanto melhor a efetividade da rede, menor a necessidade de Leitos de Atenção Integral.

Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29 Acesso em 28/06/2009.

Desta forma, a assistência aos usuários deste tipo de serviço se volta mais intensamente para uma atenção psicossocial e conseqüentemente transforma o

modo de cuidar hospitalocêntrico para outro, cuja lógica territorial é construída na relação entre técnicos, usuários, familiares e sociedade.

Em relação aos desafios da implantação da Reforma Psiquiátrica, o atual diretor do IPP, Dr. Mario Barreiras, também coloca que, além dos problemas das instituições de saúde como um todo, que são a falta de recursos humanos e financeiros, o hospital psiquiátrico tem alguns agravantes²⁰:

- 1) O modelo de rede é muito mais complexo, exigindo uma maior articulação com os outros setores públicos como educação, justiça e assistência social.
- 2) Apesar dos avanços em relação às técnicas de cuidado e a cultura da saúde mental, o estigma da doença mental ainda persiste, inclusive em seus trabalhadores, influenciando assim os seus projetos e as suas práticas.
- 3) Mesmo após o relatório de saúde da OMS sobre os dados de saúde mental que apontam para o fato de que a saúde mental tem um impacto na saúde pública no mínimo igual às doenças psicossomáticas, ainda não houve uma conversão de recursos proporcionais a estes dados.

Estas questões podem estar sendo reforçadas pelas políticas da Reforma Psiquiátrica, pois as pessoas têm como pouco clara, ou talvez haja muita controvérsia acerca do que se deve colocar no lugar dos hospitais. O que se faz até a extinção dos hospitais especializados? As propostas para sua extinção farão desaparecer a necessidade de dispositivos semelhantes?

Bem, a questão que Silva coloca em relação à rede de atenção em saúde mental é: “Como se posicionar diante de tal paradoxo, uma vez que, em ‘preto e branco’, o hospital se impõe no real, com toda a sua força e reconhecida ineficácia?” (2007, p. 5).

O recurso mais escasso no hospital é o humano. Como justificar a alocação de recursos humanos, para um local que tem como proposta oficial acabar, mas que na realidade continua exercendo, na medida do possível, as suas funções? Como se trabalha, sem recursos, até a concretização de todas as estratégias planejadas?

Os esforços de colocar a proposta da Reforma Psiquiátrica em desenvolvimento enfrentam obstáculos, que podem estar relacionados a essa inexistência de projetos para os hospitais.

²⁰ Entrevista dada para a Assessoria de imprensa da Associação Brasileira de Psiquiatria em 27/06/2006. <http://www.abpbrasil.org.br/historia/noticia/exibNoticia/?not=6> Acesso em: 10/08/2008

A Reforma Psiquiátrica está marcada por um momento de transição que faz parte de um processo histórico e dinâmico. A realidade da assistência psiquiátrica hoje é composta por várias contradições que, segundo Silva (2007), estão localizadas entre a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e a construção das redes substitutivas ao manicômio.

A primeira controvérsia se refere à Reforma Psiquiátrica de um lado à cultura hospitalocêntrica de outro.

A polêmica importante que se mostra neste diálogo entre a Reforma Psiquiátrica e a cultura hospitalocêntrica é: há necessidade de se ter hospitais psiquiátricos? Em algum momento será possível não ser mais necessário o recurso da internação psiquiátrica? E os casos que requerem a internação, onde estariam mais bem alocados? Nos hospitais gerais, nos CAPS III ou nos hospitais especializados?

Apesar do aumento do número de CAPS, este ainda é inadequado e insuficiente para atender a população. Em paralelo a essa questão, os hospitais psiquiátricos públicos, em sua maioria prestam assistência a uma população com graves problemas sociais. Essa população é composta por pessoas menos favorecidas em diferentes sentidos, muitas vezes com dificuldade de equilibrar a medicação. E estas características acarretam maiores obstáculos ao usuário para se vincular ao trabalho alternativo dos CAPS, sem o recurso da internação.

O que acontece com determinados usuários que não conseguem se vincular aos CAPS é que formam uma força concorrente, um campo de tensão para que se desenvolva ou não um projeto para os hospitais. Existe muito pouca coisa construída para essas pessoas.

Os médicos da Reforma apontam a falta de uma política de assistência ao familiar, o que ocasionaria uma evasão do acompanhamento pós-internação pelo usuário, uma vez que este familiar tendo que arcar com o cuidado com o usuário após a alta hospitalar, muitas vezes eles não conseguem levar a diante o projeto terapêutico.

Esta controvérsia é alimentada pelo lucro que se observa nos hospitais psiquiátricos particulares, que fazem um lobby forte²¹, resistindo aos princípios da

²¹ Entrevista de Paulo Amarante dada ao JB em (09/03/2009).

assistência psicossocial que a Reforma Psiquiátrica preconiza, em favor da manutenção das internações fechadas.

A segunda controvérsia apontada nesta entrevista por Amarante, diz respeito às prioridades do financiamento em saúde mental para os serviços substitutivos de um lado, a redução dos leitos psiquiátricos nos hospitais especializados e, por outro, o redirecionamento de atendimento para os CAPS ainda em número não suficiente (Quadro 2):

Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH)

Programa instituído em 2004, que visa promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos). Para tanto, são definidos no Programa os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Assim, todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano. Desta forma, busca-se a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte.

Fonte:MS/Coordenação geral de Saúde Mental. Relatório de gestão 2003-2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf. Acesso em: 16/07/2008.

Outra controvérsia tem relação com a alocação de recursos dos serviços nos CAPS e a lógica da territorialidade: Segundo Freire (2004), a forma de pagamento pelo serviço dos CAPS é por “produtividade”, ou seja, o recurso que é repassado para o CAPS é referente à quantidade de atendimentos realizados e desta forma fica favorecida a assistência pela lógica da capacidade e não da territorialidade.

“Pôde-se perceber que o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS, sob a forma de produção de diária psicossocial, não se mostra condizente com a proposta do movimento de Reforma Psiquiátrica e com a estratégia de atuação dos serviços de atenção psicossocial, entendidos como serviços substitutivos de base territorial.” (Freire, 2004)

Já a lógica de base territorial é a lógica que cria vínculos com familiares, amigos e vizinhos que estão instalados próximos à área geográfica em que está instalado o CAPS, com a proposta de construção de parcerias no projeto terapêutico do usuário, em substituição à internação psiquiátrica.

Pare ser possível a construção de laços entre a equipe e a comunidade é necessário que se disponha de um tempo de cuidado maior com cada usuário para que os técnicos possam prestar a assistência chamada de atenção psicossocial. De

acordo com esse princípio da assistência de base territorial, a quantidade de atendimentos realizados se torna menor do que os realizados de forma tradicional. Ao vincular o valor dos recursos financeiros que são disponibilizados à quantidade de atendimento realizado pelo CAPS, este recurso pode não ser suficiente para arcar com os custos da assistência nestes serviços substitutivos.

A política da desinstitucionalização e a acolhida para os usuários com problemas sociais graves também é considerada um controvérsia neste processo.

Os usuários com graves problemas sociais ainda encontram barreiras para se inserirem na sociedade. Elisa Zaneratto, conselheira do CFP, afirma:

“(…) um dos maiores problemas enfrentados na implementação do modelo de tratamento aberto do paciente mental é a resistência da sociedade, que não está preparada para conviver lado a lado com o paciente (...). Mas não adianta nada ter casa, dar benefício financeiro, mas não ter a rede de atenção que reinsira essas pessoas na sociedade, no mercado de trabalho. (Jornal do Brasil em 09/03/2009).

A última controvérsia que apontaremos se refere à formação acadêmico-profissional produzindo especialistas e o trabalho em equipe interdisciplinar.

A formação dos técnicos não está voltada para a saúde pública. E sim para um acompanhamento voltado prioritariamente para a administração de medicamentos. Com isso formam-se profissionais que atuam de forma isolada, não exercendo uma clínica ampliada²² mesmo em um CAPS.

Os primeiros CAPS na cidade foram implantados em meados da década de 90. Silva (2007, p.30) nos aponta que, nesta ocasião, apesar dos CAPS terem como proposta a desospitalização com responsabilidade, a lógica da capacidade prevaleceu sobre a lógica territorial²³ (Quadro 3):

Os CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental

Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às

²² Clínica ampliada: “saber e prática, que envolveriam aspectos biológicos, subjetivos e sociais” (Campos, 1999).

²³ O CAPS deve responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território. Sobre a lógica territorial ver (Portaria federal 336)

pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados.

Fonte: SAS/MS: Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf. Acesso em: 25/06/2008.

A lógica da capacidade de atendimento colocaria como objetivo para o CAPS o de acolher o maior número de pessoas. Já a lógica do território é a lógica de criar agenciamentos com a comunidade próxima à área geográfica em que está instalado o CAPS, com a proposta de construção de parcerias em substituição à internação psiquiátrica. Devido a essa condição da territorialidade, se propõe ao CAPS cumprir a função de gerenciar e organizar a demanda do seu território, que é formado por bairros adjacentes ao local onde se implantou o referido serviço, em uma determinada área programática²⁴.

O Rio de Janeiro foi o município que teve o primeiro hospício do Brasil. E aqui também se localizaram vários hospitais que faziam parte da gestão do Ministério da Saúde.

Devido a estas circunstâncias, a crise da DINSAM e a cogestão tiveram grande influência na atenção a saúde psiquiátrica desta cidade.

Nos anos 80 os trabalhadores do MTSM puderam colocar em prática o que estava sendo proposto pelo movimento. Como, por exemplo, as experiências inovadoras de Angra dos Reis e, posteriormente, o desenvolvimento do programa de Volta Redonda, demonstrando uma expansão e a consolidação da nova organização assistencial do SUS. (Pinto, 2004)

Até o início dos anos 90 as seguintes unidades federais administradas pela DINSAM, órgão do Ministério da Saúde, prestavam o serviço especializado em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro: Colônia Juliano Moreira; CPPII, Hospital Pinel e o manicômio judiciário Heitor Carrilho²⁵. A assistência em saúde mental também era feita por alguns PAMs²⁶: como o PAM-Venezuela e o PAM-Bangu. Nesta época não haviam hospitais especializados em psiquiatria sob a gestão do município ou do estado.

“Até a promulgação da lei orgânica da saúde no final dos anos 90, o Ministério da Saúde apresentava basicamente uma função de executivo, de prestador de serviço. Até então quem

²⁴ Área de abrangência: Divisão do município e áreas para organização dos serviços de saúde. Sobre este assunto ver MS/Saúde mental no SUS, 2004, p.48. (SMS-RJ, 1999)

²⁵ Hoje subordinado à Secretaria Estadual de Justiça.

²⁶ Postos de Atendimento Médico, que também pertenciam aos chamados de polos de internação.

formulava as políticas era o INAMPS. Sendo assim, podemos considerar que o fato de existirem quatro hospitais do Ministério da Saúde acabava por dar ao Rio de Janeiro um tom muito peculiar, qual seja: a sua assistência em saúde mental era marcada por uma cultura essencialmente hospitalar. Sendo esta conduzida basicamente por uma psiquiatria acadêmica tradicional, defensora de uma formação com base nosológica (...). Sendo assim, com o movimento da Reforma, entra em discussão o debate sobre a resolutividade e eficácia do modelo médico tradicional frente à complexidade do adoecer mental". (Souza, 1999 p. 116)

Nos anos posteriores diversas unidades hospitalares federais foram municipalizadas. O fato do Rio de Janeiro, em setembro de 1995, passar a assumir a responsabilidade pelo controle do setor privado em psiquiatria e também passar a gestão da saúde pública para a gestão Incipiente do Sistema Único de Saúde²⁷: (Quadro 4)

Gestão Incipiente do Sistema de Saúde

A Gestão Incipiente do Sistema de Saúde foi uma condição de gestão instituída para os municípios e estados a partir da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93). Com o objetivo de dar continuidade ao processo de descentralização do sistema de saúde, a NOB/93 delegou aos municípios a possibilidade de autorizar, cadastrar e contratar prestadores no setor privado, programar e autorizar AIHs e procedimentos ambulatoriais, controlar e avaliar serviços ambulatoriais e hospitalares, desenvolver ações de vigilância e saúde do trabalhador e gerenciar a rede ambulatorial pública se demonstrado disposição.

Fonte: Andrade (apud Almeida, 2002, p.22).

Esta gestão exige o aperfeiçoamento da “gestão dos serviços de saúde no país e na própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo”. (Souza, 1999)

Desde então, para a gerência de saúde mental o atendimento aos pacientes graves passou a ser prioridade na assistência pública²⁸ deste município. E com a proposta de reestruturar o serviço, de acordo com a política de saúde mental, a gerência responsável por esta área realizou o primeiro censo dos internos nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro. Este censo, realizado nos anos 90, tinha como objetivo “promover o levantamento do perfil socioeconômico e clínico desta população e a partir dos dados obtidos, a gestão de saúde mental poderia planejar a

²⁷ Sobre a gestão Incipiente do SUS ver NOB 01/93.

²⁸ Sobre o processo da reestruturação do modelo de assistência em saúde ver : Costa, W. G. A. & Maeda, S. T. (2001)

alocação de serviços não manicomiais, necessários para a saúde mental". (Souza *apud* Fagundes e Libério, 1997: 30).

A SMS do Rio de Janeiro tinha como objetivo modificar o quadro de atendimento em saúde mental oferecido pelo município, que até então não contemplava qualquer hospital especializado em psiquiatria sob sua gestão.

O município do Rio de Janeiro foi dividido em A.P.s, para melhor organização da assistência em saúde. E possui uma população aproximada de 6.161.047²⁹ habitantes, dispõe hoje de 8 unidades públicas para atendimento especializado³⁰ em psiquiatria, além de 39 hospitais particulares credenciados³¹ e mais 68 leitos nos hospitais gerais. No total são 2.623 leitos psiquiátricos distribuídos na rede de saúde mental do Rio de Janeiro.

Os hospitais psiquiátricos ao longo da história mantiveram a função de abrigar os desassistidos e isolar o louco. Agora, neste processo de mudança, estamos vivendo com incertezas, visto que a implantação de um modelo está surgindo enquanto o outro ainda não se consolidou. E o hospital psiquiátrico é o lugar em que estas contradições se materializam como nos aponta Silva (2007).

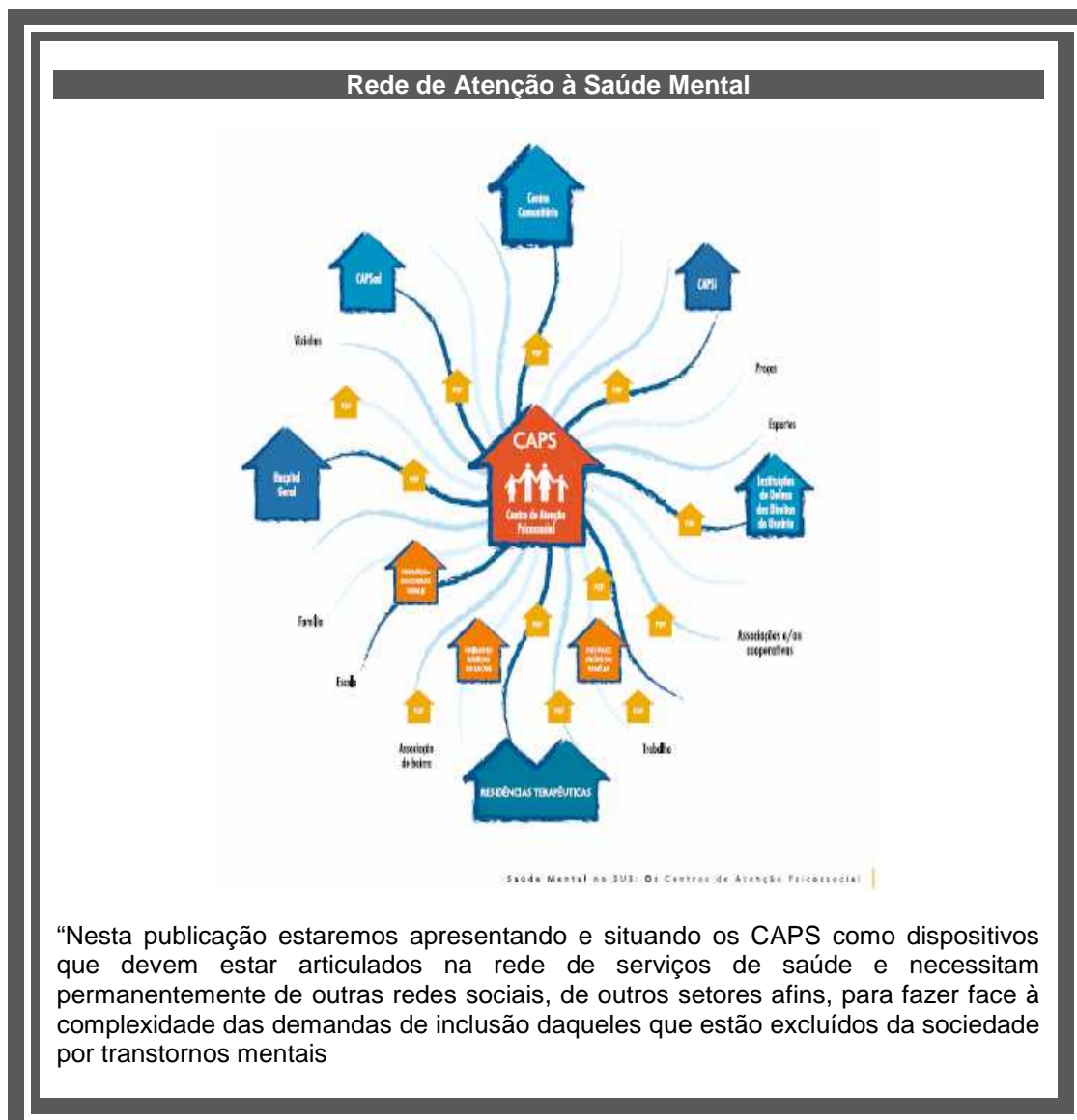
O hospital psiquiátrico não é mais representado no desenho da territorialidade da rede de atenção à saúde mental conforme publicação do Ministério da Saúde que tem por objetivo divulgar informações para gestores, usuários, e profissionais de saúde.

Hoje, ao olharmos o lugar que lhe é destinado na rede de atenção é possível obter uma pista para analisarmos como está organizado o modelo de assistência na cidade do Rio de Janeiro, conforme o Quadro 5 a seguir.

²⁹ Dados em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP2008_DOU.pdf. Acesso em 28/06/2009

³⁰ Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira; Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto Medeiros; UFRJ Instituto de Psiquiatria; Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho; SMS Rio Instituto Philippe Pinel, SMS Rio Inst. Mun. De Assistência a Saúde Nise da Silveira; Hospital Municipal Jurandyr Manfredini; Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro.

³¹ Dados em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=33&VMun=330455. Acesso em 30/06/2009.



Fonte: SAS/MS: Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf. Acesso em: 25/06/2008.

Acompanhando a questão do entre o que está prescrito na rede de saúde mental, que é acabar com os hospitais, e o que é a realidade social que o hospital se “impõe”, está colocada a controvérsia: deve-se acabar ou não com eles?

Se essa controvérsia não é claramente enfrentada, fica dificultada a discussão de projetos de transição para esse segmento, cuja missão é deixar de existir.

“O hospital psiquiátrico tem sido a própria contradição no atual modelo de atenção em saúde mental e, portanto, nesta perspectiva, sustenta dentro de si as várias contradições advindas do SUS, própria da gênese enquanto instituição, somadas às condições atuais em que se encontra “inexistente na rede”.

“O hospital psiquiátrico: lugar de crise porque lugar das contradições.” (Silva 2007, p. 135)

Projetos são importantes para dar sentido às ações e direcionarmos os objetivos. Para termos condições de escolher o que é importante fazer ou não fazer, temos também que saber o que queremos alcançar com tal atitude. O projeto para o hospital nortearia os envolvidos, dando sentido às suas escolhas na vida cotidiana do trabalho.

Como o hospital especializado não está claramente previsto no projeto da Reforma Psiquiátrica e quando está é para acabar, há dificuldade de se trabalhar nestes moldes. Há dificuldades em justificar as ações e em conseguir recursos. Pois se é para acabar, como investir em um projeto?

O novo hospital, de acordo com Silva (2007), tem a função de acolhimento à crise com redução ao máximo do período de internação. Porém, se essa é a função que é percebida pelos trabalhadores de São Paulo, não é a mesma preconizada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

No hospital em que foi realizada a pesquisa, os trabalhadores da assistência, apontaram ter a mesma percepção em relação ao hospital: é um local de acolhida aos usuários com pouco ou nenhum recurso financeiro e social em fase aguda dos sintomas.

O cenário da pesquisa é um hospital psiquiátrico público no Rio de Janeiro, municipalizado nos anos 90 e que atualmente está sob a gestão plena da Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenação de Saúde Mental.

Neste hospital são atendidas em média de 80 pessoas por dia, para as áreas programáticas que abarcam uma população de 994.549 pessoas³² e sem nenhum CAPS. Este hospital se caracteriza pela assistência ao portador de sofrimento psíquico intenso, em estado agudo da doença.

No plano diretor deste hospital foi construída a perspectiva de atingir a quantidade de 0,01 leitos por 1.000 habitantes, o que significa uma diminuição na sua capacidade de assistência que deve ser proporcional ao aumento da oferta de serviços substitutivos na sua área de abrangência, conforme indicação da OMS. Porém a realidade hoje é de sobrecarga do hospital, que deve dar assistência a uma população de aproximadamente 900.000 pessoas de 18 a 60 anos de idade.

³² Dado obtido no relatório do plano diretor da instituição em foco.

Esta sobrecarga pode ser decorrente, dentre outros fatores, do fato que em sua região de abrangência existem poucos recursos públicos destinados à assistência integral em saúde mental e também pela falta de recursos humanos para dar conta desta demanda do hospital.

Atualmente no hospital estão alocados 347 funcionários municipais. O hospital presta assistência a nível ambulatorial e de internação de média complexidade com atendimento da demanda espontânea e referenciada. Dispõe de 91 vagas para internação ³³.

O hospital é composto por sete setores direcionados para a assistência: Pronto Socorro, Enfermarias masculina e feminina para usuários em estado agudo³⁴, Enfermarias feminina e masculina para os usuários crônicos, Enfermaria para usuários de álcool, Ambulatório para atendimento de crianças e adolescentes, Hospital-dia, Residência Terapêutica.

No próximo quadro (Quadro 6), procuramos apontar as tentativas, neste hospital, de caminhar sob as diretrizes da Reforma, mas com dificuldades.

A primeira coluna do quadro destaca pontos das CNSM relacionados com os projetos dos hospitais especializados. A nosso ver, os documentos gerados pelas Conferências não deixam claro o que fazer com os usuários que não se vinculam com os serviços substitutivos aos hospitais, por diferentes razões, enquanto não se extingue os hospitais, já que a redução dos leitos e dos recursos aos hospitais especializados já está sendo efetivada.

CONFERÊNCIA / ANO	REFORMA PSIQUIÁTRICA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	ENFERMAGEM
	1980 Agosto - cogestão entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social e Saúde possibilitando uma injeção de novos recursos nos	Centro de estudos; Ambulatório para crianças e adolescentes; Fundação Jurídica do	Chefia de enfermagem exercida por uma auxiliar; 1981 concurso MS: "Uma

³³ (Dados do: www.inverso.org.br/index.php/content/view/10928html.)
Acesso em 11/08/2008.

³⁴ Essas enfermarias são chamadas de Leito Diagnóstico Masculino e Feminino.

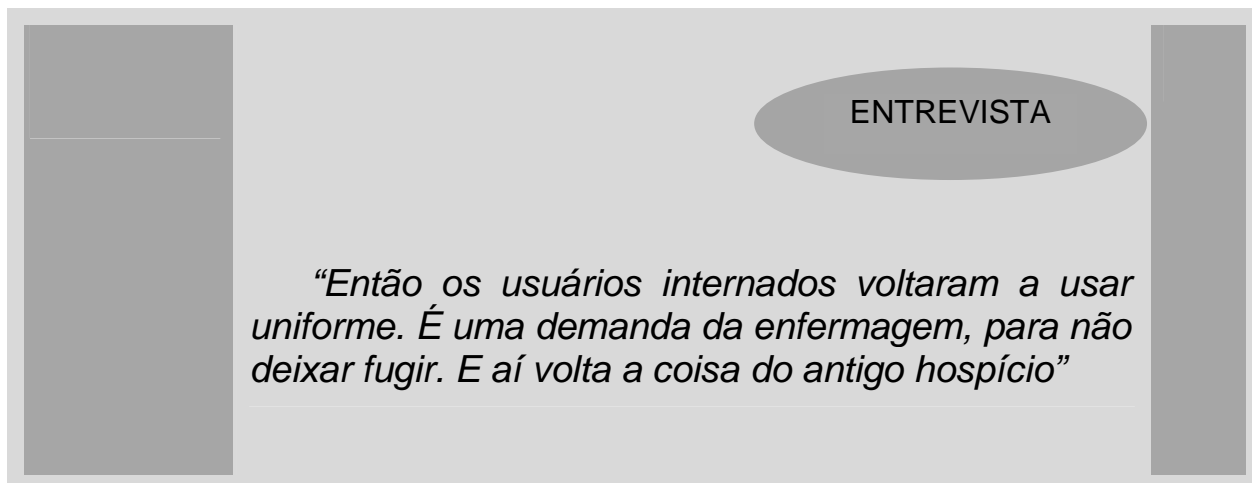
	<p>hospitais psiquiátricos iniciando assim um amplo processo de reformulação técnica e administrativa;</p>	<p>Centro de estudos;</p> <p>Cogestão: MS e ASS;</p> <p>Início das reformas técnicas e administrativas do hospital;</p> <p>Os usuários passaram das enfermarias para o pátio;</p> <p>II Semana Comemorativa do aniversário do Hospital;</p> <p>Enfermaria para tratamento de alcoolistas;</p>	<p>revolução”;</p> <p>Contratações pela campanha nacional de saúde mental;</p> <p>Deste e outros concursos chegaram as primeiras enfermeiras que assumiram cargos de chefia na assistência e deram assessoria à direção;</p> <p>Chegaram novas auxiliares e concurso interno p/ atendentes;</p> <p>Implantação de normas e rotinas;</p> <p>Mudança das escalas para 12/36 dia e 12/36 noite;</p> <p>Para a contenção passa a ser exigido a prescrição médica;</p>
<p>I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - 1987</p>	<p>Os princípios básicos para Reforma Sanitária e para a reorganização da Assistência à Saúde Mental que tem uma relação mais direta com o hospital psiquiátrico dizem para se fazer a reversão da tendência "hospitalocêntrica" e dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial;</p> <p>A partir desta Conferência, o setor</p>		<p>Implantação das comissões do MS;</p> <p>Transformações traumáticas para a enfermagem;</p>

	<p>público não credenciará nem instalará novos leitos psiquiátricos substituindo-os em parte por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou serviços inovadores alternativos Em regiões onde houver necessidade de novos leitos psiquiátricos, estes deverão estar necessariamente localizados em hospitais gerais;</p> <p>Em todos os distritos sanitários onde se verifique demanda significativa, as emergências de hospitais gerais públicos devem ser a porta de entrada exclusiva Reavaliação das unidades de internação existentes quanto à sua eficácia/eficiência e condições de atendimento com avaliação e controle rígido de internação e tempo de permanência dos pacientes;</p> <p>Desenvolvimento de um censo para revisão da população de internos em estabelecimentos psiquiátricos;</p> <p>Implementação de programa de recuperação da população internada cronicada;</p>		<p>Acabaram com as chefias;</p> <p>Rodízio entre os setores;</p> <p>Juntam-se as enfermarias para se fazer reformas;</p> <p>Várias tentativas de construção de dispositivos para discussão;</p>
<p>II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – 1992</p> <p>Atenção Integrada e Cidadania</p>	<p>Intensificação dos programas públicos de lares abrigados e pensões protegidas, fora dos muros do hospital psiquiátrico, junto aos bairros, com a garantia de assessoria técnica por parte do setor público de saúde;</p> <p>Exigir dos órgãos municipais, estaduais e federais que haja aumento do percentual de recursos financeiros do orçamento geral da saúde destinado à saúde mental, de modo a viabilizar adequadamente os projetos e as ações de reestruturação do modelo de assistência à saúde mental;</p> <p>Exigir que os serviços de emergência psiquiátrica funcionem; exclusivamente junto aos hospitais gerais e/ou unidades mistas;</p> <p>A desativação dos leitos manicomiais deverá efetivar-se no prazo máximo de 10 anos;</p> <p>Garantir e regulamentar nas legislações nacionais, estaduais e municipais que, na desativação de leitos em hospitais psiquiátricos públicos, seja assegurada a oferta concomitante de serviços extra-hospitalares compatíveis com as</p>	<p>Equipes interdisciplinares no Pronto Socorro;</p> <p>Hospital-Dia de adultos;</p> <p>Programa de Residência Integrada em Psiquiatria e Saúde Mental;</p> <p>TV comunitária;</p> <p>Residência Terapêutica;</p> <p>Municipalização do hospital;</p> <p>Escolas e Oficinas Terapêuticas;</p>	<p>Quando as portas se abriam;</p> <p>Novos manuais de normas e prescrições;</p>

	<p>necessidades daquela clientela, respeitadas as características regionais e o direito à assistência, e evitando-se a negligência e o abandono social;</p>		
<p>III CONF RENCI A NACIO NAL DE SAUDE MENTA L – 2001 Cuidar, sim. Excluir , não.</p>	<p>Apesar da redução do número de leitos e do número de hospitais, permanecerem 61.393 leitos e 260 hospitais; 80% são do setor privado contratado. Camadas significativas da população não têm acesso a atenção em saúde mental no SUS;</p> <p>Há um grande número de pessoas institucionalizadas há mais de um ano; algumas estimativas consideram que mais de um terço das pessoas internadas encontram-se nesta condição pela ausência ou fragilidade de laços sociais e pela ausência ou insuficiência de processos de reabilitação psicossocial;</p> <p>A criação dos denominados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico embora seja crescente e represente um dado significativo do processo de reforma, é ainda absolutamente insuficiente do ponto de vista quantitativo e das próprias necessidades da demanda;</p> <p>Os recursos financeiros ainda são alocados majoritariamente na assistência hospitalar:</p> <p>É necessário pensar a atenção das pessoas com abuso ou dependência de substâncias psicoativas, a população em situação de rua, a criança e ao adolescente, e aos idosos, dentre outras. tais demandas apresentam singularidades que devem ser contempladas, analisadas e discutidas;</p> <p>A reorientação do modelo assistencial é um processo complexo e diversos caminhos vêm sendo trilhados, e esta diversidade é certamente uma das riquezas do processo de Reforma;</p> <p>É primordial a implementação de políticas públicas intersetoriais;</p>		<p>Várias mudanças de chefia neste setor;</p> <p>Morte de uma querida chefe da equipe;</p> <p>Atual chefia de enfermagem;</p> <p>Iniciam se as atividades do Colegiado de enfermagem;</p>

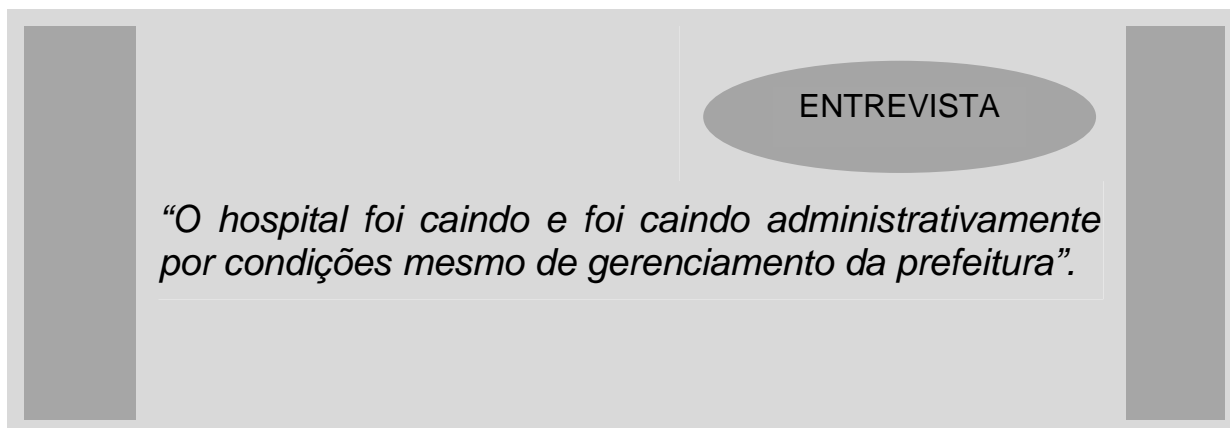
Fontes: Dissertação de Tatiana Ramminger; Entrevistas; Artigo do CEBES 2008; Quadro cronológico do CCS e do catálogo de fontes sobre psiquiatria brasileira. Relatório final das I, II e III Conferências Nacionais de Saúde Mental.

Algumas contradições do processo da Reforma Psiquiátrica que foram apontadas acima puderam ser observadas, durante a pesquisa de campo neste hospital³⁵.



Na questão entre a Reforma Psiquiátrica de um lado e a cultura hospitalocêntrica do outro, podemos destacar, na fala de uma das pessoas entrevistadas na pesquisa, que neste momento de transição dos modos de cuidar, em um contexto precário em relação ao número de auxiliares em cada enfermaria, a equipe de enfermagem lança mão de antigos recursos para dar conta da organização e controlar as fugas com as poucas alternativas que dispõe.

Em relação às prioridades do financiamento em saúde mental para os serviços substitutivos de um lado, com redução dos leitos psiquiátricos nos hospitais especializados e o redirecionamento de atendimento para os CAPS, ainda em número não suficiente, o que foi falado nas entrevistas foi que:



³⁵ Fragmentos do Diário de Campo são apresentados no formato de caderno de anotações.

Apesar dos dados colocados na III CNSM, que apontam para o fato de que os recursos destinados à saúde mental estão alocados majoritariamente nos hospitais, o que se encontra nesses locais é um quadro de precarização da assistência e das condições de trabalho.

Os hospitais psiquiátricos estão em um momento de mudança em relação ao lugar que ocupam no processo da Reforma Psiquiátrica. O desafio para os trabalhadores da saúde mental é, a partir da prática pautada nos princípios da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, construir novos saberes “que possam substituir o modelo clássico da psiquiatria e suas práticas institucionais, cujo objeto é a doença mental, em detrimento do sujeito em sua experiência”. (Silva 2007, p. 150).

Apesar dos hospitais não estarem mais referenciados na rede de atenção de saúde mental, eles ainda existem e neles ainda trabalham pessoas que tem projetos de vida, que dependem de seus salários e que o trabalho é uma instância que lhe confere sentido à vida.

Então, outra vez, tomamos para nós uma questão formulada por Silva (2007, p. 6): “Em que implica a presença dos trabalhadores e o sentido dado ao trabalho, ao se estar num lugar que não existe, que é indesejado e negado, numa rede que contraditoriamente não o contempla?”

Com a Reforma, a organização do trabalho dos profissionais que estão inseridos no campo da saúde mental é profundamente alterada no seu cotidiano. Essas alterações modificam o sentido dado pelos trabalhadores ao seu próprio trabalho e às suas vidas.

Essas alterações na organização são decorrentes das novas tecnologias de cuidado que foram construídas nos serviços como ferramentas de trabalho para se dar uma assistência nos moldes dos princípios da atenção psicossocial. Uma dessas ferramentas é a mini equipe.

Os profissionais da assistência que acompanham os usuários desde o momento que chegam ao Pronto Socorro e vão para LD^{36s}, estão organizados por equipes. O hospital possui atualmente cinco mini equipes multiprofissionais, sendo que cada uma é responsável por uma área programática e uma equipe é exclusiva para a assistência de moradores de rua. As mini equipes, como são chamadas as

³⁶ Enfermaria de agudos

equipes interdisciplinares, são compostas por: psiquiatra, psicólogo, enfermeiro e assistente social.

Apesar da Reforma Psiquiátrica em suas diretrizes indicar a participação de toda a comunidade envolvida com a saúde mental e um incremento da integralidade (Quadro 7), as políticas ainda estão mais voltadas para a saúde do usuário do serviço, deixando à parte a assistência aos cuidadores. (Jornal do Brasil 09/03/2009).

Integralidade

“O que é integralidade? Poderíamos dizer, numa primeira aproximação, que é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988, fala em "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais" (Brasil, 1988, art. 198). Mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz... Um dos sentidos da integralidade é que os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atendem... Nesse contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde”.

Fonte: Mattos, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.(2001) Em: http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf. Consulta realizada em 29/06/2009

A concepção de integralidade pode também ser apreendida em relação às práticas dos profissionais de saúde e na organização dos serviços de assistência, (Mattos, 2001). A ampliação deste conceito para a sua aplicação na esfera do trabalho em saúde nos remete às diferentes funções que os profissionais que estão trabalhando na assistência psiquiátrica desempenham na equipe interdisciplinar ao prestarem seus serviços no hospital ou para a equipe, na organização deste dispositivo de atenção e cuidado.

Uma das possibilidades que a proposta do atendimento no Pronto Socorro ser feito por uma equipe interdisciplinar traz é que a atenção e o cuidado podem ser estendidos aos familiares que acompanham o usuário na chegada ao hospital. Desta maneira, através do diálogo entre equipe, familiar e usuário, a construção do projeto terapêutico caminhará por relações entre as diversas partes que compõe esse contexto de uma forma mais solidária.

Porém para que esta prática se realize no campo da assistência, se faz necessário que o diálogo também se estabeleça entre as diferentes especialidades

que compõem a equipe de uma forma que a relação seja construída através das trocas entre os trabalhadores, cujo objetivo comum seja o de prestar uma atenção mais ampliada ao usuário, do que focar prioritariamente a patologia, o que reforça ainda mais os especialismos.

Os trabalhadores em saúde mental não têm uma proposta oficial para constituição de um espaço de troca sobre trabalho, o que possibilitaria colocar as estratégias para implantação da Reforma Psiquiátrica em desenvolvimento através dos diálogos sobre o cotidiano das suas atividades. Esses espaços para conversas sobre o trabalho potencializam a produção dos conhecimentos que esses trabalhadores são convocados a criar, pelas particularidades de cada situação.

O que precisa ser desmontado para que se construam espaços de reflexão sobre trabalho?

Outro ponto importante é a questão da capacitação dos técnicos. Para a implantação da Reforma Psiquiátrica é necessário que se oriente os trabalhadores para a atenção psicossocial.

Mas quais são os recursos que os trabalhadores da equipe de enfermagem deste hospital estão lançando mão para dar conta das suas funções neste contexto complexo?

Na falta de propostas oficiais, no hospital em foco, os trabalhadores da enfermagem vêm desenvolvendo, de modo autônomo, um dispositivo de produção coletiva de recursos para o trabalho ao qual chamam Colegiado de enfermagem (ver Quadro 8).

Preâmbulo

O corpo de enfermagem do hospital, face às mudanças organizacionais promovidas pela nova lógica gerencial das instituições da saúde do município do Rio de Janeiro em assembléia realizada no dia...., resolve organizar-se gerencialmente em colegiado de gestão.

Colegiado de gestão, forma de gerenciamento de instituições ou grupos, onde as decisões e responsabilidades são compartilhadas por todos os membros do grupo.

Tendo por método de planejamento o PES (Planejamento Estratégico Situacional), metodologia que permite o enfrentamento de problemas de alta complexidade, combinando simplicidade e potência.

O Colegiado de enfermagem do hospital é composto pelos enfermeiros responsáveis pelos setores, supervisores de enfermagem e auxiliares e técnicos de enfermagem.

No último dia 14 de março de 2008 foi votada e aprovada a seguinte formação do colegiado: Gerenciadores, Coordenadores e auxiliares de coordenação.

Atribuições do colegiado:

A CHEFIA DE ENFERMAGEM e a SUPLÊNCIA serão denominadas 1º e 2º GERENCIADORES:

- Coordenar a gestão sob os aspectos técnicos pedagógicos e gerenciais
- Promover a inserção da enfermagem nos diversos espaços da unidade,
- Estabelecer parceria com a comunidade intra e extra-hospitalar para discutir suas questões;
- Fortalecer a gestão participativa;
- Estar receptivo a sugestões e críticas que venham otimizar a qualidade assistencial.

Os ENFERMEIROS DIARISTAS E SUPERVISORES serão denominados COORDENADORES

- Embasar/orientar teórica, metodológica e didaticamente o corpo de enfermagem;
- Discutir com os demais segmentos, propostas que assegurem, de forma crítica, o respeito ao profissional de enfermagem, a apropriação e produção de conhecimentos relevantes e significativos para o melhor desempenho da profissão;
- Transformar a realidade social; a compreensão do significado do *cuidar* em enfermagem, tendo por fundamentação os princípios do Código de Ética de Enfermagem, as diretrizes do Plano Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (Humaniza SUS); resgatando a identidade do profissional de enfermagem;
- Promover eventos culturais e/ou de lazer que permitam maior integração do colegiado;
- .Aproveitar seus intervalos, horários de trabalho coletivo e outras atividades de lazer ou cultural, para realizar discussões com o seu segmento.

Os AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM serão denominados AUXILIARES DE COORDENAÇÃO:

- Participar das decisões que dizem respeito ao projeto institucional, tornando-se sujeito de sua historicidade;
- Expressar as insatisfações de seu segmento, apresentar propostas de solução para os problemas vivenciados e tornar-se corresponsável pela implementação de tais propostas;
- Discutir as idéias coletivamente, socializando as decisões e contribuindo para o fortalecimento da cidadania.

Fonte: Documento fornecido pela chefe da enfermagem

Então o Colegiado foi construído por iniciativa própria, como um espaço para esses trabalhadores poderem reelaborar coletivamente as suas atividades.

Essa ação da equipe de enfermagem em constituir um espaço coletivo de resolução de problemas e de discussões sobre o trabalho pode ser vista como consequência das várias tentativas de constituição de espaços de discussão para ou por essa equipe de trabalho. Essas tentativas aconteceram desde os anos 80 e são lembradas até hoje. Elas foram relatadas durante essa pesquisa por diferentes pessoas que trabalham em vários espaços deste hospital desde os anos 80. Algumas dessas iniciativas estão apontadas no item 1.2 (Quadro 6)

Retornaremos a esse assunto no capítulo IV desta dissertação. Este capítulo será reservado para as análises desta fase de observação no espaço de trabalho coletivo que é o Colegiado de enfermagem.

CAPÍTULO II

Narrativas

“Ao se passar pela experiência da narrativa saímos transformados dela”.
(Rodrigues, 2004)

2.1. DIÁRIO DE CAMPO:

Nas entrevistas feitas vamos buscar uma certa história do hospital. Aquela das lutas cotidianas, histórias de vida, histórias das trajetórias e experiências vividas pela equipe de enfermagem que estava trabalhando na assistência deste hospital nos anos 70 e 80, época em que se constituiu o MTSM. Em contraponto à história tradicional dos congressos e das leis, teremos histórias de vida. E de vidas atravessada pelos movimentos da Reforma.

Não se trata de descobrir a história verdadeira do MTSM neste hospital, mas como foram constituídas, pela categoria enfermagem, essas lutas cotidianas por esses trabalhadores, os quais, na sua maioria, não participava dos congressos, nem das passeatas, nem da construção das leis, mas também construíram com suas práticas diárias o que chamamos hoje de Reforma Psiquiátrica.

As histórias do dia a dia pertencem ao saber construído no trabalho coletivo, o gênero profissional, que está presente nas práticas de hoje desta categoria profissional.

A partir das narrativas sobre as experiências vividas na assistência hospitalar como eram e são exercidas as atividades do cuidado em saúde mental, pela equipe de enfermagem? Dentre estas atividades, quais são as que permanecem, quais foram ‘esquecidas’ sem serem eliminadas, quais fazem parte do saber construído na experiência e que se mantêm vivas até hoje. E como elas se mantêm vivas? Por quais “modulações” teve este saber que passar para resistir ao domínio do saber científico ou da hierarquia?

A proposta com essa abordagem não é apreender a realidade em sua complexa constituição, objetivo esse impossível de se alcançar, como também não é a de descobrir a verdade, conceito o qual questionamos. Partimos do princípio de que determinadas características existentes na época constituíram uma condição para que os trabalhadores da enfermagem experimentem certos acontecimentos de uma maneira específica.

As narrativas das entrevistas são sobre o que acontece, sobre o que se experimenta, mais do que sobre o que aconteceu, pois assim pode-se dar sentido às coisas: através da narrativa se constroem novos caminhos para a existência da pesquisa, do trabalhador, da pesquisadora, através da interrogação da vida e da relação entre os indivíduos. E esta mesma realidade pode ser transformada a cada narrativa.

Então temos como proposta possibilitar um corte transversal na história contada através da predominância de inúmeras denúncias contra as condições de trabalho, nas histórias dos famosos congressos da época e na história da construção das políticas de saúde mental, e deixar ainda uma restrita contribuição à história da enfermagem psiquiátrica deste hospital.

Como os trabalhadores de enfermagem, que estavam exercitando as suas atividades laborais nas enfermarias psiquiátricas nos anos 70, experimentaram esses acontecimentos históricos de denúncias, congressos e leis em seu dia a dia em determinadas condições de trabalho? A construção do que chamamos hoje da história da Reforma Psiquiátrica também foi feita por esses trabalhadores.

Cada narrativa é diferente da outra, cada narrativa é uma construção, é uma experiência que possibilita viver outras experiências. Através da narrativa podemos vivenciar o coletivo, na narrativa ele, coletivo, faz parte da constituição.

As emoções passadas e contadas são as marcas das experiências, estas experiências que ficaram marcadas são as histórias vividas naquele determinado tempo. Mas quais são as marcas estamos querendo apontar? As marcas de resistência às lutas do saber hegemônico da psiquiatria, do poder médico, do saber da experiência que apesar das tentativas de silenciar, não foram abolidas e que fazem parte da construção coletiva desta categoria profissional. Facilitando assim à categoria uma tomada para si da sua própria história, atribuindo um lugar privilegiado na construção de suas histórias sobre sua categoria profissional e seus pares.

E ao se contar, ela já se modifica, pois é construída com estas experiências marcantes articulada com o modo de construção de sentido que dão hoje, ao fato passado, a construção deste sentido que é dado hoje, e que carrega consigo todas as outras experiências que ocorreram no processo deste tempo entre o passado e o presente, ou seja, o tempo que se passou desde a experimentação relatada até o momento da narrativa.

Percebemos que isto é a construção da própria história na história. Ao ser recontada, esta não será a mesma, pois já passou pelo crivo da linguagem que a atingiu. Ao narrarmos uma história estamos falando também das outras histórias que ouvimos – pelas quais fomos atingidos e esta experimentação compõe a nossa narrativa da experiência singular junto com as outras experiências coletivizadas.

Na pesquisadora também se processa a construção da história na história, quando elaboramos as questões que serão colocadas no campo. Essas perguntas estão impregnadas do que foi visto e processado pela experimentação no campo.

E nessas experiências alteramos as possibilidades dos outros para quem narramos assim como a nós mesmos, somos um antes, um outro durante e também outro depois da experiência da narrativa.

Tendo como referência o texto de Rodrigues (2004), as produções oficiais sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira parecem não ter passado. As histórias que sabemos muitas vezes são as 'vencedoras' e as lembranças muitas vezes não dão conta de divergir do que já está instituído.

Rodrigues usa a imagem da memória como deserto de areias moventes, que a cada ventania provocada pelos dispositivos, revela diferentes paisagens.

Neste texto a autora trabalha com a idéia de que a memória é uma composição: "Compomos reminiscências para dar sentido à nossa vida passada e presente". Então estas histórias são compostas pelos encontros, para dar sentido às nossas vidas. Compomos histórias, construímos histórias.

Em geral a história oral é conhecida por marcar a presença do sujeito na história, o contador de histórias. Em Análise institucional o "sujeito é desnaturalizado, desidealizado, sem essência".

Será que pensando nesta vertente, a configuração da minha escrita provoca o leitor a sair deste local de descobrir "quem fala o que", para ser convidado a acompanhar a trajetória do encontro de subjetividades? Poderíamos dizer que isso seria um acontecimento controverso? E que além das possíveis interferências que o mergulho no campo possa ter suscitado, essa ferramenta, a redação, promove também um desajuste a já naturalizada forma de se escrever na academia.

Ao se fazer uma entrevista provoca-se a lembrança de coisas que se quer dizer, compartilhar, esquecer. De acordo com o contexto, cada uma dessas formas de expor as lembranças no encontro entre entrevistadora e entrevistados foi percebida. E cada uma delas carrega em si afetos diferentes e que cada uma delas passa por diferentes demandas dirigidas à pesquisadora.

Nas entrevistas a proposta é provocar a subjetividade de quem viveu a experiência da Reforma Psiquiátrica em sua vida laboral.

O diário de campo, em algumas partes, não clareia as posições entre quem conta a história e quem ouve, conta a história de um encontro, conta a história do presente. História do encontro de subjetividades marcadas pelas suas experiências laborais no processo de Reforma Psiquiátrica.

Bem que na pesquisadora fez com que o diário de campo tomasse essa forma, sem personalidade. E essa forma de redigir o diário de campo é um efeito provisório de como o processo de pesquisar a marcou.

Quando, ao fazemos uma entrevista e o entrevistado pede para que a fala não seja “citada”, percebe-se o quanto são inseparáveis as questões éticas, político-estratégicas e epistemológicas que assediam o pesquisador.

A narrativa é o campo de expressão da memória. E esta fase da pesquisa e da ‘produção de dados’, tem uma interferência na construção de identidades, muitas, várias no decorrer do tempo, para nós mesmos e para os outros, e essa construção é a narrativa. Como nos coloca Rodrigues (2004): “As nossas identidades são construídas nas narrativas” no convívio social devendo haver uma consonância entre a identidade passada e o presente.

A aceitação, por parte da pesquisadora, tem efeitos sobre as lembranças trazidas na entrevista.

Uma das funções políticas da pesquisa através da história oral é ser parte das lutas em torno dos modos de subjetivação. Uma luta contra a que se tenta gerar ou gerenciar o que se está autorizado a fazer.

2.2. O narrado nas visitas da pesquisadora às enfermarias.

“Há necessidade, quando se vai aos lugares de trabalho, de poder se maravilhar com o que as pessoas são capazes de fazer, apesar de tudo”. (Yves Clot, 2007)

Nas narrativas trataremos dos temas que surgiram nas entrevistas e nas primeiras visitas às enfermarias masculina e feminina, ao LDF e ao LDM durante a apresentação desta pesquisa.

Como falamos anteriormente (Capítulo I), LD são as enfermarias que acolhem os usuários deste serviço que estão em momento agudo de seu sofrimento. Alguns desses usuários estão em sua primeira internação, se fazendo necessário aí permanecer em média por três a sete dias, a fim de que se alcance uma melhora em seu estado mental, para que seja feito um diagnóstico de seu quadro de saúde.

O LD masculino e feminino tem a sua localização no mesmo andar que as enfermarias dos usuários considerados em estado crônico. No primeiro andar fica a enfermaria feminina e o LDF; no segundo andar está localizada a enfermaria

masculina e o LDM. Em cada andar tem uma grande porta que separa 'agudos' de 'crônicos'.

Na época em que fizemos as visitas às enfermarias e aos leitos diagnósticos, a fim de apresentar a pesquisa para os trabalhadores destes setores, as usuárias que estavam internadas, tanto as da fase aguda quanto as da fase crônica, permaneciam na mesma enfermaria. Esta reorganização se devia a obra que estava sendo realizada nos dois andares, após um usuário iniciar um incêndio no LDM.

As situações vividas nas visitas foram anotadas no diário de campo.

O diário da pesquisa reconstitui a história subjetiva do pesquisador. O exercício de escrever sobre o cotidiano constrói e se apropria de realidades. E aqui nos propomos também a apontar esse movimento reflexivo.

Acompanhada do texto de Bondía, "Notas sobre a experiência e o saber da experiência", compartilho da convicção de que:

"as palavras produzem sentido, criam realidades, e às vezes criam potentes mecanismos de subjetivação... Quando fazemos coisas com as palavras, do que se trata é de como damos sentido ao que somos e ao que nos acontece, de como correlacionamos as palavras e as coisas, de como nomeamos o que vemos ou o que sentimos ou o que sentimos e de como vemos ou sentimos o que nomeamos" (p. 21, 2002)

O diário nos permite o conhecimento das vivências cotidianas de campo, o como foi feito da prática. Tal conhecimento possibilita conhecer melhor as condições da vida intelectual da pesquisadora e evita a construção daquilo que Lourau (1993) chama de lado mágico da pesquisa, ou seja, fantasias em relação à cientificidade e à noção de neutralidade. O diário de campo não é neutro, nem política e nem afetivamente.

O 'sujeito da experiência', aqui no caso, são os trabalhadores da pesquisa: pesquisadora, equipe de enfermagem e entrevistados. Como nos aponta Bondía (2002), somos trabalhadores expostos, pois o que está em destaque é a maneira que nos expomos, à pesquisa, com todos os riscos que esta posição nos coloca:

"Em contrapartida, o sujeito da experiência é também um sujeito sofredor, padecente, receptivo, aceitante, interpelado, submetido. Seu contrário, o sujeito incapaz de experiência, seria um sujeito firme, forte, impávido, inatingível, erguido, anestesiado, apático, autodeterminado, definido por seu saber, por seu poder e por sua vontade"

As anotações que serão lidas a seguir foram feitas no calor das experimentações e trechos foram retirados e literalmente transcritos do diário de campo. Esta opção da transcrição do que comumente se deixa fora de uma

dissertação, foi feita para que ao menos parte desta emoção do momento não se perca.

A cada ponto faremos uma apresentação do contexto em que as histórias apareceram. Acreditamos que desta forma o leitor terá um pouco mais de dados para apreender as situações de trabalho desta categoria profissional em seu cotidiano.

2.3. O CAMPO DA PESQUISA

Chegando ao hospital, fazia-se necessário solicitar a aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa local. O projeto a ser apresentado indicava que os caminhos da pesquisa seriam definidos coletivamente, o foco era ainda propositalmente amplo.

Mas um possível assunto a ser abordado nesta pesquisa já estava sendo apontado quando nós fomos entregar o projeto no centro de estudos, e vimos colado no quadro de avisos um convite para a apresentação das análises iniciais dos dados coletados em outra pesquisa no hospital e que tinha como objeto de estudo seus trabalhadores.

Aceitando as indicações do campo, fomos assistir a apresentação de seus resultados. Tive acesso posteriormente ao relatório, gentilmente cedido pela autora da pesquisa, e podendo-se usar os resultados parciais deste documento sobre as condições de trabalho no hospital.

21/12/07

Fui assistir a uma apresentação da fase inicial de um projeto de pesquisa no hospital, cujo objeto são os trabalhadores.

A apresentação da pesquisa foi sobre a coleta de dados, através de um questionário sobre as condições de trabalho no hospital.

Este questionário foi distribuído, segundo a pesquisadora responsável, para 'todos' os funcionários. Porém nem todos os formulários foram devolvidos (...)

(...) Segundo os dados apresentados na pesquisa, houve uma redução de 30% no pagamento nas gratificações destes trabalhadores, porém esse fato não foi apontado como o que mais incomoda no trabalho, e sim as péssimas condições de trabalho como falta de material, remédios e recursos humanos.

O fato das péssimas condições de trabalho serem vividas como um incômodo maior que a redução de salário nos chamou a atenção. Os profissionais parecem estar muito envolvidos com seu trabalho, em grande sofrimento, já que um trabalho tão importante é realizado em péssimas condições.

As visitas iniciais feitas às enfermarias e aos LDs ocorreram após quatro meses da data de entrega do projeto ao Comitê de Ética de Pesquisa. Estas tiveram como objetivo a minha aproximação com o campo. Posteriormente fomos à reunião do Colegiado para começarmos a delimitar os pontos a serem abordados.

O Colegiado de enfermagem pode ser visto como um espaço para gestão coletiva. Um espaço construído para se trabalhar junto, para se delimitar objetivos comuns a se atingir e se transformar as situações de trabalho. Usaremos aqui a definição de gestão participativa segundo Antonio Davis Cattani, (2002) que diz:

“Por gestão participativa entende-se aquelas situações nas quais os trabalhadores, diretamente ou por delegações, estejam investidos da capacidade de decisão na organização do trabalho, eventualmente nos procedimentos administrativos e comerciais”.

No dia 18 de abril o Colegiado de enfermagem se reuniu pela segunda vez e nesta reunião fomos apresentar formalmente a pesquisa, após às primeiras visitas nas enfermarias iniciadas nas duas semanas anteriores.

18/04/07

Pois bem, perguntei o que poderia ser percebido por eles, como uma condição de trabalho que estaria presente nos vários setores do hospital? Eles responderem rapidamente: “A falta de pessoal”.

Então a ‘falta de pessoal’ poderá ser uma situação trabalhada na pesquisa e que está presente em todos os setores do hospital.

Fiz outra pergunta: E em qual atividade de trabalho essa “falta de pessoal” fica mais evidente? Rapidamente a chefe da equipe de enfermagem respondeu que seria na hora de conter um usuário agitado, não necessariamente a contenção mecânica, mas na hora de se dar uma atenção, ou quando ele (usuário) não fica na enfermaria hora nenhuma, ou seja, quando fica a maior parte do tempo andando no pátio, dificultando assim a administração de medicamentos, alimentação, cuidados e o controle das fugas.

A sugestão foi que a pesquisa seja feita no LDF, por ser o local mais tumultuado do hospital, e que, segundo eles, “eu” teria bastante material para trabalhar.

De acordo com indicação metodológica da Clínica da Atividade, deveria ser escolhida uma atividade a ser posta em análise.

Foi tomado como critério de escolha (da pesquisadora) ser uma atividade em relação à qual existisse uma preocupação generalizada. Embora haja grande diversidade nas características do trabalho nos seis setores da assistência, a necessidade de contenção é uma constante.

A atividade em situação que foi escolhida para análise foi a contenção de pacientes agitados.

Porém essa atividade não se limita ao ato de conter (Daniellou, 2006) e fala, dentre outras coisas, das dimensões que compõem os modelos das atividades

humanas em ergonomia no trabalho. Uma dessas dimensões citada neste texto por este autor é que: “A atividade não se pode limitar ao que é posto em prática para realizar as tarefas”.

Com base neste texto, podemos apontar que a situação de contenção, na forma em que se encontra hoje, faz parte de um processo, que foi construído ao longo da história da vida laboral dos profissionais deste hospital. Os determinantes para a prática deste procedimento não se encontram todos ligados somente às questões do trabalho, como também não são todos observáveis no momento em que ela acontece.

A atividade de contenção encontra seus motivos e seus objetivos no conjunto da história do trabalhador de enfermagem, nas suas dimensões profissionais e não profissionais.

A “falta de pessoal” se apresenta como uma restrição da atividade de assistência, sendo um dos determinantes do meio de trabalho desta equipe de enfermagem.

O real do trabalho (Clot, 2006) desta equipe, produto da atividade de outros, é o enfrentamento por esses trabalhadores dessa condição de precarização³⁷, denominada “falta de pessoal”. A modificação da realidade de precarização no trabalho só é possível quando esses trabalhadores se confrontam com obstáculos na vida laboral, nunca completamente previsíveis nas prescrições das tarefas a serem realizadas. Neste confronto com a imprevisibilidade que compõe o real se desenvolvem os recursos para o trabalho através das relações sociais que definem as condições do meio.

ENTREVISTA

.Sobre a falta de recursos humanos, uma enfermeira narra que: “Então eles alegam que o quantitativo diminuiu porque nós tivemos aposentados e não repuseram, tivemos óbitos e não repuseram e os desvios. E tem pessoas além de nós que tem desvio para outros setores.

³⁷ Por precarização das condições de trabalho entendemos que “contempla pelo menos duas dimensões: a ausência ou redução de direitos e garantias do trabalho e a qualidade no exercício da atividade.” (Galeazzi, I. 2002 p. 242)

Ao todo são quase 30 pessoas. Cinco desvios de auxiliar de enfermagem para enfermeiro. Seis ou Sete da enfermagem para outros setores: Para agente administrativo, para farmácia e licenciados. Fora as pessoas que vão se aposentar este ano... E o município não nos envia ninguém”.

Após cinco meses desta entrevista a SMS enviou ao hospital vinte dois profissionais de enfermagem.

NO CORREDOR

Quando eu estava indo para a enfermaria encontrei com uma auxiliar, ela falou que hoje pela manhã havia sido muito difícil, pois uma doente deveria sair para fazer exames, mas a ambulância não chegou cedo, e que só estava ela e mais uma na enfermaria, por isso estava muito tumulto.

Que ela ficava muito chateada por não poder fazer as coisas, pois só com dois auxiliares na enfermaria ficava difícil.

Ela atribui esta situação a falta de pessoal para trabalhar, “Não entra ninguém”, ninguém quer trabalhar com maluco e nem liga para eles. Porque trabalhar com maluco é trabalhar com o que ninguém quer, daí quem vai se incomodar com as condições que eles ficam aqui? Podem até dormir em cama de pregos. As famílias, quando os deixam aqui já não aguentam mais, não querem nem saber. E a sociedade também, então para que mandar dinheiro para cá?³⁸

Recorremos à psicodinâmica do trabalho (Dejours 1998, p. 51) que tem por objeto de estudo, clínico e teórico, as patologias mentais decorrentes do trabalho

³⁸ “O mundo da loucura e o mundo da morte se interpenetram quase absolutamente... Enfim, em todas essas dimensões o espaço da loucura é um cemitério de semivivos, para a exclusão social de insensatos que se duplica numa re-exclusão no interior da instituição hospitalar”. Birmam (1988, p.21)

através da identificação e análise dos aspectos psíquicos e subjetivos na dinâmica das relações e na organização do trabalho.

Neste referencial teórico o sofrimento tem lugar de destaque. Compreendemos então que a psicodinâmica do trabalho é uma ferramenta para colocarmos em pauta o sofrimento no trabalho. Esta teoria, a nosso ver, possibilita indicar alguns possíveis efeitos da precarização no trabalho que foram narrados pelos trabalhadores de enfermagem no hospital.

A intensificação do trabalho e o aumento do sofrimento subjetivo:

Neste ponto foram destacadas narrativas que ocorreram em diferentes momentos da pesquisa: no corredor, nas entrevistas, na enfermaria ou no Colegiado, pelas subcategorias desta equipe de enfermagem e outros profissionais. E essas ocasiões estão indicadas no cabeçalho do diário de campo.

ENFERMARIA

Ao chegar à enfermaria feminina que está no mesmo espaço que o LDF a auxiliar de enfermagem me falou que a usuária que estava fechada no quarto, veio do Pronto Socorro só com a prescrição de SOS, e isso foi há três dias, e ninguém veio examiná-la até agora.

Ela está super agitada e os remédios não fazem o menor efeito. Da janela do quarto ela está jogando água do vaso sanitário nas outras usuárias que passam pelo corredor da enfermaria.

Então, por consequência, as outras mulheres que estão internadas e que são o 'alvo' da água suja, querem tomar banho toda hora e trocar de roupas, o que fez com que a remessa de roupas enviada pela lavanderia não fosse o suficiente para atender o aumento da necessidade.

Além disso, o pessoal da limpeza passou o dia limpando o corredor (em vão), pois ela não para de jogar água.

E para completar a sequência de imprevistos, outra mulher que está internada no LDF, e que não usa a

roupa do hospital, também ficou com a sua roupa suja, e não só por este motivo, foi para o pátio sem roupa. O que já havia ocorrido outras vezes. No momento em ela chega ao pátio, os guardas ligam para esta auxiliar pedindo para ir buscá-la, pois eles não conseguem convencê-la de voltar para a enfermaria e nem podem pegá-la pelo braço e trazê-la de volta.

A auxiliar, por sua vez, não pode sair da enfermaria, pois com pouca gente trabalhando (ela estava só), quem iria ficar no seu lugar? A auxiliar ficou irritada com esta situação e falou: “Será que o doente é só da enfermagem? Não tem um médico? Um residente? Psicólogo? Nada que possa pegar a fulana e trazê-la para cá? Só a enfermagem...?”

Esse ‘desabafo’ da auxiliar de enfermagem mostra como a intensificação do trabalho é sentida por ela. Neste dia, as condições de trabalho desta enfermaria estão marcadas pela falta de outras auxiliares de enfermagem, devido a mudanças na organização da assistência que passou a funcionar com uma Mini equipe de referência para cada pessoa internada, no lugar de um médico responsável pela enfermaria, organização que ainda precisa de mais algum tempo para se desenvolver.

Mas, este meio (ambiente) de trabalho está composto, dentre outros fatores, pelo pouco desenvolvimento desta nova organização da assistência e pela falta de pessoal, o que contribui para a intensificação da carga de trabalho. A dificuldade no manejo destas questões supõe um coletivo para resolver e o coletivo de trabalho estando fragilizado pela falta recursos para a ação (Clot, 2007). Na proposta da Mini equipe de assistência acresce ainda que são as diferentes atividades – e ofícios ou coletivos profissionais – que se entrecruzam – a atividade médica, a do serviço social e a de enfermagem, devendo compor uma nova atividade dita interdisciplinar.

E esta é uma boa ocasião para se promover o desenvolvimento da atividade nesta enfermaria, pois é possível ser criativo a partir da dificuldade, “mas se cada um está sozinho, solitário diante da intensificação do trabalho, aí sim se torna dramático, então que fique claro que a intensificação pode ser positiva se o trabalho coletivo for seguido”...

**Neutralização da mobilização
coletiva e individual contra o
sofrimento, contra a dominação e
contra a alienação**

ENFERMARIA

Conversa com duas auxiliares de enfermagem:

Uma auxiliar de enfermagem me contou que outro dia se aborreceu tanto que ligou para a sala do diretor da assistência e falou que se ele não resolvesse um problema que estava acontecendo ela iria embora. Ele respondeu a ela que estava em reunião: “Então (ela lhe disse): - já que estava em reunião, fale o que está acontecendo aqui para ver se alguém daí resolve”.

Segundo esta mesma auxiliar, pouco tempo depois do telefonema, veio uma médica resolver o problema e também, a médica, foi em todas as outras enfermarias. Esta auxiliar crê que “temos que falar para ver se alguém resolve. A direção devia passear pela enfermaria do hospital e almoçar lá para ver como é.”

A outra auxiliar que estava no mesmo plantão apoiou o que a colega havia falado contando sobre a sua experiência de trabalho em outro hospital. Ela trabalha há 17 anos em outro hospital, que segundo ela “desde que era um banquinho de sangue pequeno” e devido ao seu ‘tempo de casa’ viu as coisas se modificarem.

Ela contou-nos, para mim e para sua colega, que teve uma época em que o governo deixou de financiar o tal hospital, e este teve que conseguir, por seus próprios meios, a arrecadação de tudo. Então houve um movimento dos funcionários para arrecadar desde doadores de sangue, lençol, toalha e até dinheiro...

Para tal empreitada fizeram bingo e almoço. Os funcionários iam para as ruas pedir doação. Na época, o hospital era tão precário que nem tinha local para colocar os defuntos. Os funcionários é que

levavam os corpos para outro hospital público, quando este tinha vaga.

Com o empenho dos técnicos, voluntários e familiares o tal “banquinho de sangue” cresceu, virou um hospital e está aí até hoje. Então ela acredita que é possível se fazer algo, mas as pessoas têm que se unir.

Pensando na relação que existe entre trabalho e saúde mental, usaremos aqui a definição de Mendes (2002) sobre a saúde como decorrente de uma produção social:

“Assim é necessário pensar a saúde do trabalhador desde a sua organização na sociedade e no trabalho, compreendendo-se essa realidade sob uma perspectiva de sujeitos coletivos, conhecendo-os e reconhecendo-os historicamente”. (p.31-40, 2002)

Esta definição da saúde do trabalhador como uma construção social e histórica nos ajuda a reconhecer, nas narrativas que virão a seguir, que existem registros na memória destes trabalhadores de que as trocas entre os pares trazem ganhos positivos para o ambiente de trabalho. E que apesar de atualmente estarem vivenciando condições de trabalho precárias, acreditam que se puderem falar e também serem ouvidos, é possível mudar estas condições de trabalho.

ENTREVISTA

A minha categoria é muito desunida, muito. A gente observa os médicos, eles são parceiros, são corporativistas. A enfermagem não é. É quanto mais você sobe de nível é pior, muito pior. É um querendo comer o outro.

ENTREVISTA

Narrativa de uma enfermeira sobre um auxiliar de sua equipe de trabalho: “Um sujeito passa pela formação e não faz aquilo que tem que ser feito. Porque ele não tinha o mínimo cuidado com os pacientes, o paciente urinado, contido, os braços feridos você está entendendo... e o cara (auxiliar de enfermagem) agressivo, totalmente agressivo. E aí aquilo que aconteceu comigo no início, das pessoas irem trabalhar na psiquiatria não porque querem, mas porque é o... você tá entendendo...? Então ele vai porque não tem outro jeito. Chega lá se depara com aquilo... Coitado, né? E aí a “agressividade é muito própria da loucura”, nós temos as mobilizações pelos mecanismos de defesa, sejam eles quais forem e talvez a tensão... Mas, aí aquilo para mim foi a gota d’água, eu não consigo mais tolerar as pessoas destratando as outras. Aí eu falei: Ah! Não quero. Vou pagar plantão direto.

ENTREVISTA

Romperam-se as paredes, foi a obra, todo mundo teve que ficar junto. Então houve essa mistura e foi muito legal, foi muito interessante, nós pudemos conhecer outras pessoas, trocar, a enfermagem toda passou a se conhecer, a gente começou a ver o trabalho do outro. E mesmo com todo aquele ressentimento aquela coisa toda, para mim foi uma época muito rica. Mas aí acabou a obra e voltou cada um para os seus lugares.. e foi uma pena...

ENFERMARIA

Em outra conversa, um antigo auxiliar de enfermagem lembrou que participou de vários cursos e palestras no auditório do hospital e que isso sempre ajuda. Só que tem muito tempo que não acontece nada disto.

Com base em Dejours (1999, p.17), que nos coloca a questão do aumento gradativo do sofrimento no trabalho como consequência da perda da esperança de que exista a possibilidade de melhora na qualidade da vida laboral, podemos deduzir que no caso desta equipe de enfermagem, os registros das experiências coletivas

vividas em outros tempos contribuem para que o sofrimento deles não seja imediatamente potencializado pelas adversidades atuais.

Porém algo fez com que estes trabalhadores, em determinados momentos, se mobilizassem contra as condições de trabalho. De acordo com esse mesmo autor, não foi a esperança de que 'dias melhores virão' e sim a indignação contra situações consideradas intoleráveis.

Estratégia defensiva do silêncio, da cegueira e da surdez

Quando não existem recursos, coletivos ou mesmo individuais, para o enfrentamento, cada um deve antes de tudo se preocupar em “resistir” “negando o sofrimento alheio e calando o seu.” (Dejours, 1999, p.51)

ENTREVISTA

O sistema te cravava isso aqui dentro. Fazia de uma forma que você não se manifestasse. Você é auxiliar, você é submisso e tem que fazer o que a chefe manda e determina. Aí o tempo foi passando e eu fui vendo, não é bem por aí. E eu me coloco.

ENTREVISTA

Relato sobre pesquisa que foi realizada, há alguns anos atrás, com uma equipe de enfermagem de outro setor deste hospital: “Eu trabalhei com a representação da equipe de enfermagem e eu fiquei assim muito surpresa porque um dos resultados é que a equipe estava doente e que a equipe bebia e bebia mesmo... entendeu? Eles se viam alcoolistas. Então morreu um de alcoolismo, morreu outro, outra teve consequências sérias, sabe...? então a gente percebeu que aquele era um modo de lidar com aquele sofrimento”.

Quando esta enfermeira coloca que “o sistema te cravava isso aqui dentro” está se referindo a prescrição de comportamento do ser enfermeira que coloca a disciplina e a passividade como uma exigência profissional para poder exercer as suas tarefas de forma eficaz.

“O cansaço, a vulnerabilidade, a irritação, o sofrimento devem desaparecer para que a presença da enfermeira seja calmante”. Na formação as jovens enfermeiras são doutrinadas a acreditar que o “aspecto sereno das enfermeiras é uma das garantias da docilidade dos pacientes.” (Molinier, 2008)

Desta forma, além das condições precárias do meio de trabalho, que causam sofrimento pelo constrangimento das ações destes trabalhadores, conduzindo-os ao desenvolvimento da estratégia de defesa através do silêncio, essa postura de negação frente às adversidades é reforçada também pelas características do processo de formação profissional.

Individualismo: cada um por si.

ENFERMARIA

Este 'pedido de ajuda' estava no quadro de avisos na sala da supervisão da enfermagem. Eu observei que estava há algum tempo, então comentei com a enfermeira: - Esse aviso ainda está aí? – Ela me respondeu: “Esta supervisora precisa de alguém para fazer o plantão dela por dois dias e ela dá um 3º e não aparece ninguém, isto porque não tem pessoal, é uma sobrecarga muito grande de trabalho.

Apesar de contrariar o que se espera dos efeitos da precarização, esses trabalhadores tem outra história para contar: a construção do Colegiado. Essa nós veremos no Capítulo IV.

CAPÍTULO III

Atividade

“Existem alguns beija-flores que gratificam o trabalho” Fala de uma auxiliar de enfermagem em relação aos usuários do serviço de saúde mental.

3.1. Assistência na saúde:

A prestação de serviço em saúde comporta algumas características peculiares no que se refere ao desenvolvimento das suas atividades e, como nos coloca Martin & Gadbois (2007, p.521-529), “pode ser analisado como uma gestão de processos contínuos.” Neste artigo, os autores discutem as características do desenvolvimento da atividade na assistência, organizando-as da maneira que se segue:

“Dinâmica própria dos processos de retorno à saúde afetada por imprevistos, prosseguindo continuamente por vinte quatro horas por dia; amplitude e complexidade das informações a serem consideradas para definir as ações a efetuar; inscrição da atividade de cada um num coletivo de trabalho composto de várias dezenas de agentes de competências e funções distintas e precisamente circunscritas; inscrição da atividade de cada um num coletivo de trabalho composto de várias dezenas de agentes de competências e funções distintas e precisamente circunscritas; intervenções manuais no corpo de seres humanos, assistidas ou não por materiais, algumas implicando esforços físicos consideráveis, outras requerendo alta tecnicidade e a maioria com implicações psíquicas e sociais; dimensões sociais da relação profissionais de enfermagem/enfermo e desafios humanos do trabalho. O confronto com a dor e com a morte; atividade desenvolvida numa série de locais com funcionalidade diferentes e uso compartilhado (entre agentes e com os pacientes)”

Tomando a linha de análise proposta por esses autores, apresentaremos as características da atividade de assistência no hospital estudado.

Dinâmica própria dos processos de retorno à saúde

A natureza contínua do trabalho – 24 por 24 horas - na assistência hospitalar somada aos baixos salários faz com que esses trabalhadores tenham dois ou três empregos. O que dificulta as negociações para a troca de plantões entre os colegas. Este fato colabora para a sobrecarga de trabalho e tem reflexos na vida social e familiar destes trabalhadores.

Mas em conversas sobre o trabalho com algumas auxiliares de enfermagem, nos foi colocado que há maior desgaste físico e psíquico na assistência psiquiátrica do que em outras clínicas. Essa especificidade do trabalho em psiquiatria pode ser

decorrente da constante tensão presente nas enfermarias, e em especial nos LDs, gerada em parte pela imprevisibilidade das manifestações dos usuários ao sofrimento psíquico.

Os cursos em enfermagem, de acordo com os relatos, não contemplam de forma satisfatória a psiquiatria. Com isso, o contato com o campo pode se tornar uma experiência carregada de medo e da sensação de que não estudou para isso. Muitos, segundo Rocha (1994), aprenderam perguntando aos colegas mais antigos, aos médicos ou por seus próprios esforços, “dando cabeçada”.

Amplitude e complexidade das informações a serem consideradas para definir as ações

Muitas vezes as situações relatadas apontam que é necessário fazer algo com o usuário que os auxiliares acham injusto, como veremos nos trechos a seguir, retirados do diário de campo.

Os participantes desta pesquisa dizem que devido aos poucos recursos disponíveis, em alguns momentos a organização dos serviços fica comprometida. Eles citam como exemplo situações em que é necessário usar o serviço de remoção para transferência ou para transportar alguém que precise fazer exames fora do hospital. O que, na maior parte das vezes, não ocorre no horário previsto.

Ao falarem destes episódios, os auxiliares de enfermagem narram que nessa situação em que ocorrem muitas horas de atraso para ser feita a remoção, é necessário conter mecanicamente o usuário, pois em ambos os casos, realização de exames ou transferência, não pode ser administrada medicação que faça o paciente adormecer. No caso de exames, estes seriam inviabilizados. No caso de transferência, os hospitais não aceitariam um paciente sedado.

Trabalhar neste conflito de normas e valores pode ser um atentado à sua própria integridade, acarretando sofrimento.

Os trabalhadores reagem aos impasses colocados na situação de trabalho gerindo da melhor maneira os recursos que estão ao seu alcance; a amplitude e os limites que oferecem as normas e os regulamentos impostos pelo meio de trabalho.

Inscrição da atividade de cada um num coletivo de trabalho

A definição de atividade, de acordo com a Clínica da Atividade, nos diz que devemos incluir neste conceito os conflitos que surgem no curso da ação, ou seja, aos quais os operadores devem arbitrar para fazer o que foi fixado pela tarefa.

Um importante assunto é o que se refere à gestão dos elementos constitutivos da atividade de cuidados (pacientes, parceiros, materiais, informações) de tal forma que os atravessamentos das atividades concorrentes produzam o mínimo de obstáculo nas atividades de cada um.

No hospital, espaço por excelência de hegemonia médica, observou-se que o trabalho da enfermagem permanece ainda situado como coadjuvante (p.137). Este ofício é construído historicamente por diferentes maneiras de se exercer a atividade de cuidados. E nesse processo de construção da enfermagem psiquiátrica existe o registro de que a sua função primeira é manter a disciplina e conter o comportamento dos usuários que se agitam.

Na atualidade, o trabalho da enfermagem psiquiátrica está marcado pela transição entre a clássica prática das técnicas disciplinares e o desenvolvimento das novas tecnologias de cuidado em saúde mental, que incluem em seus princípios a prática interdisciplinar aberta às contingências dos usuários em cada momento e em cada contexto.

Vamos buscar compreender como esses profissionais estão vivenciando este momento de transição do paradigma psiquiátrico da exclusão para o da atenção psicossocial.

COLEGIADO

A enfermeira chefe falou sobre a sua percepção de que a 'enfermagem psiquiátrica está se tornando desnecessária' e se ela (equipe de enfermagem) não encontrar novos espaços para trabalhar, terá muita gente desempregada.

Ela diz que com a implantação do CAPS III no hospital, o número de enfermeiros irá diminuir. Por isso, o tempo todo, a chefe afirma que a enfermagem precisa se unir para não perder o seu espaço.

A chefe da equipe afirma no Colegiado que *“a enfermagem precisa se unir para não perder o seu espaço. Podemos apontar que estes trabalhadores devem se unir para não perder o seu espaço ou para construir outros.*

A sensação de ameaça ao seu vínculo de trabalho é uma das formas que a equipe de enfermagem está sentindo a implantação da Reforma Psiquiátrica neste hospital: uma sensação semelhante ao que ocorre em empresas privadas. O anúncio de modificações é vivenciado como ameaça de desemprego. Esta ameaça contradiz o senso comum que 'vê' o servidor público como um trabalhador que não corre o risco de ser mandado embora.

O CAPS III, dispositivo que está previsto na arquitetura da Reforma, que de acordo com o MS (Quadro 9), proposto como um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo.

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

Deve ser um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (...)

Todos os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional e cada tipo de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad) tem suas próprias características quanto aos

tipos e à quantidade de profissionais.

Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS – Equipes mínimas

CAPS III:

- 2 médicos psiquiatras
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior
- 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

Fonte: SAS/MS: Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf. Acessado em: 25/06/2008.

Com a implantação deste importante dispositivo de assistência, a equipe supõe que haverá uma redução da demanda de profissionais de enfermagem.

Este sentimento de ameaça pode estar sendo provocado pelo fato destes trabalhadores não estarem sendo providos de recursos que possibilitem a visualização, ou a construção coletiva de outras possibilidades de cuidado na psiquiatria.

Mas, afinal, de onde devem vir esses recursos?

Em sua tese de doutorado, Tavares (1998) coloca uma questão: como se explica o fato da enfermagem, uma profissão cuja essência é o cuidar, não ser reconhecida entre os técnicos de saúde mental como uma profissão qualificada para atuar nos serviços alternativos em expansão? Para essa questão ela aborda quatro justificativas:

1ª) Construção Histórica: o papel tradicional da enfermagem psiquiátrica é o de preparar o corpo do paciente para que outros profissionais produzam seus saberes.

2º) Formação: persiste uma assistência desqualificada na área.

3º) Saber: há uma certa indefinição em torno do papel a ser desenvolvido pela enfermeira na psiquiatria e uma carência de teorias consistentes que possam dar suporte à prática.

4º) Divisão social do trabalho: a prática da enfermagem é marcada pela subordinação e resistência, onde a enfermeira exerce uma supervisão caracterizada pelo controle e disciplina.

No texto “As técnicas e a experiência humana”, Rémy Jean (2007) fala sobre a dimensão social da mudança técnica. Segundo este autor, “um dos grandes

problemas das mudanças técnicas encontra-se nas condições sociais desta mudança”. Com base nesta afirmativa, podemos perceber que os trabalhadores desta equipe de enfermagem estão se sentindo ameaçados no que se refere aos seus empregos.

A redução na quantidade de profissionais da enfermagem somada à demanda que as novas tecnologias de cuidado solicitam em relação à iniciativa e responsabilidade, compõe o cenário de trabalho nos CAPS. Essas condições podem estar sendo percebidas, pela equipe de enfermagem, como inadequadas para se desenvolver as ações de atenção e cuidado com eficiência.

O lugar que o cuidado da enfermagem ocupa nessa reorganização da assistência psiquiátrica não foi discutido com o conjunto desses profissionais no decorrer do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e isso está sendo uma das fontes de tensão no ambiente de trabalho.

Intervenções no corpo, assistidas ou não por materiais

É preciso entender a prestação de serviço em saúde como uma coprodução. E para que se consiga essa parceria no processo de restabelecimento da saúde, é importante que o usuário também passe pelo processo de preparo para ele poder contribuir com a equipe de assistência.

“Assim, enquanto atividade de cuidados, a assistência à saúde envolve forte dimensão relacional, em que os afetos desempenham uma função importante, com frequência registrada em uma noção como a de “saber-ser” (caso diferencial do saber-fazer). As trabalhadoras em questão não mobilizam apenas suas capacidades físicas e cognitivo-intelectuais, seus conhecimentos formais, mas também os afetos, porque esses as constituem e atravessam as relações econômicas, salariais e de poder. Portanto, é preciso compreender a mobilização psíquica através da qual se exprime a dimensão afetiva e pela qual se conquista um equilíbrio psíquico (ainda que instável) no trabalho”. (Carpentier-Roy, 1992). (p. 136).

Separar o lado profissional do lado pessoal é mais difícil no trabalho de assistência hospitalar. Desta forma, a história pessoal desses auxiliares e supervisores se torna um recurso para se desvencilhar destes conflitos.

O trabalho na assistência hospitalar tem entre as suas características o fato de que o objeto imediato da ação a qual as atividades são direcionadas é um ser humano enfermo. Esse fator é determinante, pois o objeto direto de trabalho sendo outra pessoa, essa exercerá grande interferência sobre o desenvolvimento das atividades desse trabalhador.

Nas relações de cuidado que se propõe estabelecer entre os usuários dos serviços de saúde mental e os técnicos, a questão do vínculo é um ponto importante para se pensar a ação de cuidado em um momento de agitação. As ações referentes ao cuidado, como toda atividade de trabalho, sofrem interferências diversas. Na definição da Clínica da Atividade, toda atividade é dialógica, diálogo esse dirigido ao objeto de trabalho, a si mesmo e a outrem (os pares, por exemplo). A atividade enquanto dirigida a si mesmo implica em um diálogo interior, não verbalizado, do trabalhador consigo mesmo. No momento em que se está executando a tarefa, o trabalhador de saúde pensa não somente na eficácia dos procedimentos, mas também se o que se está fazendo é justo ou injusto, bom ou mal.

Dimensões sociais da relação profissionais de enfermagem/enfermo

Os trabalhadores da equipe de enfermagem, em alguns casos, não escolheram trabalhar nesta área, chegaram ao hospital com a experiência de um “estágio relâmpago” na sua formação ou até mesmo sem nenhuma experiência em psiquiatria, que somado ao senso comum que diz: maluco é perigoso, contribui para que o trabalho em saúde mental seja a última opção.

ENTREVISTA

*Narrativa de uma militante do MTSM sobre as estratégias de formação profissional nos anos 90:
...Esqueci de te falar, de estratégias (...) então eu passo a dar aula sobre psiquiatria e emergência psiquiátrica no curso de enfermagem (...). Tipo como*

um espaço mesmo pra ir falando da Reforma para as pessoas. (...)

A busca de cada turma com trinta, cinquenta, sei lá quantos, dois ou três alunos ficavam interessados em Psiquiatria. Quando a gente começa a fazer esse trabalho, mais pessoas começam a ficar interessadas. Antes deles fazerem aquele 'estagiozinho' assim relâmpago, porque enfermeiro faz 'estágio-relâmpago'... Eu fui às aulas falar do hospício e do não hospício. Depois a gente começa abrir a possibilidade para os alunos do curso de enfermagem conhecerem outra realidade, e irem para Santos (São Paulo).

Em três anos que esses alunos iam para lá, para conhecer o outro espaço, triplicou o pessoal interessado na assistência em psiquiatria... Ficamos surpresos!

Durante as visitas iniciais às enfermarias, a maior parte dos trabalhadores da equipe de enfermagem relatou que chegaram ao hospital não por vocação, mas por imposições ligadas à sua inserção social e necessidade de sobrevivência.

ENTREVISTA

Esta é uma narrativa de uma enfermeira sobre como foi feita, no início da sua carreira profissional, a escolha para trabalhar na Psiquiatria:

“Então, são aquelas coisas, eu precisava trabalhar, a minha mãe falou:

- É um concurso público, você deve ir... Para a minha surpresa maior ainda era para a psiquiatria. Então eu quase não assumi....

No curso de auxiliar, nós não fazíamos estágio no hospital, então nós não tínhamos estágio em psiquiatria; eles não deixavam os alunos fazerem estágio lá, o preconceito era muito grande, eles tinham medo de aluno ser agredido, ainda era época de cela forte.

Os trabalhadores da assistência hospitalar estão expostos a diferentes formas de violência nas relações do serviço³⁹.

No início esses enfermeiros e enfermeiras não vêem outra forma de aprender a cuidar, ainda mais nessa situação em que no mesmo momento que se é novato em um meio de trabalho que em parte não se escolheu, também se experimenta a sensação de que 'não se sabe nada' sobre o ofício, não tendo trazido da formação em auxiliar, técnico ou enfermeiro quase nada relacionado à especialidade.

ENTREVISTA

Quando você entrou neste hospital?

-Foi dia X, do mês Y, do ano Z. (Anos 80)

-Como foi marcante! Lembra até o dia!

-Bem, o que me marcou neste primeiro dia foi a chegada de um usuário, ele era robusto, estava contido, mas amarrado parecendo um animal em uma maca, e aí o meu colega e o médico também vieram ...

Era todo mundo muito contaminado por aquela coisa: o usuário é doido, é agressivo...

Então ele foi atendido. O médico mandou internar. Quando entramos no elevador, este colega que estava comigo, ele pegou o paciente e deu um soco muito grande, sabe assim... (fez o gesto como se estivesse recebendo um soco no peito) muito forte.

Aí eu falei: Você está batendo nele? Ele está amarrado! E ele me respondeu: - Não, ele tem que respeitar a gente. Ele tem que saber, de cara, quem é que manda!

Eu arregalei os olhos e falei: - Meu Deus! Fiquei apavorada. Primeiro eu olhei o tamanho do homem... Eu jamais iria conseguir fazer isso! Aí eu pensei: Não, aqui não é o meu lugar.

Então... para mim foi traumático, para eu voltar para o hospital eu confesso que pensei duas vezes.

³⁹ Segundo Dejours (1998, p.100), sobre a violência no trabalho: "Assim, a dimensão da obrigatoriedade, de um lado, e a dimensão utilitarista do outro, são inseparáveis da justificação da violência, da injustiça ou do sofrimento infligido a outrem. Mas a justificação do exercício da violência não pode neutralizar o medo. Quando muito livra o sujeito da culpa ou de sua vergonha, mas não de seu medo."

Essa auxiliar de enfermagem ao se deparar com a forma de trabalhar dos mais antigos, o auxiliar e o médico plantonista que fizeram o atendimento e amarraram o usuário, a estratégia usada pelo colega, somada com as dificuldades da situação real que é a agressividade de um usuário 'robusto', ela busca recursos, possivelmente pessoais, para atribuir sentido aquele trabalho que 'não é para ela'. Desta forma a história pessoal dessa auxiliar de enfermagem se torna um recurso para se desvencilhar deste conflito.

As tensões a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem psiquiátrica podem comprometer a produtividade, a qualidade dos serviços, a saúde mental e a relação desses trabalhadores com o seu trabalho, com os usuários e entre os pares. (Vieira, Seligmann-Silva, Athayde, 2004, p 134).

"A trabalhadora que sofre a agressão tende a rememorar a situação vivida e passa a evitar o local onde ela ocorreu, podendo desenvolver sentimentos como perda da autoestima e da confiança sobre suas competências profissionais, sentimentos de impotência e de insatisfação no trabalho, tendências depressivas, transtornos sexuais, além de contribuir para o absenteísmo e a rotatividade dos efetivos". (p. 145).

Estes relatos apontam que a sensação de chegar a esse ambiente de trabalho é assustador. O que essas pessoas fizeram ou estão fazendo para se manterem trabalhando, sem adoecer, na medida do possível? Ou seja, qual foi o caminho trilhado para ser possível atribuir sentido às ações de cuidado?

Na área da psiquiatria existe uma grande possibilidade de se sofrer agressões por parte dos usuários que estão internados. Os LDs são as enfermarias que são destinadas aos usuários na fase aguda, desta forma este meio expõe os trabalhadores de uma forma mais contínua a tensões psíquicas.

Ser alvo de agressões, em particular no LDs, entre outras coisas, faz com que o recurso do remanejamento entre os trabalhadores desta enfermaria com os das outras, que são destinados para crônicos, seja uma negociação difícil.

O remanejamento é um acordo coletivo, ainda em fase inicial, entre as supervisoras de enfermagem que tem como objetivo o aumento dos recursos para gerir a falta de profissionais na assistência.

Mas como todo acordo, não é possível fazer com que os auxiliares de enfermagem cooperem por meio de imposições. Alguns auxiliares de enfermagem evitam trabalhar nos LDs após terem sofrido algum tipo de agressão pelos usuários.

As agressões e a dificuldade de negociações entre os colegas das outras enfermarias podem ter contribuído para que essa equipe de enfermagem tenha optado por escolher o LDF como o local que "eu teria mais material para trabalhar".

"O trabalho de cuidado é acompanhado por uma relação pessoal entre o paciente e o profissional de enfermagem ao longo da qual este pode se ver confrontado a situações psicologicamente dolorosas. Essas pressões do trabalho hospitalar são em parte irredutíveis, mas elas podem ser amplificadas ou atenuadas pela organização e pelas condições de trabalho." (Martin & Gadbois 2007, p.528)

O LDF, de acordo com os participantes da pesquisa, é rico em conflitos, e pode ser entendido como o espaço onde os trabalhadores de enfermagem estão mais expostos as situações de crise decorrente das agressões físicas e verbais expressas nos estados agudos do sofrimento psíquico feminino.

O espaço com uso compartilhado

A tarefa dos trabalhadores da equipe de enfermagem consiste em organizar diferentes forças, pondo-as a serviço da ação, para desta forma não ser condenado à ineficácia.

Segundo Tavares (1998, p.27), quando o foco do cuidado passa do sintoma para uma abordagem voltada para a saúde mental, a contribuição da enfermagem não é reconhecida, nem mesmo percebida, pois carrega na construção histórica da sua função a herança de que seu objeto de trabalho é o cuidado com corpo

De acordo com essas colocações sobre a função da equipe de enfermagem em um hospital psiquiátrico, percebemos que, como Tavares (1998) coloca, há necessidade de redefinição, na prática, do papel da enfermagem psiquiátrica, pois esse é hoje vivido de forma paradoxal: ao mesmo tempo em que é convocado o uso da subjetividade na execução das tarefas de cuidado e atenção, a ação de 'conter' o usuário agitado é executada ao longo da história da psiquiatria, somente pela equipe de enfermagem, reafirmando o seu papel disciplinador.

COLEGIADO

Nesta reunião apareceu novamente a questão da enfermagem com os médicos e a administração do hospital. Uma das enfermeiras disse que os enfermeiros servem como “leões-de- chácara” no hospital e que são os braços da psiquiatria.

No trecho acima fica clara a divisão social do trabalho no hospital psiquiátrico, ao menos do ponto de vista da enfermagem: “os enfermeiros são os leões- de- chácara do hospital”. Na divisão social do trabalho, alguns profissionais planejam e outros executam. Se existem enfermeiros em posição de administração, em altos cargos, não é essa a inserção marcante. E na execução também há uma distribuição de tarefas, cabendo historicamente à enfermagem a manutenção da ordem e da docilidade entre os usuários.

Nos primeiros encontros que foram realizados no Colegiado de enfermagem do hospital estudado, ocasião em que foram definidos conjuntamente os pontos-chave a serem analisados no decorrer da pesquisa com o objetivo de transformar e compreender o trabalho da enfermagem foi dito pelos participantes à pesquisadora que as situações nas quais é necessário lançar mão do recurso da contenção aos usuários estão entre as mais carregadas de conflitos.

3.2. Prescrição e mudança de tecnologia

Toda mudança tecnológica interfere na atividade de trabalho. Essas interferências não são nunca totalmente previsíveis. No caso, as mudanças nas tecnologias de atenção e cuidado aos usuários dos serviços de saúde mental, não tiveram, na maior parte das vezes, a contribuição da categoria enfermagem em seu

processo de elaboração. E esse fato, dentre outros, pode estar contribuindo para alguns entraves na sua implantação.

A ciência médica constituiu-se por diversas teorias, permitindo reconhecer a realidade, diagnosticar a patologia e interferir na sua evolução clínica. Tradicionalmente, as técnicas em psiquiatria promovem a intervenção na pessoa que sofre mentalmente, consistindo em operações de cuidado e atenção, visando promover a melhora na qualidade de vida. A ciência médica e a técnica de atenção ao usuário do serviço de saúde mental pressupõem portanto uma prescrição de normas e rotinas de cuidado, uma organização dos procedimentos, uma execução das ações de atenção a melhora a fim de se alcançar a saúde.

Já as novas tecnologias de Reforma Psiquiátrica são ferramentas de gestão do cuidado ao usuário do serviço de saúde mental que contemplam um modelo de atenção de forma ampliada. Esta proposta de atenção tem como um dos seus princípios a valorização da subjetividade do usuário no lugar do foco no sintoma.

Valorização da subjetividade “implica ações de respeito à integridade e aos limites da condição humana, construção de laços de confiança, e de reconhecimento”. (Dejours 2005, p.10)

Usaremos a definição de Maira Baumgarten, presente no capítulo sobre tecnologia, do dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia (p.311, 2002) para dizer o que entendemos sobre este conceito:

“Tecnologia pode ser definida, genericamente como um conjunto de conhecimentos e informações organizados, provenientes de fontes diversas como descoberta científica e invenções, obtidas através de diferentes métodos utilizados na produção de bens e serviços”

Durante o trabalho de campo encontramos nas falas de alguns trabalhadores diferentes percepções em relação às novas formas de cuidar. Estas diferentes percepções das novas tecnologias de atenção em saúde mental são decorrentes de inúmeros fatores e “devem ser pensadas no contexto das relações sociais e dentro do seu desenvolvimento histórico”.

Se, de modo geral, a contribuição da categoria dos enfermeiros para o debate das mudanças é vista pelos próprios profissionais como insuficiente, no caso dos auxiliares ela é considerada insignificante. A construção destas novas formas de cuidado, neste hospital, recebeu pouca ou nenhuma contribuição da categoria de auxiliares de enfermagem que atuam na assistência direta aos usuários do serviço.

Este fato tem influência na atribuição ao sentido às atividades, na motivação dada ou não por esses trabalhadores, no exercício de suas tarefas, ao ter de certa maneira que se relacionar com essas novas tecnologias sem ter participado de alguma forma da sua concepção.

Então quais são as transformações, nos modos de fazer, que a equipe de enfermagem faz nas prescrições das novas tecnologias impostas, as quais não têm condições de recusar, adaptando-as às suas leis e regras, atribuindo assim sentido às suas ações?

Em relação ao poder de agir com a implantação das novas tecnologias recorreremos ao texto “As técnicas e a experiência dos humanos”, em que Rémy Jean coloca:

“Parece-me que devemos evitar a confusão entre níveis diferentes; com se concebem os dispositivos técnicos; como os utilizamos e qual será a margem de manobra deixada ao usuário das técnicas na sua operação. Esta questão da margem de manobra parece-me ser uma questão crucial”.
(Durrive et all 2007, p. 116)

A cultura da assistência psiquiátrica passa por grandes mudanças e essas mudanças convocam outras habilidades aos trabalhadores.

À medida que a assistência em saúde mental se volta para uma atenção e um cuidado de forma ampliada à subjetividade do usuário, os trabalhadores passam a ser solicitados na sua capacidade de atenção, observação, iniciativa, intervenção, autonomia e comunicação de forma não programada. Essas aptidões são muito superiores e diferentes daquelas anteriores, quando a assistência estava voltada para um controle dos sintomas. (Durrive et all, 2007).

A tarefa de gestão do dia a dia da enfermaria, dos cuidados básicos ao usuário internado, é atribuída à equipe de enfermagem. Está implícita nesta tarefa, na prescrição como a dimensão impessoal do ofício, manter os usuários calmos, garantir a segurança física, bem como a segurança dos trabalhadores que transitam nas enfermarias.

O ofício, enquanto recurso de conhecimentos coletivos para a ação, é o resultado de um trabalho de ligação entre quatro dimensões que são: a pessoal (como cada um faz o seu ofício), a impessoal (as prescrições), a interpessoal (a troca entre os pares) e a transpessoal (a memória coletiva). Em cada uma destas

dimensões estão contidos recursos que os trabalhadores usam para exercerem as suas atividades cotidianas (Clot, 2007).

Colocamos aqui o trabalho como uma batalha, das quais emergem questões nem sempre respondidas. Na atividade de trabalho fazem-se a todo o momento, escolhas entre caminhos diversos, ou, podemos também dizer, entre atividades concorrentes. Estas escolhas só podem ser feitas sem desgaste se apoiadas em modelos para a ação, modelos genéricos que são recriados, pelos trabalhadores, na situação.

A prescrição é necessária para que os indivíduos possam trocar, de modo que eles possam cooperar numa atividade coletiva. Mas existe uma defasagem entre a tarefa que inclui: os esforços de gestores e executores no planejamento, a organização e previsão das tarefas e o objetivo a ser alcançado. A atividade dos trabalhadores sobre um meio vulnerável às imprevisibilidades é que irá ou não garantir a eficácia do trabalho.

Essa defasagem é manipulada graças à atividade de regulação feita pelos trabalhadores, como nos aponta Clot (2007, p. 267):

“(...)a tarefa efetiva nunca é a tarefa prescrita, e os esforços de personalização são sempre, de alguma maneira, uma antecipação de transformações sociais possíveis. Essa antecipação fica, além disso, comprometida quando essa eventualidade se mostra impedida”.

Nesta regulação, parte importante da atividade, são usados recursos tanto do gênero profissional, dimensão transpessoal do ofício, quanto da sua dimensão pessoal. No trabalho de assistência hospitalar, sendo o objeto de trabalho o humano, a dimensão pessoal tem uma importância talvez maior que em outras atividades.

Esse genérico é chamado, pela Clínica da Atividade, de gênero da atividade profissional. O gênero profissional “é também a história de um grupo e a memória impessoal de um local de trabalho” (Clot, 2006, p.38). Esse ‘genérico’, algo comum a todos, é o conjunto de recursos de que cada trabalhador deste grupo profissional tem para a ação, para exercer as suas atividades de cuidado.



ENTREVISTA

Sobre a “revolução que houve na enfermagem” com a chegada das primeiras enfermeiras nos anos 80:

As contenções passaram a ser mais fiscalizadas, inclusive com normas e rotinas escritas. Então só se poderia conter paciente se fosse prescrição médica. Então ninguém da enfermagem poderia conter paciente, salvo em situações em que o paciente ficasse extremamente agressivo, e a pessoa tivesse que recorrer a este procedimento. Mas, mesmo assim, tinham que comunicar imediatamente ao médico, para que desta forma ele (médico) pudesse fazer a prescrição da contenção e da medicação, para que a medicação fosse administrada e surgindo o efeito desejado, o paciente fosse liberado da contenção.

Claro que com todas essas mudanças houve muita, muita, muita resistência.

Por que assim... Eles (equipe de enfermagem) lidavam com uma condição que a gente considerava desumana, eu achava aquilo desumano ter que bater em um paciente contido. Então de repente tudo aquilo que eles aprenderam ‘não serve’, ‘Isso é desumano...’. E aí? O perigo...

E aí tiveram pessoas que ficaram doentes, que pediram licenças médicas, transferências, e a coisa foi assim de tal modo que até macumba, despachos no pátio com nome das meninas fizeram. Chegaram lá, colocaram a macumba, com vela acesa mesmo, dentro do hospital, no pátio, com o nome das enfermeiras: para você ver a que ponto foi a resistência.

Em ocasiões em que ocorrem transformações no meio de trabalho, são inevitáveis as tensões entre o novo ‘desconhecido’ e as tradições que contêm experiências de como executar as tarefas com eficiência.

Para que esse diálogo entre o novo e o tradicional se desenvolva e possibilite a reorganização dos processos de trabalho, é necessário que haja um espaço

coletivo de trocas. É necessário que o gênero profissional, a dimensão transpessoal do ofício esteja viva, seja plástica, permitindo usar velhas experiências para viver novas experiências. Essa memória coletiva não está escrita, ela é mantida viva quando é repassada de uns para outros. Os espaços coletivos de debate sobre o trabalho são um meio importante de manutenção dos gêneros.

Desta mesma forma, a proposta de uma clínica ampliada abarca, dentre os seus princípios, as trocas entre os técnicos que compõem a equipe interdisciplinar, como um componente importante para os trabalhadores alcançarem, com competência, o objetivo de proporcionarem uma atenção aos usuários de saúde mental de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica neste atual momento de transição.

ENTREVISTA

Na sequência dos acontecimentos referentes à 'revolução' na enfermagem:

Então aconteceram essas coisas, elas prescreveram normas e rotinas.

- Então essas normas e rotinas existiram?

- Sempre existiu. Desde que...

- Isso foi escrito?

- Tudo. Desde que tiveram entremeios, houve normas e rotinas. Talvez não tenham sido normas e rotinas adequadas para aquele momento. Então elas (as enfermeiras que chegaram) escreveram as normas e rotinas. Mas também elas vieram, nunca tiveram experiência em psiquiatria. Elas não tinham experiência em psiquiatria, naquela época era muito difícil alguém com experiência em psiquiatria, mas com o mínimo do que tem que ser feito num hospital. Como se deveria medicar. Não se poderia medicar aleatoriamente. Eu cansei de ver a colega... O paciente agitava um pouco aí ela ia ao armário dela e pegava 2, 3 Fenergans, Fenobarbital e aplicava no paciente. Aí eu falava assim... - Não está prescrito, porque você... - "Não... É para ela ficar calma." E Fenobarbital nem era indicado para determinado quadro. Então as pessoas medicavam por conta própria o paciente, aquela enfermagem fazia isso. Mas

também não tinha médico, chamava o médico, o médico não ia... Aquela coisa de sempre...

Então tudo isso foi organizado: normas, rotinas, reorganização de escalas, ela passou a ser visível em todos os setores e eu como estudava de dia, eu não tinha condições de abrir um plantão de dia, eu passei a assumir um plantão à noite.

ENTREVISTA

Sobre as Normas e rotinas que foram reelaboradas na época em que estavam implantando a Reforma Psiquiátrica:

E o enfermeiro da época também tinha os manuais de normas e prescrições e eu também os tenho escrito , na minha casa.

- Você tem?

- Tenho tudo guardado.

Mas elas (as atuais enfermeiras) participaram disso tudo. Só que na época elas atuaram como auxiliares. Mas esse manualzinho... O enfermeiro da época, que é muito detalhista, ele fez uma circular com o nome de todo mundo, como se fosse uma lista de presença.

Então ele (o enfermeiro-chefe da época), foi quem escreveu isso tudo, fez normas, fez rotinas, ele fazia seminário, ia às reuniões, ele circulava em todas as enfermarias, em todos os espaços, enfim ele ficou na chefia e teve uma hora que ele não quis mais. E quando ele não quis mais, a partir daí a chefia começou a degradingolar.

Neste trecho do diário de campo podemos lembrar o que Clot nos fala sobre o conhecimento como uma construção de uma categoria profissional:

“O saber não é dotado apenas de uma história, mas também de uma geografia, havendo ainda as anotações que as pessoas fazem em seus cadernos, nos manuais, nos amigos que ela pode pedir a referência que lhes falta ou que lhes dêem uma mão... Tudo isso faz parte da massa de conhecimentos de que cada um se torna então parcela. A distribuição espacial

deste conhecimento é o que vincula o objeto, o sujeito e os outros”. (2006, p. 108)

De acordo com essa visão poderemos apreender um pouco do processo de construção das prescrições desta equipe de enfermagem.

Para que a mudança se instale é necessário que a mesma seja inserida na história destes trabalhadores. A sua inserção é feita quando há possibilidade de se vincular o novo com o conhecimento adquirido pelas experiências anteriores que não são formalizadas, com o saber-fazer. As experiências anteriores servem de

“(…) alavanca para adquirir novos conhecimentos, com um esforço (por parte dos formadores) para começar pelo que eles (operadores) sabem – e não pelo que eles não sabem. (...) O homem indispensável para técnicas eficazes: mas para qual projeto, com quais responsabilidades?” (Durrive et all, 2007 p.122-123)

NO CORREDOR

Fala de uma assistente social ao ser questionada pela pesquisadora sobre a Reforma Psiquiátrica:

Para ela, a Reforma Psiquiátrica deixou os pacientes com menos cuidado, pois em determinadas situações em que o doente está em crise, os profissionais de enfermagem não sabem o que fazer. Pois com a implantação da tecnologia das mini equipes de referência de cada usuário internado, não há mais nas enfermarias o médico responsável por essas pessoas. A prescrição é comunicar ao médico de plantão do Pronto Socorro para fazer um atendimento de emergência. Porém, nem sempre há disponibilidade imediata para atender a esse pedido de urgência da enfermaria, pois na maior parte do tempo o pronto socorro está com fila de espera para atendimento.

Relata a situação em que teve que ir à direção do hospital, pois foi chamada a atenção por ter feito a contenção ‘para-quedas’ e foi-lhe dito que estava proibido. Ela lhe explicou que o usuário estava batendo com a cabeça na parede com muita força e que iria se machucar, pois a medicação ainda não havia surgido efeito. “Deveria ter deixado?”

A direção respondeu que proibiu o procedimento

porque as pessoas (enfermeiros) não têm medida.

“Bem, então o problema não é o procedimento, mais sim a falta de informação.” Então ela acha que o que fazem com a enfermagem em nome da Reforma Psiquiátrica é uma sacanagem.

A situação descrita na passagem acima possivelmente não aponta para uma recusa à mudança de prescrição. A recusa nos parece estar nas condições em que foi instaurada a mudança. Podemos perceber um conflito entre o ponto de vista dos auxiliares e o da direção. O ponto de vista da direção prevalece sobre o da equipe de assistência. Ocasões de conflito entre os diferentes protagonistas do trabalho, gestores e operadores, ocasionadas pela mudança na prescrição, precisam de espaço para reflexões “sobre as conseqüências sociais da introdução dessas tecnologias, de imediato se encontram problemas para efetivar as mudanças”. (Durrive et all 2007,p.119)

A mudança na organização dos serviços de assistência que antes funcionava com um médico responsável pela enfermaria e a quem os auxiliares recorriam caso algum usuário agitasse, passou a ser feita através da mini equipe de referência, que tem entre os seus objetivos proporcionar assistência que contemple diferentes aspectos da vida do usuário. Porém, no que se relaciona à assistência prestada nas enfermarias, a instalação da tecnologia da mini equipe provocou um impedimento no curso das atividades de atenção prestadas pela equipe de enfermagem nos momentos em que ocorre algo ao qual não pôde ser previsto, como é o caso na maior parte das vezes em que o usuário se agita.

Em situações semelhantes, em que ocorre a ausência do profissional responsável pelo doente, o profissional presente, mesmo sendo de outra mini equipe, deveria atendê-lo quando solicitado pela enfermagem, porém isso não ocorre. A primeira pergunta que surge em ocasiões como essa é: Ele - o usuário que necessitaria de atendimento - é de qual equipe?

Na psiquiatria, a defasagem entre o prescrito e o que se deve realizar para alcançar o objetivo é ainda mais evidente do que em outras atividades. Trata-se de um trabalho com muitas variabilidades, onde o cotidiano é repleto de intercorrências. O objeto da atividade desses trabalhadores, na situação descrita acima, é a atenção

ao usuário agitado, mas os procedimentos indicados na prescrição não contemplam a imprevisibilidade de uma pessoa que "bata com a cabeça na parede". Então, como agir? A escolha é feita pelo trabalhador com os recursos que estão ao seu alcance. Em épocas de mudanças tecnológicas, o patrimônio acumulado de suas experiências pessoais e profissionais, neste caso, é o que foi determinante na opção em conter mecanicamente o rapaz. A situação mostra que não ocorreu o desenvolvimento das novas formas de cuidado preconizadas na Reforma.

Então se deve escolher entre conter e desviar-se da nova prescrição do procedimento; ou esperar indicação médica para contenção, não fazê-la se esse procedimento não estiver prescrito para o usuário. Neste último caso, o seguimento estrito da norma traz o risco de acidentes, além do risco de não ter reconhecida a sua intenção de cuidado e ser responsável sozinha por uma transgressão. Nas palavras dos profissionais, deve-se esperar a prescrição médica e arriscar-se a deixar o usuário machucar a cabeça?

A Clínica da Atividade tem como uma importante contribuição possibilitar a compreensão de fatos que podem ser vistos como 'transgressões ou desvio de condutas' como meio que os trabalhadores procuram para executar as suas atividades e atingir seus objetivos.

Os trabalhadores de base, aqui no caso a equipe de enfermagem, são 'desconhecidos' produtores de conhecimento e de transformação do real.

Dentre os usos possíveis pela equipe de enfermagem da atividade de assistência, em cada situação teremos características diferentes que vão compor o meio, por exemplo: de que maneira a agitação desse usuário está afetando os outros que estão internados, se está medicado ou se tem prescrição para tal, se está com mais alguém na equipe ou se está 'só'; e, marcadamente na psiquiatria, qual foi o laço que se estabeleceu com aquela pessoa.

Deve-se considerar a assistência ao usuário agitado um conjunto desarmônico de usos diferentes, que se acham embutidos nas atividades que a auxiliar deve tornar compatíveis entre si ou de que deve se livrar a fim de poder servir-se dela. O

domínio do gênero da atividade vai aliviar a carga da auxiliar de enfermagem, caso ela o domine.

Nos relatos das práticas cotidianas poderemos visualizar os recursos que estão disponíveis e os impedimentos na atividade de assistência de uma equipe de enfermagem em um antigo hospital psiquiátrico em transformação para uma unidade da rede de saúde.

3.3. Análise da atividade

Seguindo a metodologia proposta pela Clínica da Atividade (Clot, 2006), nossa análise do trabalho da enfermagem se dará sobre uma das atividades que compõe uma gama de procedimentos no trabalho de assistência ao usuário do serviço hospitalar psiquiátrico. A assistência ao usuário agitado vista como atividade dirigida vai ser a unidade elementar de análise.

Essa atividade foi escolhida pela equipe de enfermagem pelo fato de que nela existem inúmeros conflitos a serem regulados.

Para a Clínica da Atividade os conflitos são percebidos como as diferentes possibilidades de ações a serem administradas a fim de que se alcancem os objetivos com eficiência, produzindo sentido para o trabalhador.

A análise ocorre a partir dos obstáculos que essa equipe de enfermagem enfrenta ao ter que executar as tarefas de cuidado e atenção ao usuário agitado e busca compreender como a equipe tenta escapar aos empecilhos. (Clot 2006, p. 99)

Não se pode explicar uma atividade isoladamente, pois de acordo com o seu desenvolvimento, o contexto e naquela determinada situação, iremos traçar as possibilidades que estavam presentes ou não, como recurso á ação do trabalhador.

A atenção ao usuário agitado, que é a nossa atividade a ser analisada, foi narrada muitas vezes em diferentes situações pela maioria dos trabalhadores que participou desta fase da pesquisa, e sendo uma atividade que é dirigida a diversos usuários que se agitam, em diferentes épocas da história desta equipe de enfermagem e da vida destes profissionais.

O recurso da contenção mecânica como procedimento de atenção e cuidado ao usuário agitado, é colocado por esses trabalhadores como a ação mais difícil a se

fazer e a que gera muitos conflitos pessoais. Essa ação, a contenção, gera conflitos entre os operadores e a pessoa a quem essa ação é dirigida, entre os pares e com todos os outros que trabalham na assistência. Esse recurso, segundo os trabalhadores, só é usado em situações em que não foi possível lançar mão de outra ferramenta.

Observe-se que o recurso da abordagem humanizada ou a prescrição da medicação adequada não está ao alcance dos auxiliares de enfermagem.

A ação de contenção é analisada em situação real, ou seja, na forma de uma ação em situação real. O real da atividade inclui as características específicas dos componentes que se interrelacionam no desenvolvimento da atividade. Esses componentes são:

- As escolhas que o trabalhador faz;
- As regulações que o trabalhador faz;
- As relações de cooperação.

A análise da ação situada, no caso a contenção, está vinculada a outras atividades concorrentes e as condições do meio em que está inserida. Cada análise se refere aquele determinado contexto singular que foi narrado pelo trabalhador.

Deve avaliar as influências que cada um desses componentes tem no outro: o trabalhador, os pares e os outros com o objeto. E como nos fala Clot (2006, p.102): “Cada um deles conserva então, de acordo com suas modalidades próprias, as propriedades do conjunto. Se isso não ocorrer, perde-se de vista a dinâmica do desenvolvimento”.

E as atividades suspensas, contrariadas, impedidas e as contra atividades na atenção ao usuário agitado, devem estar incluídas na análise, pois elas provocam outras inúmeras possibilidades do objeto, do trabalhador e do outro que não foram realizadas, mas nem por isso foram abolidas.

A subjetividade dos trabalhadores é provocada quando ele faz escolhas para resolver os impasses que a atividade provoca. Para se desvencilhar e realizar a tarefa, o trabalhador deve enfrentar a si e aos outros.

A análise da atividade nem sempre encontra todas as respostas aos conflitos que foram gerados no curso do seu desenvolvimento.

Os trechos aqui destacados foram retirados do diário de campo das visitas iniciais realizadas nas enfermarias e nos LDs em diferentes dias e horários e também contém fragmentos de algumas entrevistas.

Após o trecho das transcrições faremos uma análise inicial das histórias contadas, sobre como estão inseridos no cotidiano o funcionamento destas novas tecnologias mescladas com as velhas. Quando usar o quê?

Nos relatos a seguir faremos a análise da atividade de cuidado direcionada para as interferências **sofridas pelos auxiliares de enfermagem** no desenvolvimento de suas ações. Essas interferências chegam até eles através do cuidado prestado aos usuários do hospital e também através dos outros profissionais que têm suas ações direcionadas para o setor de assistência.

As escolhas que o trabalhador faz

ENFERMARIA

Relato de uma auxiliar sobre o serviço da ambulância: “É muito descaso”. Ela citou o exemplo das más condições. Relatou a situação em que a doente precisaria fazer exames e, por conta disso, passou a noite em jejum. A auxiliar então me fala da dificuldade em se manter uma doente mental, a noite toda sem beber, até água. - E quando amanhece não tem ambulância que leve a doente para fazer o exame. Ela está com fome e não se pode fazer nada. É um descaso.

A ambulância chegou às 11h00min.

Em relação ao tempo, Martin & Gadbois (2007) nos colocam que o relógio da enfermagem deve se ajustar aos mais variados relógios presentes na assistência hospitalar e estes todos, por sua vez, devem estar afinados com o tempo do relógio médico, o qual funciona tal como um diapásão.

Essa harmonia do tempo que a equipe de enfermagem deve ter com os diversos setores do hospital que interagem com a assistência, como podemos perceber, gera intensificações no trabalho desses profissionais. Ajustar com

eficiência o seu relógio (enfermagem) com o do usuário, da ambulância e todos estes com o do médico, neste caso, é experimentado como um impedimento na execução das atividades de cuidado.

De acordo com a formação profissional da enfermagem, o objeto de suas atividades é o cuidado e a atenção. Deixar um usuário em jejum por toda noite ou contido por todo dia são ações contrárias àquelas que eles julgam corretas, ou mesmo que não tão corretas, mas com um objetivo maior e justo que seria o exame ou a remoção. Mas quando esse objetivo que também serve de justificativa para eles próprios darem sentido às suas ações não acontece, as inações ameaçam os seus referenciais de identidade profissional e pessoal.

Essas auxiliares se percebem fazendo coisas que não gostariam de fazer: contenção e jejum da usuária por tempo maior do que pensam ser justo, ou não fazendo coisas que deveriam ser feitas, como por exemplo, uma abordagem humanizada e administração da medicação prescrita. Essa situação composta de impedimentos e contrariedades impõe ao trabalho um estado de tensão contínua e um custo psíquico maior do que a execução da prescrição.

ENFERMARIA

Em uma das minhas visitas iniciais...

A supervisora veio à enfermaria para ver se estava tudo bem, isto porque havia chegado uma pessoa super agitada do Pronto Socorro para a internação no LDM, contida e sem medicação. A auxiliar de plantão estava sozinha e o enfermeiro da SAMU ia desamarrar o homem e deixá-lo lá no LDM.

Bem, o usuário estava sem a prescrição do medicamento e também sem a da contenção. Para conter, o médico deve prescrever. Então ela (auxiliar) não deixou o enfermeiro desamarrá-lo e pensou: - O que vou fazer? Descer dois andares, ir até ao Pronto Socorro, que é na parte da frente do hospital, ou seja, longe, e pegar a prescrição deixando este enfermeiro aqui com os outros pacientes? Desamarrá-lo?... Coisa fácil de resolver...

Então esta auxiliar me falou: - Uma colega da outra enfermaria foi até ao Pronto Socorro e pegou a prescrição

da medicação e eu não deixei o enfermeiro desamarrar o homem enquanto a medicação não foi dada.

Só se pode analisar o modo que o trabalhador exerce suas atividades levando em conta as ferramentas que ele tem ao seu alcance. Essas ferramentas são a prescrição, a sua experiência, os pares, e a memória coletiva.

Na situação relatada acima alguns recursos que esta auxiliar poderia lançar mão para exercer as suas funções com eficiência não estavam ao seu alcance. Dentre esses a prescrição da medicação e outra pessoa da equipe na mesma enfermaria.

A falta da prescrição, na forma que se apresenta nesta situação é decorrente da necessidade que as mudanças na organização do trabalho e a instalação de novas tecnologias ainda têm em se desenvolver neste meio de trabalho. E a condição de precariedade na área de recursos humanos exige que esses trabalhadores dispensem ainda mais iniciativa na resolução dos problemas, pois muitas vezes estes auxiliares trabalham sozinhos nas enfermarias.

Os sucessos e os fracassos que compõe o registro das experiências na atividade de assistência desta auxiliar nos parecem que foram a base para que ela impedisse o enfermeiro da SAMU desamarrasse o homem, antes da medicação ser dada. Os laços de cooperação construídos com a auxiliar de outra enfermaria e a memória coletiva desta equipe, que também é composta de experiências anteriores de sucesso ou não, possibilitaram a ela pedir ajuda à colega para pegar a prescrição no Pronto Socorro.

Desta forma, sem a prescrição da medicação e sem outra pessoa trabalhando no mesmo setor, a sua atividade de cuidado fica impedida pelos atravessamentos que sofre do meio.

Independente do registro das experiências anteriores dos gestores e dos operadores que são acopladas no uso das novas tecnologias existe as variabilidades de cada situação que são imprevisas pelos responsáveis do projeto. Este caso nos parece que esta imprevisibilidade está na organização dos serviços para o uso da nova tecnologia da mini equipe pela equipe de enfermagem. Dito de outra forma, não houve uma previsão de que ao se deslocar o médico responsável pelo atendimento dos usuários internados para as equipes de referência, o acesso

aos mesmos, no caso de algum usuário precisar de atendimento de emergência ficaria impedido, mas parece que esta situação de dificuldades no acesso aos médicos, está registrada nas experiências desses trabalhadores: “- Aquela coisa de sempre...”

Nesta situação a auxiliar iniciou o seu trabalho - a sua luta - agindo sobre a atividade do médico que não prescreveu a medicação, sobre a atividade rival do enfermeiro que iria desamarrar o usuário, avaliando os entraves que a precarização do meio coloca como, por exemplo, a falta de outra pessoa da equipe de enfermagem no mesmo setor e como superá-los.

Para poder agir, ou seja, para poder prestar os cuidados necessários a auxiliar teve que liberar-se do pressuposto da prescrição para assistência ao usuário que chega do Pronto Socorro, que é fazer o acolhimento inicial. No entanto teve que manter o homem contido e contar com cooperação do enfermeiro em não desamarrar o usuário e também contar com a ajuda de uma colega, da outra enfermaria, para ir até o Pronto Socorro e pegar a prescrição da medicação.

A equipe de enfermagem tem o seu papel ocupado na assistência construído de forma tal que se colocam na postura de um ofício coadjuvante no cuidado dos corpos, na preparação dos mesmos para que o médico possa agir. Na psiquiatria o papel histórico da enfermagem foi o de cuidar dos corpos contendo-os, disciplinarizando-os.

Neste momento em que o hospital psiquiátrico está passando por um momento de transição na cultura da assistência em saúde mental, esta mudança acarreta também mudanças na cultura do trabalho. Quando não é possível fazer com que a organização do trabalho se harmonize com as novas tecnologias de cuidado e que se estabeleçam satisfatoriamente, o trabalho recrudesce. Então se volta a conter os corpos de forma mecânica.

A mudança da cultura na prestação da assistência em saúde mental diz que não seria preciso mais conter, nem mecânica nem quimicamente. Os diversos dispositivos de cuidado que estão sendo construídos têm como objetivo prestar a assistência de forma que a subjetividade do usuário deva estar ‘livre’ para participar ativamente do seu projeto terapêutico, mas para tal não se deve impregná-lo de medicamentos.

Se não mais dispomos de remédios e faixas para conter, o que colocamos no lugar? Então, o que a enfermagem deve fazer, no lugar de contê-los? Deve abordá-los de forma humanizada, mas como fazê-lo quando se está só na enfermaria com 18 pessoas internadas? Como fazê-lo quando não há prescrição de nenhuma medicação?

Regulações que o trabalhador faz

Nos relatos a seguir faremos a análise da atividade de cuidado direcionada para as interferências **que atingem as prescrições de cuidado e atenção** no desenvolvimento das atividades destes trabalhadores. Essas interferências alcançam as prescrições através das regulações nas ações de cuidado prestado aos usuários do hospital pelos auxiliares de enfermagem e também através dos outros profissionais que tem suas ações direcionadas para o setor de assistência.

COLEGIADO

A enfermeira falou de uma experiência com uma usuária que estava muito agitada e que 'ninguém' conseguia segurar. Quando ela viu a situação falou: "Ah! Meu São Jorge!". Quando ela falou isso, a usuária parou e olhou para ela, a supervisora aproveitou que ela 'deu atenção às suas palavras' e falou: "Você não queira ver quando o dragão do São Jorge monta em mim!". Depois disso, não foi preciso nem contê-la, ela se acalmou.

Diante da situação no hospital psiquiátrico em que o usuário se agita, o que não é necessariamente algo imprevisível, e a relação desta situação com a impossibilidade de acesso ao atendimento médico e este sim pode ser visto como um imprevisto no meio hospitalar, estamos diante de um impasse: O que fazer com esta imprevisibilidade na organização dos serviços? E de uma escolha: qual recurso usar para dar continuidade à atividade de assistência ao usuário agitado?

A equipe de enfermagem tem a sua atividade na assistência impedida, quando um usuário se agita e o médico de plantão, ou o que compõem a mini equipe, não está disponível para atender à solicitação de assistência.

Acrescido a esses imprevistos, existe a condição neste hospital da insuficiência de recursos humanos, o que acarreta uma sobrecarga nos auxiliares. Estes trabalhadores muitas vezes se encontram sozinhos nas enfermarias. Nestas circunstâncias, o auxiliar fica impossibilitado de fazer uma abordagem ao usuário nos moldes das diretrizes Reforma Psiquiátrica.

Que recursos para ação foram usados nesta situação? Na falta de recursos humanos e materiais, provavelmente, o recurso foi o saber da experiência prática de que só uma ameaça 'vinda do além' para segurar uma usuária agitada. E nos setores de serviço, como a assistência, o objeto das ações de cuidado é um ser humano, e este fato convoca aspectos pessoais.

Então, essa mistura do pessoal com o profissional acontece com frequência neste campo dos serviços. Fazer essa separação entre as atividades pessoais e as atividades profissionais é mais difícil.

As ações por mais contraditórias que pareçam de alguma forma, possuem sentido para o trabalhador em um meio de trabalho que é marcado por constantes imprevistos, como o hospital psiquiátrico.

Muitas vezes responder de pronto a essas situações inesperadas com eficácia, para se manter o controle da situação, é necessário recorrer a uma mobilização inesperada do corpo, sem que isso signifique falta de pensamento.

Dejours (1993, p.289), nos fala sobre a inteligência prática: "O seu uso desempenha um papel importante na forma de modelizações práticas e representações metafóricas do funcionamento técnico".

A categoria enfermagem mantém uma proximidade maior com o estilo de vida dos usuários dos serviços e isto se torna um ganho a mais na hora em que se precisa ter à mão diferentes recursos de intervenção.

Como nos fala Yves Clot em uma conferência ministrada na UFF (Niterói):

"As aptidões não estão de início no sujeito, mas estão nos problemas postos pela situação. É o que faz com que, quando se emprega alguém, diz Faverge, quando se emprega alguém em um posto de trabalho, não se pode absolutamente prever como ele vai trabalhar, porque esse sujeito na situação vai ser obrigado a reinventar as aptidões que ele não tem, ele vai encontrar nas situações razões para criar uma nova competência, novas aptidões".

Essa ação corresponde a algumas questões colocadas por Dejours, como características da inteligência prática. Uma dessas características é a capacidade de 'dar' "mais importância aos resultados da ação do que aos caminhos utilizados para se alcançar os objetivos (...). A experiência precede o saber" (1993, p. 280). E a outra característica é o seu poder criador.

A ação espontânea de recorrer a "São Jorge", fez surgir diante da enfermeira uma nova possibilidade que foi descoberta no curso da sua atividade de atenção à mulher que se agitava e em situações como essa em que se lança mão da inteligência prática não se é possível saber previamente os efeitos de seu uso.

Como nos aponta Danielou (2006), temos aqui uma situação em que a prescrição não pode ser cumprida 'ao pé da letra' e as regulações são desenvolvidas pelos auxiliares de enfermagem, trabalhadores de base, que tem a responsabilidade de realizar a tarefa.

A proposta de uma clínica ampliada propõe que o foco da atenção seja a subjetividade do usuário. Da mesma forma a subjetividade dos técnicos é convocada na forma de atenção, de implicação, da iniciativa e da comunicação.

A mudança da cultura do trabalho no hospital solicita outras competências diferentes daquelas às quais os trabalhadores de enfermagem foram preparados na sua formação profissional, como subordinação hierárquica e docilidade para cuidar do corpo ou do sintoma.

Mas como é solicitada a subjetividade dos trabalhadores para desempenharem as ações de cuidado sem terem autonomia para agir, esta que é limitada por uma divisão social do trabalho tão forte?

ENFERMARIA

As auxiliares estavam reorganizando e separando a enfermaria feminina do LDF, após o término das obras... Aproveitei para ler o livro de ocorrência da enfermagem. Pude observar que desde o mês de abril (estamos em junho), anotações relativas a usuárias que estiveram internadas sem medicação e que havia sido solicitada para o médico plantonista a prescrição, sem resposta, apenas uma vez, porém eu mesma já presenciei esta situação por, pelo menos, três vezes.

Por que será que não anotam?

À medida que a pesquisadora, neste momento em que está na fase de observações iniciais, se faz a pergunta: "*Por que será que não anotam?*" há uma escolha política no uso de perguntas como um motor, para se ter uma compreensão ativa da situação e não somente um transplantar-se para o campo de pesquisa,

Essa 'economia' da escrita no livro de ocorrência pode ser decorrente de muitos fatores. Um deles pode ser até a dificuldade (em todos os sentidos) em escrever, pois percebi que em alguns plantões o técnico escreve o mínimo, sempre.

A atividade de escrever no livro de ocorrências, para a enfermagem é uma das atividades que pode ser citada como exemplo de **atividade triplamente dirigida**. Ela é uma atividade dirigida **por meio do objeto** da tarefa, que é o registro dos acontecimentos do plantão. E para que esses registros são importantes? São importantes **para os outros trabalhadores** na troca dos plantões; para a supervisão que pode usá-lo como documento, na ocorrência de alguma imprevisibilidade... **O registro que está sendo feito é uma atividade dirigida aos outros que virão no plantão a seguir, ao mesmo tempo de já ter sido destinatária da equipe que escreveu o registro anterior.** Porém a forma que é escrita, detalhada ou econômica, omissa ou completa, pode ser influenciada pela função que este registro exerce para aquela equipe de enfermagem. Para que vou registrar isso dessa maneira e não de outra? Alguém irá ler? E se alguém ler, o que fará com isso? Ou comigo?

As relações sociais são caracterizadas por uma forte divisão social entre os trabalhadores que concebem (médicos, psicólogos, enfermeiros) e os que executam (técnicos e auxiliares de enfermagem) as tecnologias. Esta divisão dificulta as regulações que são necessárias durante a execução da atividade de assistência,

pois os técnicos e auxiliares de enfermagem têm pouca autonomia para intervir na organização e na dinâmica da assistência.

Devido a esta característica marcante na divisão social do trabalho, possivelmente os auxiliares e técnicos em enfermagem optam em não escrever no livro de ocorrências esta imprevisibilidade no acesso ao recurso da mini equipe ou ao médico plantonista, quando um usuário se agita na enfermaria.

A opção de omitir do livro de ocorrências o fato de não ter conseguido o atendimento médico a um usuário que se agita, pode ser visto como uma escolha feita baseada nos valores que estão inseridos na experiência do auxiliar de enfermagem e que tem uma relação direta com a forte divisão social do trabalho, onde o auxiliar está numa posição de subordinação ao técnico de enfermagem, a chefe de enfermagem e ao médico.

Apreamos que a margem de regulação da equipe de enfermagem na organização do serviço de assistência é pequena. Esta condição é observada na medida em que o acesso ao médico da mini equipe e ao plantonista do Pronto Socorro ficam indisponíveis como recurso de prestação da assistência. Então como regular algo que sua elaboração e o seu uso estão impedidos?

As relações de cooperação

Nos relatos a seguir faremos a análise da atividade de cuidado direcionada para as interferências **sofridas pelos outros (profissionais e usuários)** no desenvolvimento de suas ações. Essas interferências chegam a esses outros componentes da atividade de assistência através dos objetivos da atividade de cuidado e também através do auxiliar de enfermagem.

COLEGIADO

Quando cheguei à enfermaria, elas (auxiliares) falaram que eu deveria ter chegado na parte da manhã, pois eu “teria material para a pesquisa” (sic), pois uma

usuária do ambulatório foi até à enfermaria. Segundo as auxiliares, ela estava muito agitada e não havia sido atendida no ambulatório. Desta forma, chegou agredindo verbalmente a todos na enfermaria.

As auxiliares me contaram que: “Ela levantou a cadeira para jogar na enfermeira-chefe, daí as quatro auxiliares seguraram-na para que fosse possível fazer com que a chefe da enfermagem lhe aplicasse uma ‘gravata’ (golpe de imobilização), porém a enfermeira não conseguiu segurá-la por muito tempo, pois a moça era muito grande e tinha muita força.

Então, a enfermeira pediu ajuda a uma auxiliar mais ‘forte’ para que a substituísse no ‘procedimento’ e as outras auxiliares ajudaram-na. De um lado a supervisora, que tentou abordá-la sem resultados, de outro uma auxiliar que havia sido alvo de um tapa no rosto.

As três desceram as escadas com a usuária se agitando e levaram-na até ao Pronto Socorro, de onde, segundo a equipe de enfermagem, ela não poderia ter saído sem atendimento:

- Como a deixaram, neste estado, passar pelo pátio e chegar até a enfermaria? Pergunta feita pela enfermeira chefe.

ENFERMARIA

Hoje também, está no LDF uma moça que esperava transferência para outro hospital e que também teve que ficar contida no leito, pois a medicação que haviam dado a ela não a acalmou, porém outra que estava na mesma enfermaria, a desamarrou e ela estava muito agitada.

As auxiliares entraram na enfermaria (quarto) e foram levar o lanche, mas ela não conseguia nem comer apesar de estar com muita fome. Entornou o leite no chão, que ficou escorregadio, e com a força que fazia para sair do quarto escorregava e caía com o rosto no chão, correndo o risco de se machucar. Teve que ser contida por mais duas vezes, pois na primeira vez ela arreventou a faixa de contenção.

Nas duas vezes da contenção, o segurança teve que

vir ajudar, e elas (auxiliares) falaram que se não fosse o pessoal da segurança elas estariam perdidas, pois eles sempre ajudam quando elas precisam.

Inclusive os seguranças possuem o título: “melhor amigo da enfermagem”

Percebemos nestes momentos os laços de parceria que foram construídos entre a própria equipe e com a outra categoria profissional - os seguranças - na tentativa de dar conta, com eficácia, da falta de recursos humanos na equipe de enfermagem e também com a impossibilidade do recurso da medicação.

Bem, temos aí um ‘recurso para ação’, os laços de cooperação com os seguranças, não prescrito e ‘ilícito’ para dar conta de um imprevisto.

Laços de cooperação não são prescritos, eles são construídos ao longo do tempo através das relações de confiança que são estabelecidas. Nesta situação relatada, a confiança ocorre entre categorias profissionais que se constituem por regras semelhantes. A enfermagem, historicamente cumprindo a função de ‘disciplinar corpos’, e a os guardas que mantém a ‘disciplina’ nos espaços.

Em relação ao sentido dado às transgressões na enfermagem, Molinier nos coloca que “não é a transgressão em si que é julgada, mas seu grau de pertencimento à esfera do *care* e do zelo”. Desta maneira, o recurso da contenção para a enfermagem pode ter sentido em uma situação para uma determinada pessoa e em outro momento não mais, de acordo com o cuidado que julga possível oferecer a quem ela, auxiliar de enfermagem, está dirigindo as suas atividades.

A ação de cooperação entre a enfermagem e os guardas, que serve temporariamente de ponto de equilíbrio, vem do trabalho que esta equipe de enfermagem faz sobre o conflito na organização da assistência no hospital, sobre o conflito dos outros trabalhadores que pertencem às mini equipes que não prescreveram ou não acompanharam estas usuárias, sobre os conflitos próprios da enfermagem no que se refere a falta de pessoal. Ou seja, sobre os três pólos da atividade que recortamos para análise.

ENFERMARIA

Ao chegar à enfermaria feminina, que na época estava no mesmo espaço que o LDF, uma auxiliar me falou que a usuária que estava fechada no quarto, veio do Pronto Socorro só com a prescrição de SOS, e isso foi há três dias, e ninguém veio examiná-la até agora.

Ela está super agitada e o SOS não faz o menor efeito. Da janela do quarto ela está jogando água do vaso sanitário nas outras usuárias que passam pelo corredor.

Então, por conseqüência, as outras que estão internadas querem tomar banho e trocar de roupas a toda hora, fato que fez a remessa de roupas enviada pela lavanderia ser insuficiente. O pessoal da limpeza passou o dia limpando o corredor (em vão), pois ela (usuária) não para de jogar água.

E para completar, outra mulher que está internada no LDF, que não usa a roupa do hospital, também ficou com a roupa suja, e não só por este motivo, foi para o pátio sem roupa. O que já havia ocorrido outras vezes.

Quando ela chega ao pátio, os guardas ligam para a enfermaria e pedem à enfermagem para irem buscá-la, pois eles não conseguem convencê-la de voltar e nem podem 'colocar a mão nela' para trazê-la de volta.

A auxiliar, por sua vez, não pode sair da enfermaria, pois com pouca gente trabalhando (neste dia ela estava só), quem iria ficar no seu lugar? A auxiliar ficou irritada com esta situação, pois ela falou: “- Será que o doente é só da enfermagem? Não tem um médico? Um residente? Psicólogo? Nada que possa pegar a fulana para trazer para cá? Só a enfermagem?”

No intercâmbio mantido entre os trabalhadores que compõe as equipes interdisciplinares: médico, psicólogo, enfermeiro, é por onde os auxiliares de enfermagem deverão penetrar para trabalhar no momento de prestar assistência aos usuários agitados.

Os auxiliares tentarão 'compreender' o que os outros profissionais da equipe, e em particular o médico, esse quem prescreve os procedimentos a serem seguidos,

procuram fazer por meio da sua frequência de visita ao usuário, por meio da prescrição da medicação ou através daquilo que eles deixaram de fazer.

As auxiliares, em contrapartida, convocam várias possibilidades do objeto que é o cuidado: ligam para o médico, solicitam os guardas e imobilizam as usuárias agitadas. Para poder, de alguma maneira, agir em função do que precisa ser feito.

Assim, a atividade dessas auxiliares é sempre dirigida a vários interlocutores simultaneamente: aos guardas, aos médicos, ao usuário, aos seus pares. Sendo ela mesma, antes das ações de cooperação, destinatária da atividade dos médicos.

Diante do seu trabalho, a auxiliar busca nos recursos da sua experiência prática, conferir um balizamento a essas múltiplas atividades de que é ponte de interseção e nas quais se multiplica a sua atividade de cuidado. Desta forma, percebemos que agir nestas situações é também atravessar as atividades dos outros: guardas, pares e médico, o que favorece uma sobrecarga.

A mudança de tecnologia no cuidado aos usuários que acompanha as propostas da assistência na Reforma Psiquiátrica provoca novos dilemas não resolvidos.

A manutenção da saúde no trabalho depende dos recursos que esses trabalhadores têm para fazer as escolhas entre as diversas possibilidades que a atividade apresenta. Neste momento de transição tecnológica em que as antigas formas de cuidado em saúde mental, como a contenção, sobrevivem ao lado dos novos dispositivos como a mini equipe e o conceito de clínica ampliada, talvez estes trabalhadores vivam momentos em que precisem fazer escolhas entre opções contraditórias

Caso este trabalhador se encontre em um meio precário, frente a frente com as prescrições, como a de solicitar a presença médica à enfermagem em caso de alguma intercorrência com um usuário, sem sucesso e tenha à mão somente seus recursos adquiridos através das suas experiências pessoais no trabalho que indicam nesta situação de agitação, o procedimento da contenção, pode ser que ocorra uma sobrecarga psíquica.

Por sua vez, dentre as possibilidades de escolha que estejam ao seu alcance, algumas delas podem requerer que sejam feitas regulações à prescrição, como recorrer aos guardas ou a um colega, já que há o impedimento de se acessar o médico, para que se consiga fazer o que deve ser feito, com os recursos que se tem à mão, de uma maneira eficaz.

Seguindo no mesmo caminho, as imprevisibilidades que ocorrem no desenvolvimento da atividade de cuidado, para se tornarem possíveis de resolução, devem contar com a parceria durante as negociações, dos diferentes ofícios que têm suas atividades convergindo para o mesmo objeto.

Durante essa fase da pesquisa, não foram relatadas ocasiões em que os auxiliares de enfermagem participaram do projeto de construção dos novos dispositivos de cuidado, como a mini equipe, que estão sendo implantados neste hospital.

Os laços de parceria desta equipe se tornaram visíveis e materiais através da mobilização desses trabalhadores ao construírem e sustentarem um espaço de trocas e de discussões sobre trabalho ao qual eles denominaram Colegiado de enfermagem.

CAPÍTULO IV

O Coletivo de trabalho

4.1. O coletivo de trabalho e seus meios de desenvolvimento

Em março do ano 2008 instalou-se, como foi dito no Capítulo II, o Colegiado de Enfermagem. Esse foi proposto como espaço de debate sobre o trabalho e de deliberação coletiva da equipe, descentralizando parcialmente as decisões. Na linguagem da Clínica da Atividade, aquele pode se constituir em espaço/tempo de desenvolvimento do ofício e de elaboração de recursos para a ação.

No capítulo anterior tratamos dos impasses que se colocam na assistência ao paciente agitado. Neste será focado o modo como o tema veio à baila no Colegiado, e como alguns movimentos foram suscitados com a interferência deste novo interlocutor que é a pesquisadora.

Dentre as novas tecnologias de gestão que estão sendo implantadas neste hospital psiquiátrico, como já colocamos no Capítulo III, está a mini equipe. Para que funcione e consiga atender aos usuários que estão internados, de acordo com a indicação da atenção psicossocial, a sua dinâmica de funcionamento deve estar coordenada de forma harmônica ao Pronto Socorro e às enfermarias.

Quando uma pessoa chega à emergência deste hospital é atendida por uma equipe de acolhimento. Nesta hora, de acordo com a área em que este usuário reside, será determinada a mini equipe responsável por acompanhar o usuário em seu projeto terapêutico.

Como já foi dito, o funcionamento prescrito para o uso desta ferramenta pela equipe da enfermaria é que, caso haja alguma intercorrência e nesta hora nenhum técnico que pertença à mini equipe responsável pelo usuário esteja no hospital, é indicado que se recorra ao médico plantonista do Pronto Socorro para que se torne possível ao auxiliar de enfermagem prestar o atendimento devido, de acordo com a prescrição.

Mas nem sempre ao ser comunicado, o plantonista atende ao chamado com a urgência necessária. A atividade de assistência, na emergência, entra em concorrência com a atividade de assistência aos usuários internados. Para o médico plantonista atender ao chamado da enfermaria significa deixar de fazer outra coisa, como atender aos que chegam à emergência, ou mesmo interromper seu (necessário) descanso, etc.

Na prescrição de cuidados e atenção, elaborada em acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, no momento em que o usuário se agita, deve-se disponibilizar uma atenção mais próxima a essa pessoa. Este procedimento é executado através da acolhida que pode ser prestada pela enfermagem ou pela equipe de referência a que este usuário se encontra vinculado.

Essa equipe de enfermagem, composta de auxiliares e de supervisores por hora, não obteve sucesso em desenvolver um modo satisfatório para lidar com a situação, assim o curso de suas ações na atividade de cuidado fica impedida. Desta forma, não conseguem medicar por não ter a prescrição médica⁴⁰; não conseguindo tampouco resolver a situação por meios relacionais, usam a alternativa que

⁴⁰ Formalmente, por sua habilitação, o enfermeiro pode fazer prescrições de enfermagem. Mas parece que na psiquiatria isso é pouco considerado.

consideram como a única que resta: conter o usuário sem a prescrição médica. Diante da transgressão de fazer a contenção sem estar prescrita, esta equipe precisa manter o silêncio e correr o risco de arcar com a carga emocional de suas escolhas não darem certo.

Quando a enfermagem prende o paciente e esconde o fato, isso tem efeitos de subjetividade; e caracteriza-se aí a atividade impedida. Impedida e solitária – ou talvez, impedida porque solitária - já que não há debate com a equipe interdisciplinar e o debate na própria equipe de enfermagem não vem sendo suficiente.

Na primeira reunião do Colegiado de enfermagem em que estávamos presente - a segunda realizada por esses trabalhadores - foi apresentada a estrutura do Colegiado e as categorias de profissionais que o compõem (Quadro 8). Cada setor do hospital está representado por dois trabalhadores da enfermagem de cada categoria. Os setores da assistência que participam são os seguintes: Pronto Socorro, UTA, Enfermarias e Leitos Diagnósticos.

As categorias dos trabalhadores foram assim denominadas: Chefia de enfermagem como gerenciadores; Supervisores de enfermagem como coordenadores e Auxiliares de enfermagem como auxiliares de coordenação e seus respectivos suplentes.

A iniciativa de construção desse espaço de discussão teve reflexos no hospital. Trabalhadores de diferentes categorias profissionais e até de funções que não tem relação direta com a assistência aos usuários foram convidados a participar ou mesmo perguntaram se poderiam participar das reuniões. São eles técnicos da administração, da farmácia, representantes do serviço de limpeza, da associação dos funcionários do hospital, do COREN/COFEN

Na primeira reunião que estávamos presente, ficou decidido que profissionais de outras categorias profissionais poderiam participar em tempo parcial das discussões, pois desta forma seria “mantida a liberdade no espaço coletivo da enfermagem”. Mas essa regra não foi estendida ao nosso grupo de pesquisa. Nós participamos por tempo integral por essa e por todas as outras reuniões em que estávamos presente.

O movimento de construção do Colegiado, a meu ver, é um exemplo da força dos valores de solidariedade e confiança que existem entre esses trabalhadores, e é

marcado também pelo movimento de busca de autonomia para analisar os seus próprios processos e a sua relação com o meio de trabalho.

O Colegiado de enfermagem pode ser visto como um espaço para gestão coletiva. Um espaço construído para se trabalhar junto, para se delimitar objetivos comuns a se atingir e se transformar as situações de trabalho. Usaremos aqui a definição de gestão participativa de Antonio Davis Cattani (2002, p.140) que diz:

“Por gestão participativa entende-se aquelas situações nas quais os trabalhadores diretamente ou por delegações, estejam investidos da capacidade de decisão na organização do trabalho, eventualmente nos procedimentos administrativos e comerciais”.

Na reunião do mês seguinte, a terceira na qual o grupo se reunia, a chefe do serviço perguntou o quê os participantes estavam achando do Colegiado: a resposta foi positiva. Ela então afirmou que também acreditava que o mesmo já estava funcionando, mas precisaria formalizá-lo. Para isso ela estava propondo que definissem a missão da enfermagem neste hospital, o que essa enfermagem gostaria de ser e alcançar e o que a mesma precisaria fazer para atingir tais objetivos. O Colegiado definiu a missão da enfermagem deste hospital como sendo “a promoção da qualidade de vida, implementando cuidados integrais em saúde mental, fundamentados em elevados padrões éticos, com ações orientadas à reabilitação psicossocial e promoção de saúde da clientela, família e comunidade” O grupo definiu que gostaria de “ser um serviço de enfermagem referência para a rede”. Já em relação ao que deveria ser feito para se alcançar estes objetivos, a chefe do serviço estabeleceu o prazo máximo de três meses para que todos os setores, com os seus respectivos supervisores, reconstruíssem os protocolos de procedimentos e atribuições da enfermagem. Algumas enfermeiras se queixaram por ter que fazer isso mais uma vez; questionaram onde estava o que elas haviam produzido anteriormente, porém a chefe informou que já havia procurado este material e que não o havia encontrado.

Na atividade do Colegiado faz-se do pensamento coletivo, do trabalho coletivo, um instrumento para a ação no dia a dia das enfermarias, para aumentar o poder de

agir destes trabalhadores em um contexto em que falta pessoal, no qual há necessidade de se fazer um melhor desenvolvimento na instauração das tecnologias de cuidados através de conversas na equipe interdisciplinar e na reestruturação da organização dos serviços de assistência.

Essa iniciativa da equipe de enfermagem em constituir um espaço coletivo de resolução de problemas e de discussões sobre o trabalho pode ser vista como uma consequência das várias tentativas de constituição de espaços de discussão para ou por essa equipe de trabalho desde os anos 80 e que são lembradas⁴¹ até hoje. Elas foram narradas por trabalhadores que exercem diferentes funções neste hospital. Algumas dessas iniciativas estão apontadas no quadro 6.

A construção do Colegiado pode ser visto como uma conquista dos auxiliares de enfermagem por maior consideração referente ao seu saber-fazer na organização das tarefas e nas decisões coletivas. Há, portanto, uma descentralização da autoridade através da iniciativa da atual gestão da enfermagem. A chefe do serviço afirmou que *“o Colegiado de enfermagem foi formado para que decisões sejam tomadas mesmo quando eu não esteja presente”*.

E esta oportunidade de inserção que os auxiliares de enfermagem estão experimentando neste espaço de comunicação e trocas, minimiza as dificuldades nas relações entre as diversas subcategorias (auxiliar, técnico, enfermeiro), como também demonstra a confiança e o reconhecimento, por parte da chefia de enfermagem, pelo trabalho que é desenvolvido. O trabalho no sentido das arbitragens que são necessárias para a adequação da prescrição em um meio tão complexo como o hospital psiquiátrico.

Veremos mais adiante que com isso os diferentes trabalhadores da equipe de enfermagem estão podendo coletivamente assumir responsabilidades pelas decisões tomadas. (Cattani, 2002).

Dejours (1993) nos coloca que existem alguns fatores que são imprescindíveis para que haja a mobilização coletiva nos grupos de discussão sobre trabalho. São eles: o reconhecimento e as relações éticas.

⁴¹ Essas lembranças estiveram presentes em todos os momentos da pesquisa: nas entrevistas, nas conversas nas enfermarias e no colegiado.

A mobilização coletiva possibilita o desenvolvimento da atividade através dos diálogos entre auxiliares, supervisores e chefes que compõem a equipe de enfermagem.

Desta forma pode-se deduzir que antes da materialização do Colegiado já existia no coletivo um trabalho, um acúmulo de experiências sobre os procedimentos de cuidado que é reconhecido pela atual chefe de enfermagem.

Em alguns momentos, a relação da enfermagem com os outros setores do hospital foi colocada em questão no grupo e estas falas apontaram para como, muitas vezes, esse lugar ocupado pela enfermagem no hospital é de difícil manejo, em especial para a chefe, pois essa é quem faz a intermediação administrativa entre esse serviço e os outros setores do hospital.

ENTREVISTA

Definição de uma enfermeira sobre o que representa uma chefe de enfermagem para uma equipe: “Aquela chefe de enfermagem pode não ser a chefe ideal para eles, mas eles reconhecem que ela é a pessoa quem vai estar conduzindo todo o processo de trabalho deles... É a quem eles vão se dirigir a qualquer momento... podemos pensar que é com quem eles se sentem protegidos , é quem vai defendê-los, eles usam muito isso: “Temos um enfermeiro chefe para nos defender”.

Apesar de, tradicionalmente, a chefe ser vista como a que “defende os auxiliares”, neste ‘lugar comum’ que é o Colegiado, a afirmativa que vem a seguir de uma auxiliar de enfermagem traz à luz os valores, e de certa maneira a solidariedade que está consolidando as relações destes trabalhadores:

COLEGIADO

A auxiliar de coordenação falou para ela que decidisse tudo no colegiado, pois segundo ela: - “Nós não queremos que você (chefe do serviço) ‘apanhe’ sozinha”.

Diante destas enunciações: “Chefe para nos defender”, “Não queremos que você apanhe sozinha”, nos ocorrem as seguintes perguntas: defender? - mas qual é o ataque que esses trabalhadores estão sentido, em especial na relação com a administração do hospital? Estas questões serão desenvolvidas mais adiante

COLEGIADO

Nesta reunião apareceu novamente a questão da enfermagem com os outros setores do hospital. Uma das enfermeiras disse que os enfermeiros servem como “leões-de-chácara” no hospital e que são os braços da psiquiatria.

O ofício dos trabalhadores da equipe de enfermagem, através das mudanças tecnológicas que estão sendo implantadas de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, está em transformação. Estes trabalhadores estão passando de um ofício historicamente ‘coadjuvante’ ao ofício do médico para um ofício criador.

Os auxiliares de enfermagem partem de uma equipe em que as relações de subordinação estão dando lugar a relações de cooperação, ao mesmo tempo em

que o ofício coadjuvante não faz mais sentido, e o ofício criador ainda não foi desenvolvido.

A enfermagem psiquiátrica exerce o ofício de forma coadjuvante quando, ao exercer as suas atividades, esses trabalhadores reforçam a lógica médica em detrimento das propostas inter ou transdisciplinares. Esta equipe de enfermagem se encontra em um embate político entre a reprodução dos modos de vida, impossibilitando os processos de singularização ou de promoção desses processos, no limite de suas possibilidades.

ENTREVISTA

Relato sobre uma das tentativas de mudança, nos anos 90, na organização dos serviços neste hospital: “Foi quando a gente montou as equipes, todo mundo trabalhando junto nas enfermarias, todo mundo dando horário aqui, cobrando a presença das pessoas, porque praticamente era a mesma coisa: os médicos chegavam passavam uma vista, vinha, faziam um e outro grupo e ‘zup’, iam embora e a enfermagem ficava de plantão.

Ainda hoje você vê pouca presença física de profissionais ali, isso é uma briga minha o tempo todo. Eu digo que aqui no hospital tem um tanto de hospício, um tanto de não hospício... Então isso é uma lógica muito acirrada no cotidiano, se você não muda isso no dia -dia, se você não tem um grupo de profissionais, uma gerência preocupada com isso, você vai... Você mexe em um detalhezinho... E por um lado isso vai se reproduzindo porque ainda hoje os profissionais passam vista. Você vai me ver falando, como eu sempre falo nas reuniões aqui: “Enquanto os profissionais passarem a vista na enfermaria, não vai mudar, vai ser sempre um hospício. Os profissionais têm que visitar os pacientes... E não passar a vista.”

A oportunidade de experimentar uma gestão menos centralizadora pode ser positiva como um potencializador no surgimento das renormatizações, nesse momento de transição entre as velhas e novas e tecnologias. A mudança de tecnologia no cuidado aos usuários, que acompanha as propostas da assistência na

Reforma Psiquiátrica provoca novos dilemas. E o espaço de discussão do trabalho é um importante dispositivo para a concepção, a elaboração, e o desenvolvimento tecnológico em ocasiões de mudanças. “A conversa é um efeito provisório e coletivo de competências na arte de manipular ‘lugares comuns’ e jogar com o inevitável dos acontecimentos para torná-los “habitáveis”. (Certaú 1994, p 50).

As situações em que se considera imprescindível conter, desrespeitando a regra de só fazê-lo com prescrição médica, foi trazida como um dos maiores problemas enfrentados pela equipe de enfermagem.

Esses novos caminhos que possivelmente serão abertos após esta situação ser colocada em questão no Colegiado, só serão possíveis de ser pensados, construídos e reintegrados ao cotidiano de trabalho em um meio fortalecido com os laços de confiança e solidariedade, componentes que integram as relações de cooperação.

“É durante essas reuniões de trabalho coletivas, com a participação dos operários e seus chefes imediatos, que se anuncia toda uma série de problemas concretos desconhecidos, relacionados com as dificuldades da organização do trabalho, com os riscos psíquicos e com as questões éticas que essa organização implica”. (Dejours, 1993)

Para se livrar deste peso, esta recorrente situação deve deixar de ser uma manobra secreta, a mesma deve ser revelada neste Coletivo e discutida, o que fará com que se torne possível a articulação de estratégias coletivas que promovam a reorganização da assistência nas enfermarias e nos LDs.

Ao comentar o assunto no Colegiado os trabalhadores da enfermagem arriscaram-se a tirar do anonimato as saídas encontradas para superarem este impasse nas suas ações. Então é revelado para os que estão na reunião, colegas de outros setores ou plantões e para a chefe do serviço, o fato de que não se anota no livro de ocorrências todas as vezes em que há uma demora no atendimento pelo médico plantonista e conseqüentemente o usuário é contido. Um segredo de polichinelo é revelado.⁴²

Desta forma foi possível abrir, não sem tensão, novas possibilidades para o desenvolvimento desta atividade de cuidado quando o usuário se agita e o médico não chega a tempo. Esse grupo se autoriza a discutir a assistência quando põe em

⁴² A expressão designa aquilo que todos já sabem, o que deixou de ser segredo, que já é de conhecimento público apesar de alardeado como novidade.

debate a situação de contenção. No dia a dia, na ação individual, reforçada pelas relações de hierarquia, esse debate não é possível.

A escolha de não anotar no livro de ocorrências da enfermagem o fato do médico não responder ao chamado para fazer o atendimento ao usuário, pode estar relacionada com a subordinação em que esses auxiliares estão inscritos. Quando escolhem não dar visibilidade ao fato, é estabelecido entre os auxiliares e a supervisão um laço de cumplicidade. Estes auxiliares livram a si e a supervisão de uma situação de enfrentamento com o médico.

Fazer da situação de possível agressão, situação de urgência que ocorre com certa frequência nos hospitais psiquiátricos, uma situação que só pode ser resolvida pelo profissional médico, seja para medicar seja para conter mecanicamente é por um lado, retirar do debate o porquê dessa situação se manter como de alta frequência e, por outro, desconsiderar o saber acumulado pela equipe de enfermagem para definir quando se dá uma situação limite, com necessidade até mesmo de contenção, como vimos nos exemplos anteriormente apresentados. Afinal, no cenário da Reforma Psiquiátrica, outras categorias que não a categoria médica, podem definir terapêuticas, podem prescrever estratégias e táticas? Têm autonomia? Em que grau e em que relação com a equipe interdisciplinar?

Ao discutirem as situações de trabalho em um espaço de se 'viver junto', esses limites são ampliados e há um aumento no poder de agir deste coletivo, através do processo de incorporação das aptidões profissionais que foram desenvolvidas pelos trabalhadores ao exercerem as suas atividades de cuidado nas enfermarias.

O que vai caracterizar esse processo de incorporação é o coletivo de trabalho ao apreender os fatores determinantes da situação e diante disso, construir os seus recursos através do debate das normas entre os trabalhadores e desta forma ser possível reinterpretar os próprios referenciais práticos e teóricos, sem ficar na dependência do poder global constante. (Guattari 1986).

Na situação em que a agressividade do usuário pode chegar a fazer com que a enfermagem, sem outras possibilidades à mão, tenha que contê-lo, a memória coletiva, que é o que está dando suporte para que eles possam tomar tal decisão, tem relação com esse lugar historicamente ocupado que é o lugar de polícia nos hospitais, desempenhando assim um papel de reforço da produção subjetiva dominante.

Iremos agora apresentar partes do diário de campo escrito a partir das reuniões do Colegiado. Nestes momentos houveram discussões sobre a atividade de atenção quando o usuário agita, desta forma havendo um desenvolvimento do ofício, neste espaço coletivo de trabalho.

As saídas que os trabalhadores encontram no dia a dia para exercerem as suas ações em um contexto precário, ao serem olhadas de forma superficial podem parecer uma transgressão na atividade de cuidado.

COLEGIADO

Quando eu comecei falando na reunião sobre a contenção que foi a atividade escolhida para discussão, a enfermeira-chefe falou que a contenção mecânica deve ser feita com cuidado e com uma abordagem, antes de ser realizada. Mas como fazer desta maneira, sem outras pessoas para estar com os outros usuários ou mesmo estar junto na situação? A contenção acaba sendo muito agressiva, tanto para o doente quanto para o técnico. “nós não fomos formados par se fazer isso”, mas não podem fazer o que sabem com um número tão reduzido de funcionários.

As reais condições de trabalho levam os trabalhadores de enfermagem a contenção do usuário com uma frequência que talvez todos achem excessiva. É preciso pensar porque, entre as diversas saídas possíveis, o profissional escolhe conter. No limite, ele poderia deixar o paciente continuar agitado até criar uma situação em que o plantonista seria ‘obrigado’ a intervir.

Porque o trabalhador suporta o insuportável? Para preservar o emprego? Porque se sente imbuído de uma missão de cuidar e proteger, ainda que de maneiras menos adequadas? A ação desses trabalhadores está relacionada com a atividade dos outros: os profissionais da mini equipe, que muitas vezes não estão no hospital na hora em que há uma intercorrência; ou os outros auxiliares que estão em número reduzido e não tem como dar conta de todas as demandas da situação.

As ações da enfermagem se formam atravessadas pelas as atividades dos outros técnicos da assistência que também tem como o objeto de suas ações o usuário.

Os diferentes modos de prestar assistência que são exercidos pelos distintos ofícios inseridos neste hospital são transpassados, no seu caminho até ao usuário, uns pelos outros. E nesse entrelaçamento de fazeres, o sentido da atividade pode sofrer interferências no seu curso.

Por sua vez, essas interferências que transpassam a atividade de assistência podem ser sentidas pelos trabalhadores como impedimentos ou como uma convocação ao seu desenvolvimento. O que vai fazer a distinção entre se sentir impedido de agir ou se sentir motivado a agir são os recursos que este trabalhador vai dispor para poder dar continuidade às suas ações.

.Aqui se coloca o problema do sentido: ou seja, não só a questão do resultado esperado que é fazer com que o usuário se acalme, mas também aquilo que motiva ou ainda desmotiva a ação de conter. (Clot, 2007)

Quando não é possível se seguir o princípio terapêutico, que é prestar a assistência de forma acolhedora, ocorre um impedimento na atividade, do qual essa equipe tem que se desvencilhar. Esse empecilho, de certa maneira, faz com que esta equipe de enfermagem se coloque diante de dúvidas sobre o que é melhor neste contexto com falta de pessoal, para prestar assistência ao usuário que se agita. Mas nessa escolha, esses trabalhadores se sentem forçados a conter, o que tem efeitos nas suas subjetividades, que é experimentado como uma inadequação nas suas aptidões no trabalho: “nós não fomos formados para fazer isso”. Constatamos em nosso acompanhamento do Colegiado que os auxiliares tomam suas decisões em uma situação de conflito não apenas hierárquico, mas também de valores. Chegar a conter é também um fracasso por ter o sentido de não ter conseguido fazer de outra forma mais adequada. Avalia-se, neste caso, que a escassez de pessoal tem grande influência neste fracasso.

Mas se eles não foram formados para fazer isso, ou seja, conter, então onde está armazenada esta opção? No gênero da atividade, que como nos coloca a Clínica da Atividade, é composto de histórias comuns compartilhadas que se tornaram maneiras de fazer, proibidas ou apreendidas, que estão disponíveis para os trabalhadores que fazem parte deste coletivo de trabalho. Estas maneiras de fazer que estão estabilizadas, mas sempre com a possibilidade de serem refeitas.

Apesar do relato da chefe do serviço apontar para a formação destes enfermeiros ser voltada para uma atenção vinculada ao princípios da Reforma

Psiquiátrica, a história coletiva destes trabalhadores aponta para ações disciplinares no cuidado ao usuário que se agita e para a enfermagem como responsável pela 'guarda dos pacientes', por sua segurança física, e por sua permanência na situação de reclusão (no hospício, se alguém foge, a responsabilidade é atribuída à enfermagem)

Para poderem trabalhar em situações nas quais os obstáculos se interpõem às atividades, essa equipe de enfermagem recorre ao coletivo para se proteger de fazer uma escolha imprópria, a qual poderia não ser acolhida por esse coletivo. A escolha de conter o usuário, no lugar de outras possíveis, representa o coletivo interiorizado por cada trabalhador no interior da sua própria atividade.

A atividade impedida, de acordo com este trecho destacado do diário de campo, está marcada no momento em que os trabalhadores dessa equipe são preparados, através das suas formações, a lançar mão de suas subjetividades no seu cotidiano, de forma que arquem com a assistência nas enfermarias de forma responsável. Mas ao mesmo tempo tem a sua iniciativa impedida pela necessidade de um maior desenvolvimento no projeto de implantação das novas tecnologias, como a mini equipe.

É interessante como este espaço do Colegiado está promovendo trocas entre a equipe, inclusive de experiências dos mesmos colegas que trabalham em outros hospitais e que podem contribuir com experiências diferentes, apontando para outras possibilidades. O relato que vem a seguir aponta para a conquista de autonomia nas decisões da enfermagem na assistência em um hospital geral (neurocirurgia).

COLEGIADO

Uma auxiliar falou que também trabalha na enfermaria de um hospital geral, e que é de praxe conter os usuários nesta clínica (neurocirurgia), porém para que isto ocorra menos, a equipe de enfermagem pede o acompanhamento de um familiar na enfermaria, mesmo sem prescrição médica. para tal situação, e com isso se contém menos.

Uma auxiliar coloca que a diferença é que no hospital geral os familiares acompanham o doente e ali são poucos os familiares que vem visitar as pessoas

que estão internadas.

Então ficamos discutindo por um tempo essa questão da contenção para o técnico, o quanto isto é agressivo para eles. Até uma pessoa que estava representando a firma de limpeza, e que também é enfermeira em outro hospital geral, falou de como é ruim ter que conter e que é um assunto que mobiliza.

Uma das funções do coletivo é fazer uma interposição entre os modos de fazer individuais e as do próprio coletivo.

Supomos que certo desenvolvimento foi provocado, neste lugar de discussão, pelo olhar 'noviço' da pesquisadora sobre a atividade de assistência. Ao acompanharmos o desenvolvimento do ofício da enfermagem, neste que é o espaço coletivo de trabalho, poderemos perceber que as situações podem se modificar.

A situação que analisamos neste momento é a do uso das anotações no livro de ocorrências da enfermagem, no curso do desenvolvimento das atividades de cuidado. Os usos possíveis destas anotações foram afetados em seu desenvolvimento pelas colocações feitas pela pesquisadora a partir do que foi observado nas enfermarias deste hospital.

Muitas vezes o que os trabalhadores fazem para resolver um problema colocado pode ser visto como uma transgressão. Um observador recém chegado, como por exemplo a pesquisadora, não tem como entender a sua eficácia, caso não se adentre pela dimensão transpessoal do ofício, o qual dá alguma sustentação às ações individuais ditas transgressoras, que devido ao trabalho regulador do coletivo, foi incorporada ao gênero da atividade.

Nesta fase da pesquisa a observação teve por objetivo o estabelecimento de uma relação de pesquisa e de aproximação com o gênero profissional deste coletivo de trabalho, pois a apreensão do mesmo é feita de uma forma indireta, ou seja, ela é transmitida aos novos na hora em que os mais antigos têm um obstáculo a superar no exercício da atividade. O recurso para ação que está contido no gênero do ofício se apresenta à pesquisadora através das explicações que são feitas sobre os modos de trabalhar.

No Colegiado, quando eles trocam as suas impressões sobre o ato de conter: "Muito agressivo", "É ruim", "Assunto que

mobiliza", fica claro o conflito psíquico que esta ação provoca nestes trabalhadores

Continuando a caminho da intervenção, após um mês de observações na enfermaria/LDF, a pesquisadora, na reunião que se segue, propõe uma conversa sobre a situação, a qual eles escolheram como de mais difícil gestão: a contenção.

COLEGIADO

Nesta reunião levei para discussão a opção de analisarmos a situação de contenção e coloquei o que eu havia apreendido, com o olhar de quem chega, sobre essa a ação de conter.

Comecei então falando sobre a opção em usarmos a situação de contenção mecânica para analisarmos o processo de trabalho.

A impressão que tive ao ver essa situação acontecendo, foi a de que é uma cena violenta e forte, que causa 'desconforto' em quem está assistindo. Pude falar de mim e das reações que uma acadêmica que estava também no LDF, e que esses olhares de 'estrangeiras' puderam colocar em questão esta situações talvez um pouco naturalizada pelo cotidiano.

A supervisora me interrompeu falando: "Pois são esses enfermeiros e esses psicólogos que vêm para cá não sabem nada de psiquiatria, pensam sei lá o quê, e psiquiatria é isso aí. Eu não sei o que passa na cabeça deles".

Outra pessoa falou: "Mas a gente tem que levar em conta que eles são obrigados a vir para cá, por causa da faculdade, e nem todos gostam de psiquiatria e a gente tem que entender". Alguém disse também que "a contenção é realizada porque não há o que fazer a não ser isso, em casos extremos".

Também foi colocado por outro participante que é preciso discutir a contenção para que seja possível traçar outro caminho.

Algumas auxiliares colocaram que quando o usuário está muito agitado e não é contido, ele agita a enfermaria inteira tornando a situação incontrolável e cheia de riscos.

Nesta discussão a supervisora falou: "Você não pode achar que eu acho uma maravilha conter o paciente, que eu faço isso soltando fogos!"

As pessoas que estão inseridas na pesquisa não são somente trabalhadores que exercem suas funções, também são pessoas que tem suas histórias de vida e tem diferentes implicações com as questões do trabalho. E que se encontram constantemente em contradição entre os diferentes valores que estão presentes na relação delas com as escolhas, que devem fazer a fim de dar continuidade ao seu trabalho. Segundo eles, executam a contenção quando não há escolha. A história de vida da pessoa faz parte da constituição dos valores para que se concorde ou não com os componentes e com os produtos da sua atividade. "Esses valores carregados pela pessoa entram em ressonância e em confrontação com as normas e os valores presentes na situação de trabalho." (Daniellou, 2006).

Para a pesquisadora, e para a acadêmica que estavam juntas na enfermagem, presenciar aquela situação não é habitual e gera certa apreensão, enquanto que para aquele coletivo aparenta ser natural: "A psiquiatria é isso aí". Reconhecemos que esta supervisora fala em nome do coletivo de trabalho, na forma como foi interiorizado.

Ao definir de modo breve o seu ofício: esta colocação dificulta a abertura ao diálogo, já que a psiquiatria "é isso aí" mesmo e pronto. O seu modo de definir o contexto de trabalho é um recurso psicológico para agir no momento do conflito ao se deparar com o limite da situação na qual ter que conter, mesmo não sendo "formada para isso". Nessas falas fica clara a dificuldade de lidar com uma situação em que concorrem várias atividades e várias histórias ou valores de ofício.

A impressão que a fala da supervisora tem da observação da atividade que a pesquisadora fez: *"Vocês vem para cá pensando sei lá o que (...) Você não pode achar que eu acho uma maravilha conter o paciente, que eu faço isso*

soltando fogos!”, nos indica que a observação da pesquisa e a possibilidade de discussão no Colegiado sobre a situação, que foi previamente escolhida para análise, geraram alguma indisposição, o que possivelmente fez agir as suas defesas psíquicas.

Aqui se vê bem a proposta metodológica da Clínica da Atividade: a entrada de um novo interlocutor, a psicóloga-pesquisadora obriga a explicar o inexplicável. A observação – atividade da pesquisadora - não é neutra e produz a necessidade de uma réplica: o que dizer sobre algo que estava colocado na sombra e que a pesquisa coloca em evidência? Surgem aí as tensões que compõem a situação de agitação dos usuários, a inadequação da assistência que torna essa situação frequente, a solução adotada e os conflitos de valores nela envolvidos.

Diante de: “A psiquiatria é isso aí”, “não somos formadas para fazer isso”, “Que faço isso soltando fogos”.”, o que é difícil de dizer quando o assunto é isso? De certo modo, o trabalho do pesquisador incide, prioritariamente, sobre a capacidade de identificar na situação da atividade os traços daquilo que é difícil de dizer, de se representar, de compreender”. (Clot, 2004)

O coletivo aparece na fala desta supervisora quando define o trabalho na assistência em psiquiatria, como “isso aí”. Esse modo de definir o seu contexto de trabalho é o que apóia a escolha, é um recurso psicológico que pertence a memória coletiva, para agir no momento em que a situação chegou ao extremo e a contenção é usada como uma medida de precaução, mesmo essa profissional não sendo “formada para isso”.

A função da pesquisadora é desenvolver o ofício através da provocação de certo estranhamento - e essa possibilidade deste desenvolvimento surge na medida em que o conflito se torna visível. No momento em que as questões propiciam a abertura para outras saídas, a proposta é provocar o que está estabilizado no gênero e impulsioná-lo ao desenvolvimento na atividade. O gênero da enfermagem se mostra na fala desta supervisora através da ambiguidade entre o naturalizado: “psiquiatria é isso aí”, e as defesas: “Você não pode achar que eu faço isso soltando fogos!”

De acordo com (Clot, 2004), a melhor forma de manejar esse sistema de defesas é “dar-lhe um destino, dar uma história à objetividade, à subjetividade e aos objetos”.

Seria uma regra de ofício obedecer ou, em último caso, fingir que obedece, as prescrições da equipe médica, mesmo quando esta se revela inadequada para uma nova situação não prevista? Nosso campo parece indicar que sim.

COLEGIADO

Retomei a fala dizendo que em outros lugares, as coisas acontecem de outra maneira. E a outra maneira é não ter que ficar com um usuário agitado, sem medicação, por três dias, à caça de um plantonista que se disponha a medicá-lo; e uma auxiliar ter que dar conta desta situação sozinha. Penso que a contenção mecânica não é a parte mais violenta deste processo.

Que de acordo com os conceitos da Clínica da Atividade, que é por ela que eu observo as atividades, o que causa sofrimento no trabalho é mais o que não pôde ser feito, do que o propriamente feito. Bem e o que não pode ser feito?

Pude perceber que no papel da auxiliar, essa não pode fazer a sua rotina, pois provavelmente teve que dispensar maior atenção àquele usuário que se agitava e agitava toda a enfermaria. Não pôde dar a medicação e nem fazer a abordagem, o que teoricamente resolveria a situação, mas para tal, precisaria da prescrição médica; mas também não conseguiu fazer com que o médico chagasse, mesmo após contato.

Provavelmente, antes da contenção fez várias tentativas para acalmar o usuário, sem resultado, pois sozinha realmente não se dispõe do tempo necessário para que se consiga uma abordagem eficiente. Não consegue conter o usuário com os recursos que tem no LDF, por isso tem que pedir ajuda. Consegue? De quem?

De colegas ou não? Dos guardas.

A partir deste momento a chefe falou: Porque vocês não escrevem no livro de ocorrências que houve tentativa de chamar o médico plantonista, sem resultado? Quando o médico de plantão se recusa a atender o paciente, a medicá-lo (o que talvez evitasse a contenção), os enfermeiros responsáveis devem registrar isso, mas isso não é feito. Se vocês escreverem eu levo à direção e aí as coisas vão ter que mudar.

A chefe do serviço contou um caso da época em que ela era auxiliar de enfermagem e que levou essa mesma situação para a direção do hospital e após isso o médico não voltou a repetir a atitude de deixar de prestar o socorro.

Neste momento podemos observar a pesquisa sendo usada como uma ferramenta que põe em diálogo o ofício da enfermagem, através de um debate de normas.

Para promover o diálogo da situação e também uma aproximação entre a pesquisadora e o coletivo, esta tenta buscar uma dupla descrição: a da situação e a da conduta desses trabalhadores, mas também algumas questões sobre quais são os recursos disponíveis e os obstáculos enfrentados por aqueles trabalhadores. Usando como ferramenta a sua experiência anterior como estagiária no hospital, as observações nas enfermarias e os conceitos da Clínica da Atividade.

Uma reorganização está sendo demandada na atividade de atenção ao usuário agitado.

No Colegiado, a atividade que estamos observando é o diálogo sobre o ofício de ser enfermeiro neste momento de transição entre os modos de trabalhar. Este hospital sem um espaço de discussão sobre o trabalho entre os diferentes ofícios que compõem o serviço de assistência em psiquiatria e com poucos recursos humanos e materiais disponíveis para ação, se apresenta com dificuldades para a instalação das novas tecnologias entre os trabalhadores de base

Nesta atividade de diálogo sobre a ação de conter, temos a análise feita pela pesquisadora através dos conceitos referentes à Clínica da Atividade. Os conceitos que estão presentes aqui se referem a: atividade impedida em relação ao que esses profissionais podem fazer mas não conseguem, ao que entendemos por sofrimento

psíquico advindo desse constrangimento no poder de agir e ao trabalho como processo, como gestão de várias possibilidades e impossibilidades.

Então, temos o que é feito: é feita a contenção, mas não é dito. Não é dito para fazer, pois não está na prescrição. Não é dito que foi feito por que é uma regulação – transgressora - feita pelos trabalhadores. Como nos aponta Daniellou (2006), temos aqui uma situação em que a prescrição não pode ser cumprida ‘ao pé-da-letra’ e as regulações são desenvolvidas pelos auxiliares de enfermagem, trabalhadores de base, que têm a responsabilidade de realizar a tarefa.

No caminho deste diálogo, a pergunta da chefe do serviço em relação à escolha de não anotar no livro de ocorrências, coloca o já naturalizado em questão, operando assim uma ruptura na subjetividade destes trabalhadores, dentre eles a própria chefe. É possível que no Colegiado, no coletivo, a situação tenha se tornado algo passível de ser enfrentado e desconstruída e desenvolvida

“Neste momento o papel da pesquisadora é organizar as diferentes falas que surgiram em torno do processo de contenção ao usuário: “É agressivo”, “Quando não há mais nada a fazer...”, “É isso aí...”, “Por que não anotam?”

A questão que foi um diálogo interior da pesquisadora ao ler o livro de ocorrências da enfermagem, na fase da observação inicial, agora, através da pergunta feita pela chefe de enfermagem: “Por que não anotam?” se tornou objeto de confronto.

Existe a norma de escrever o andamento do plantão no livro de ocorrências da enfermagem, em contradição com a norma da situação específica de trabalho que é não anotar quando essa rotina criaria um conflito com outros ofícios com mais poder?

A regulação na assistência ao usuário que se agita se faz necessária primeiramente por que o hospital neste momento está com falta de recursos humanos - e fazer uma abordagem nestas condições, pode significar uma desassistência aos outros que estão internados. Como disponibilizar uma atenção mais próxima a um e, ao mesmo tempo, estar disponível para os outros, organizar a enfermagem, ir à farmácia, atender ao familiar, medicar.

A segunda regulação na atividade vem na sequência dos acontecimentos, quando o médico não pôde atender de pronto à solicitação da auxiliar, e esta tem que 'acalmar' o usuário com os poucos recursos que dispõe, ou seja, fazendo a contenção mecânica. Mas porque não anotam no livro de ocorrências? Afinal este é um instrumento importante de comunicação da equipe de enfermagem.

O fenômeno é a transgressão da regra, que neste caso é não registrar no livro de ocorrências a atitude tomada na dificuldade em se obter o atendimento e a prescrição médica. Essa falta de prescrição pode estar relacionada a uma frequência reduzida de atendimentos pela mini equipe. Faz-se, de certa maneira, uma aliança com o médico, não anotando que não houve atendimento durante o plantão. Mas ao mesmo tempo o profissional de enfermagem se expõe ao risco de ao final ter que conter mecanicamente. Alguns trabalhadores dizem que “não estão aqui para isso”, mas mesmo arcando com o risco de um acidente, por estar contendo sem prescrição. Esta é a solução que até então haviam encontrado para, de alguma forma, dar conta do seu trabalho e lhe atribuir sentido, mesmo que neste caso o sentido favoreça ao médico e se mantenha o lugar de reforço da função disciplinar.

Como nos indica Clot (2007, p. 273): “Neste caso trabalhar é não prestar assistência. Às vezes para se poupar, se ter saúde, não se presta o serviço”.

Ao se poupar de uma indisposição com as supervisoras e com os médicos, estas auxiliares possivelmente optaram por essa omissão.

“Para criar vínculos eficazes que passam pela amizade, pela intercompreensão (mas que podem também falhar, passando também pela aversão, pelo atrito), há todo um trabalho de si mesmo que pode ter êxito ou falhar, mas que somos obrigados a, fazer exatamente porque cada um não está em seu lugar somente para “executar””.
(Schwartz Y, 2007, p. 194)

As motivações não dependem somente da pessoa, elas têm vínculo também com o as relações sociais e com o meio de trabalho que esses trabalhadores tem para agir. Então, é preciso analisar o quê no desenvolvimento dessa situação de cuidado teve que ser arbitrado, ou melhor, quais eram as alternativas disponíveis para que essa equipe escolhesse normalmente não anotar no livro de ocorrências o fato do médico não atender a tempo e isso ocasionar a recorrente necessidade de uma contenção.

Talvez, uma das questões seja que no atual momento ainda não tenha sido possível a construção de recursos para a enfermagem escapar da função de manutenção do lugar de reforço da subjetividade dominante, que no hospital psiquiátrico está marcado pela manutenção da ordem e da disciplina.

Como nos coloca Guattari (1986):

“A produção de subjetividade, independente de que forma a percebemos, é buscada no movimento da vida e movimento inclui “os recuos, as reapreciações e as reorganizações das referências que forem necessárias”.

Então podemos dizer que no momento em que a chefe do serviço coloca a pergunta para o Colegiado; “Por que não anotam?”, está sendo feito um convite à reflexão do que levou esses trabalhadores a fazerem a escolha de não escrever no livro de ocorrências da enfermagem.

Se um conflito de normas é levado ao Colegiado, e se esse conflito é colocado em debate, para se pensar como poderia ter sido feito ou quais são as outras saídas para a situação, nesse momento o ofício passa a ser um objeto e não mais um meio da atividade. Neste momento, o objeto da atividade é o ofício de ser enfermeiro quando o usuário está agitado. Havendo esse deslocamento do ofício como meio para um objeto da atividade, cria-se a possibilidade de transformação do trabalho.

Nesse desenvolvimento da atividade, poderemos notar o processo em que os trabalhadores discutem as motivações que fazem com que a equipe não anote esse acontecimento no livro de ocorrências, fazendo com que esta memória coletiva se faça presente, e que a partir desta discussão seja possível construir uma estratégia de cooperação entre as equipes e a chefia, para que nas situações em que não for possível o médico plantonista sair da emergência para atender ao usuário agitado a tempo, esse fato seja anotado no livro tornando o caso passível de ser posto em debate.

Interessante notar que o modo pensado de pô-lo em debate é a chefe encaminhando esse relatório para a direção. Não se coloca em geral como possibilidade imediata nos hospitais, não só nos psiquiátricos, a comunicação direta entre enfermagem e médicos, em que cada um se dirige à sua linha hierárquica. Mais uma norma a ser repensada, se houver um movimento de produção coletiva dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Podemos dizer que o trabalho que é feito neste coletivo - no Colegiado - é um trabalho de 'digestão da organização do trabalho', para transformar a tarefa de assistir ao paciente agitado em atividade real de cuidado e atenção. É uma atividade de reorganização do trabalho, conduzida pelo coletivo destes trabalhadores.

As reinvenções apareceram através dos relatos de alguns participantes deste Colegiado sobre outras experiências vividas, como a que se recorre à ajuda de familiares para haver menos contenção ou a ousadia de registrar a falta de prescrição para levar a questão à direção. Estes relatos são incorporados ao patrimônio coletivo destes trabalhadores.

E a partir dessas experiências vividas e que foram relatadas neste espaço coletivo de conversa sobre o trabalho, possibilita-se uma elaboração das experiências, que inclui a subjetivação da ação e sua redescoberta, possibilita que troquem suas experiências e assim aumentem a possibilidades de viverem novas.

Neste caso, foi possível traçar uma parceria entre as equipes e a chefia do serviço de enfermagem para que juntos possam arcar com os riscos de se levar os registros do não atendimento às solicitações dos auxiliares para a direção do hospital.

Desta forma, para se preservar a saúde no trabalho não é mais necessário que se faça uma reorganização através de uma transgressão a regras prescritas. Neste caso é possível lançar mão dessa dimensão transpessoal, que é coletiva, para se fazer uma reorganização no trabalho, ou seja, se torna viável registrar os acontecimentos do plantão para que juntos equipe e chefia de enfermagem criem ações alternativas às de manutenção da função disciplinar dentro deste hospital.

COLEGIADO

Ao final de algumas reuniões do colegiado houve os seguintes comentários:

Quando a reunião se deu por encerrada, a chefe do serviço perguntou o que os presentes estavam achando das reuniões. Um enfermeiro falou que levou três horas para chegar ao hospital e que só foi porque haveria a reunião do colegiado

COLEGIADO

Depois desse momento a chefe do serviço perguntou o que as pessoas estavam achando do espaço do Colegiado, pois ela acredita que para poderem continuar com o espaço, deveriam saber o que estavam pensando a respeito.

As respostas, na sua maioria, foi de que os participantes estavam achando bom e que percebiam que algumas coisas estavam sendo resolvidas, como por exemplo, a questão da regularização das pessoas que estavam de licença, a dificuldade das folgas pelo número reduzido de auxiliares e a melhora da limpeza pela firma terceirizada.

Para possibilitar este desenvolvimento é necessário que sejam criados espaços de troca entre os diferentes ofícios que compõem a assistência neste hospital. Estes espaços possibilitarão que a concepção de novos dispositivos de assistência e a sua organização não ocorra somente no sentido vertical, ou seja, de cima para baixo.

O Colegiado de enfermagem a nosso ver é um espaço de discussão que, neste momento, promove a reflexão sobre como a equipe de enfermagem pode se apropriar das mudanças que a Reforma Psiquiátrica está instaurando na cultura da assistência em saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A Psicologia é uma arte e um ofício, não no sentido de criação, mas no sentido de técnica, de uma disciplina séria, conceitual, que visa sustentar os esforços do sujeito para desenvolver o poder de agir, apesar de tudo”. (Clot, 2004)

.Para a Clínica da Atividade, a proposta nesta fase de observações iniciais é indiretamente provocar a auto-observação destes trabalhadores para que possam perceber como eles, através dos seus próprios meios, encontram recursos para agir.

O desafio da pesquisa-intervenção é ultrapassar os limites da descoberta. Esta descoberta é uma mão dupla: do pesquisador em relação ao campo e os trabalhadores sobre o seu próprio trabalho.

A descoberta que foi importante para a pesquisadora se refere à dissolução das fantasias em relação ao processo de implantação da Reforma Psiquiátrica. Essa descoberta ocorreu no momento em que ao se deparar com a equipe de trabalhadores se referindo à Reforma Psiquiátrica como uma ameaça ao emprego. No entanto, o limite do fantasma desemprego já estava sendo transplantado, pois, segundo a chefia de enfermagem, em uma reunião no Colegiado falou-se sobre o

projeto de inserção dos enfermeiros no atendimento clínico do ambulatório⁴³.e que este representaria “uma força política para o trabalho da equipe de enfermagem psiquiátrica. Pois eles poderiam exercer o seu papel clínico no e mostrar a sua importância”. Confirmando o que Canguilhem (2001, p.8) nos apresenta: “É próprio do ser vivo criar o seu meio”.

O que os trabalhadores fazem para superarem a si é o que importa. Então, o que essa equipe de enfermagem tem que fazer para conseguir trabalhar em um meio tão precário? O que é feito para resolver cada impasse não é passível de aprendizagem. Sua apreensão ocorre através da observação no campo, nos momentos em que os trabalhadores, diante dos obstáculos, têm que fazer escolha.

A observação inicial da pesquisadora nas enfermarias pode ter provocado a auto-observação de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre seu próprio trabalho. O campo nos indica essa auto-observação quando uma auxiliar fala que caso a pesquisadora, naquela manhã, estivesse bem cedo na enfermaria, teria bastante material para trabalhar, pois havia ocorrido aquilo que, na Clínica da Atividade chamamos de dificuldades no curso da ação.

O imprevisto que a auxiliar nos relata é a situação em que uma usuária ao sair do ambulatório sem ser atendida consegue chegar á enfermaria muito agitada e agride a equipe. Para se desvencilharem desta situação foi preciso três pessoas da equipe para contê-la e levá-la de volta ao ambulatório.

Esta dificuldade é consequência da falta de recursos humanos, no hospital. Talvez se no ambulatório houvesse um número suficiente de técnicos para fazer o atendimento a contento, essa mulher não tivesse saído de lá nestas condições. O mesmo poderia ocorrer se na enfermaria, houvesse um número maior de trabalhadores da enfermagem para ser possível abordar a usuária de uma forma mais cuidadosa e ao mesmo tempo prestar os devidos cuidados aos usuários internados.

Bem, na medida em que esta auxiliar coloca para a pesquisadora que essa teria bastante material para observar naquela manhã, esta solicitação nos indica que ela se percebeu trabalhando bastante, já que a pesquisa é sobre o seu trabalho.

⁴³ Atualmente não tem atendimento/consulta da enfermagem no ambulatório.

Ultrapassar o limite da descoberta do que é o seu próprio trabalho para a produção de conhecimento é o desafio. E para tal, a Clínica da Atividade nos indica uma intervenção a partir da observação. Esta intervenção na verdade é uma coprodução de conhecimento entre a pesquisadora e trabalhadores. A ação passada pelo crivo do pensamento que se transforma em outra ação, sobre a qual se reflete. Essas dificuldades no curso da ação são vistas na Clínica da Atividade como atividade impedida. As atividades impedidas são as ações que sofrem interferências no seu curso e estas interferências cerceiam o poder de agir do trabalhador.

Porém, destacamos aqui a observação de que nem toda interferência no curso da ação causa impedimento. Uma interferência pode provocar também as aptidões do trabalhador diante de um imprevisto.

A contenção não é uma atividade impedida, os impedimentos no desenvolvimento da atividade é que desembocam na contenção.

Desta forma, apontamos para o fato de que as atividades dos outros, médicos e supervisores, que atravessam os auxiliares e são direcionadas para o mesmo objeto - o usuário internado - interfere no sentido que será dado pelo auxiliar de enfermagem ao curso das suas ações.

O curso da atividade de assistência se desenvolve na cadeia das relações sociais do trabalho, mas no hospital, essas relações são marcadas por uma hierarquia muito forte. Essa forte hierarquização, tradicional nas relações de trabalho na instituição hospitalar, é questionada pelas propostas trazidas pela Reforma Psiquiátrica. E este conflito contribui para que ocorram entraves no desenvolvimento da atividade de assistência.

A gradativa implantação da Reforma exige a implantação de novas tecnologias de cuidado, dentre as quais está a mini equipe de referência. Para que novas tecnologias se instaurem, os diferentes atores usam como suporte ferramentas técnicas e simbólicas. A assistência neste hospital precisa então ser posta em debate entre os diferentes ofícios que compõem as equipes interdisciplinares.

As ferramentas técnicas – de gestão do trabalho - que destacamos neste estudo foram a nova tecnologia da mini equipe e o livro de ocorrências e seus usos possíveis. O livro de ocorrências é uma tradicional ferramenta da enfermagem. Dentre as suas principais funções está o registro diário dos procedimentos e da

dinâmica realizada na assistência. É também um importante meio de comunicação entre os membros da equipe de enfermagem, e entre esta e a equipe interdisciplinar.

A ferramenta técnica inicialmente parece ter uma relevância maior do que a ferramenta simbólica. Este aparente destaque é decorrente do modo como as técnicas são concebidas. Na sua constituição estão presentes elementos referentes à prescrição e aos possíveis obstáculos na sua utilização. Porém, em alguns casos, os entraves que ocorrem no cotidiano de trabalho não foram previstos por seus idealizadores. Esta situação se torna recorrente quando os operadores de base não participaram das escolhas que são feitas na elaboração do seu projeto de implantação.

A ferramenta técnica mini equipe pode ser vista como uma contradição entre o modelo de assistência em saúde mental preconizado pela Reforma Psiquiátrica e o seu uso impregnado pelas antigas experiências de cuidado voltadas para a disciplina e para a ordem que já foram incorporadas no gênero profissional e que estão temporariamente estabilizadas.

O gênero da atividade de assistência constitui um estoque do que esta equipe pode esperar ou não de uma situação, no caso da assistência ao usuário que se agita.

A ferramenta simbólica em que nos detemos neste estudo é o coletivo de trabalho. Esta ferramenta está inserida na relação que esta equipe de enfermagem estabelece com a mini equipe e no uso do livro de ocorrências.

O coletivo é uma ferramenta que dá suporte para que esses trabalhadores possam fazer as suas escolhas, nos momentos em que há um conflito no desenvolvimento da atividade de assistência. Este suporte está disponível através das experiências estocadas e das histórias compartilhadas entre os trabalhadores.

Estes conteúdos são a base para se arbitrar nas atividades cotidianas em que ocorrem entraves que não foram previstos na implantação da ferramenta técnica com o risco mínimo de erro. Agindo de acordo com o que trabalhador interiorizou destas experiências compartilhadas com os pares, ele diminui a sobrecarga de correr o risco de errar sozinho.

O que o campo nos aponta é que nos momentos em que há uma intercorrência na enfermagem, pode acontecer que não seja possível ao médico atender aquele usuário prontamente. E neste momento o auxiliar de enfermagem 'para' suas outras atividades para se concentrar em fazer a arbitragem entre os

diferentes caminhos possíveis a escolher. E essa situação faz com que ele se sinta preso às suas apreensões, ao arbitrar sobre o que deve ser feito, o que é possível fazer, o que não gostaria de fazer.

Nesta arbitragem, a atividade encontra-se em pleno desenvolvimento. Mas, na visão dos trabalhadores os recursos disponíveis permitem apenas que a pior das opções, a de uma solução condenada pela Reforma, seja posta em prática, a contenção. Ao se ver sem recursos para elaborar outras saídas para o impasse, configura-se o impedimento (parcial) da atividade. Esse impedimento se reforça pela necessidade (recomendada pelo gênero da atividade de enfermagem?) de não por em debate os impasses que envolvem outras categorias profissionais, especialmente a categoria médica. Não anotando a ocorrência, nem pondo o assunto em debate público, o impedimento se cristaliza.

Nos momentos da imprevisibilidade, o instrumento simbólico é o que irá dominar, a história coletiva é que vai dar a direção às ações. E em relação à mini equipe deste hospital, essa história é muito recente, ainda não houve um desenvolvimento que incluísse as experiências práticas dos auxiliares de enfermagem.

Então, no manejo da tecnologia da mini equipe, o que se impõe é a história coletiva da enfermagem que desempenha a função de manutenção da disciplina e da ordem. “Esta história faz parte de uma memória que não é do passado”, ela serve para poder antecipar os riscos e para fazer as escolhas ao agir. (Clot, 2004).

Para ser possível fazer uma conciliação entre a ferramenta tecnológica da mini equipe e as experiências dos trabalhadores da enfermagem, é necessário que se criem espaços de negociações entre os diferentes ofícios, onde seja relevante as colocações dos trabalhadores da enfermagem para se traçar estratégias de implantação desta nova tecnologia.

Na impossibilidade de fazer com que o usuário seja atendido pelo médico, a atividade de assistência dos auxiliares e a dos supervisores aos usuários é atravessada pela atividade dos médicos, e é impedida no seu curso.

A alteração na importância dos recursos em sua dimensão de uso da ferramenta, que passa da mini equipe para a ferramenta subjetiva, faz com que o coletivo seja a causa mudança na direção da atividade e conseqüentemente altera o objeto da atividade.

De acordo com as experiências armazenadas no coletivo da equipe de enfermagem, em situações em que o usuário se agita o procedimento 'seguro' é conter, pois devem dar conta da organização na enfermagem. Até então, a atividade é a mesma, prestar assistência, como eles mesmos descrevem: "desta forma agressiva", mas quando a escolha é não registrar no livro de ocorrências, o que impossibilita a visibilidade do processo que desencadeou a contenção, a preocupação é outra...

Neste contexto a atividade é reorientada. O sentido da atividade de assistência é modificado. E a função da ferramenta 'livro de ocorrências' foi modificada.

Analisando de outra maneira, existe neste caso uma transformação do objeto ao qual a atividade é dirigida. A atividade continuaria sendo dirigida ao usuário na medida em que fosse registrado no livro de ocorrências o impedimento e que, em decorrência deste impedimento, ocorreu a contenção. Mas quando há a decisão de conter, não tornando visível este processo, a atividade é outra, pois há uma mudança do objeto ao qual essa atividade se dirigia: este objeto que era o usuário passa a ser a atividade do médico. Neste caminho, a atividade de assistência da enfermagem ao usuário recrudescer para a de atividade de assistência coadjuvante a do médico.

É necessário haver um enfrentamento para que essa equipe de enfermagem possa liberar as suas atividades das atividades do médico, de uma forma que este enfrentamento não signifique uma ação de reforço ao papel disciplinador.

As atividades dos médicos são impedimentos e também são recursos para as ações da equipe de enfermagem. Pois, sem os médicos, a assistência não pode ser prestada de uma forma eficaz. A atividade de equipe de enfermagem e a dos médicos deve passar uma pela atividade das outras para que os novos dispositivos de atenção possam ser desenvolvidos de acordo com a proposta da Reforma Psiquiátrica nas equipes interdisciplinares

O desenvolvimento do ofício da enfermagem não pode ser visto somente como um acréscimo de coisas, como ganhos na organização, ganhos na participação dos operadores de base, ganhos com uma assistência de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Os ganhos também carregam, no seu processo, algo de negativo. Devemos inibir algumas coisas para que o processo se desenvolva.

Para que haja um desenvolvimento no ofício desta equipe de enfermagem, estes trabalhadores devem renunciar à função coadjuvante e passar a se apropriar das suas ações, dos seus saberes, mas para tanto devem arcar com as consequências deste enfrentamento. Essas consequências podem afetar as relações sociais existentes no ambiente de trabalho.

Os processos criadores podem ser desenvolvidos mesmo em meios repletos de adversidades e a Clínica da Atividade, nesta fase inicial da pesquisa, nos ajuda a observar os recursos que estão sendo ampliados por essa equipe de enfermagem e que os estão transformando em trabalhadores criadores no lugar de serem coadjuvantes na prestação dos cuidados em saúde mental.

A partir da frase de Suzane Pacaud,: “O homem não se manifesta somente naquilo que ele faz, mas, frequentemente e, sobretudo, naquilo que ele não faz” (Clot 2007), fazemos algumas associações desta afirmativa com a escolha pelos participantes desta pesquisa, em dialogar sobre a contenção.

Se, como nos fala Suzane Pacaud, o homem se manifesta mais naquilo que não faz o que podemos associar com a manifestação destes trabalhadores em querer falar, analisar a contenção?

“A partir do momento que os grupos adquirem essa liberdade de viver os seus processos, eles passam a ter uma capacidade de ler sua própria situação e aquilo que se passa em torno deles. Essa capacidade é que vai lhes dar um mínimo de possibilidade de criação e permitir preservar exatamente esse caráter de autonomia tão importante” (Guattari 2000, p.46)

A Clínica da Atividade nos possibilita experimentar o que somos capazes de nos tornar e não apenas a saber, o que fazer. Essa experimentação é feita pelos que participam da pesquisa, no Colegiado de enfermagem, através dos diálogos que aparecem na forma das trocas de experiências entre os pares ou através dos estranhamentos disparados pela pesquisadora.

Na metodologia da pesquisa-intervenção nos moldes da Clínica da Atividade é preciso ter sempre muito claro: O que se focaliza não é o que os trabalhadores dizem que neste caso é falar sobre o procedimento da contenção, mas o que eles ainda não conseguem dizer, o que parece impossível para eles dizerem. (Clot, 2004)

E o que pode estar sendo tão difícil de falar?

Esta fase de observações sobre o processo de trabalho dessa equipe de enfermagem nos indicou que o que parece difícil para esses trabalhadores dizerem é o quanto o ato de conter um usuário agitado representa para eles, um aprisionamento do seu poder de agir, que de acordo com o olhar da Clínica da Atividade, expressa o sofrimento no trabalho que vem mais do que não se pode fazer – dar uma melhor solução - do que o que se é obrigado a fazer – conter o paciente, mantendo o assunto em sigilo.

De certo modo, o trabalho do pesquisador incide, prioritariamente, sobre a capacidade de identificar na situação da atividade os traços daquilo que é difícil de dizer e de compreender. Para nós, ao observarmos a atividade, é inicialmente difícil compreender por que não anotam no livro de ocorrências o impedimento ao se tentar acessar um médico, plantonista ou de referência, para prestar assistência na enfermaria.

Mas à medida que a observação vai adentrando o cotidiano destes trabalhadores, há uma aproximação da dimensão transpessoal do ofício, que contém o gênero da atividade. E os seus contornos sobre como esse coletivo vê a si próprio em relação aos outros ofícios do hospital, aparecem nas falas de alguns participantes da pesquisa, em diferentes momentos: “Temos um chefe para nos defender”, “A enfermagem é o braço da psiquiatria”, “Não queremos que você apanhe sozinha”, “O que fazem com a enfermagem em nome da Reforma Psiquiátrica é uma sacanagem”.

Ao perguntar sobre o que mais lhes gratificava no trabalho, esses profissionais da enfermagem psiquiátrica nos deram algumas poucas respostas positivas: “Existem alguns beija-flores” se referindo aos usuários. Então lançamos mão dos resultados iniciais de outra pesquisa que já havia sido iniciada neste mesmo campo empírico sobre as condições de trabalho no hospital. Segundo o relatório cedido pela autora da pesquisa, 24% dos trabalhadores que responderam ao questionário relataram: “o que mais gratifica no trabalho é a interação entre a equipe”.

Diante destas pistas, arriscamos pensar que a equipe de enfermagem está em conflito. Conflito que não é diretamente observável, no manejo das relações sociais com os diferentes ofícios da equipe de assistência.

Estas pistas continuarão a ser seguidas nas próximas fases que constituem o projeto de pesquisa, de acordo com a metodologia que está sendo adotada. As fases seguintes após a da observação são: restituição da observação, autoconfrontação cruzada a partir da filmagem de uma atividade e a coprodução de um filme.

A restituição será feita no Colegiado de enfermagem, colocando-se em debate o relatório das análises iniciais. O Colegiado funciona assim, já vem funcionando como Grupo Associado de pesquisa (Clot, 2006). O que foi produzido, somente foi possível, devido ao fato do Colegiado de enfermagem estar instaurado na dinâmica desta equipe, nesta fase de observações.

Seguindo neste mesmo caminho, após o momento da restituição, será escolhida por este mesmo Colegiado de enfermagem, uma tarefa ou momento específico de trabalho para ser registrado em vídeo. A escolha pelo Colegiado por esta atividade (o vídeo a ser feito) deverá se submeter ao critério de ser uma atividade cotidiana, no processo de trabalho, em situação.

Após a escolha da atividade a ser filmada, será feito o convite a todos os auxiliares de enfermagem da pesquisa para ser o trabalhador voluntário que será filmado em situação de trabalho. Dois trabalhadores serão filmados. Na autoconfrontação simples, o filme que for produzido será assistido por cada trabalhador voluntário, acompanhado pela pesquisadora, e essa provocará um diálogo com esse auxiliar de enfermagem sobre a atividade que foi registrada. Esta conversa também será filmada. E na autoconfrontação cruzada, o filme será assistido novamente pela pesquisadora e por cada auxiliar voluntário, acompanhados do outro auxiliar. Neste momento haverá uma nova discussão com a participação deste novo interlocutor. Esta discussão também será gravada.

Como produto final, teremos a coprodução de um filme sobre uma atividade e a repercussão que esta atividade dirigida filmada 'em si', teve no Colegiado de enfermagem, tornando-se uma atividade dirigida 'para si'.

Este filme, além de ser o produto final desta pesquisa, poderá tornar-se um dispositivo multiplicador na construção de novos espaços de diálogo sobre o processo de trabalho, tanto na equipe em que foi feita a pesquisa, quanto para

outras categorias profissionais do hospital. Na medida em que é uma poderosa ferramenta, tanto para se trazer 'à luz' as contradições na execução das tarefas, quanto para potencializar o movimento no coletivo de trabalhadores, através das discussões.

Então retorna a questão: qual atividade política desta pesquisa? A quem ela presta seus serviços?

Objetivou-se nesta dissertação dar visibilidade ao desenvolvimento do ofício desta equipe de enfermagem, através da aplicação dos instrumentos desta metodologia de pesquisa. Os instrumentos metodológicos como os quais trabalhamos na Clínica da Atividade são: a análise de implicação, "Por que esse interesse pela enfermagem?" As questões que transpassam a pesquisadora nas observações iniciais recolocadas aos trabalhadores e que servem como um motor ao processo de provocar estranhamento, Por que será que não anotam? e o Grupo Associado, o Colegiado de enfermagem.

E este processo de estranhamento das evidências que transpassam o pesquisador, ao ser compartilhado no Colegiado, faz com que a atividade de assistência se transforme em linguagem no Colegiado. A atividade, então, passa a ser a discussão sobre a atividade. Neste trajeto, essa se reorganiza e se difere.

O Colegiado de enfermagem é o espaço para se discutir a atividade que foi previamente escolhida para ser analisada: "A contenção". Essa discussão é o trabalho coletivo sobre o trabalho individual.

A medida que os trabalhadores puderam fazer as suas colocações - "é muito agressiva" - e trocar experiências cotidianas - "No outro hospital em que trabalho recorremos a um acompanhante" - essa equipe pode incluir novas ações com certa autonomia em suas atividades - "Anotem no livro de ocorrências!" - e puderam também fortalecer laços de cooperação com a chefia - "Que eu levo para a direção do hospital".

A atividade impedida da assistência após ser reanalisada, se torna o registro no livro de ocorrências, porém esta não foi a atividade prevista para análise, a qual era a contenção, pois como a atividade é uma unidade viva que se compõe na relação **com** outras atividades dos pares, se compõe **por** outras na relação de hierarquia e **para** outras na assistência ao usuário quando se agita, o próprio processo de análise que surge com a pergunta: “Porque não anotam?” feita pela pesquisadora a si nas enfermarias, e depois colocada pela chefia de enfermagem no Colegiado, já a transformou em outra. A experiência de trabalho pode enriquecer-se ao tomar o gênero profissional como objeto de trabalho do pensamento coletivo. E as perguntas cumprem com essa função de torná-lo visível.

Ao estudarmos detalhadamente aquilo que os trabalhadores fazem regularmente que é “conter”, aquilo que eles dizem do que fazem - “a psiquiatria é isso aí” - mas também aquilo que eles fazem do que eles dizem - “Você não pode achar que eu faço isso soltando fogos!” - poderemos tornar visíveis as possibilidades que estes trabalhadores têm de intervenção na organização da assistência através do registro no livro de ocorrências, ao qual eles não se apropriavam

Ao se apropriarem desta autonomia e usufruírem do fortalecimento da cooperação, o desenvolvimento do ofício, esses trabalhadores estarão se distanciando do que está naturalizado no seu trabalho.

Autonomia e cooperação são aspectos importantes para a elaboração do sentido no trabalho e na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores. Desta forma apontamos para indissociabilidade e reciprocidade entre produção de saúde no trabalho e produção de subjetividade.

Pensamos que na recorrente lembrança da morte da enfermeira, está marcada o modo como essa equipe de enfermagem se relaciona com os outros setores do hospital. Encontrando-se de uma forma ainda sem autonomia para decidir o que é melhor, ficando sujeita às decisões sobre as quais não pode opinar.

Neste mesmo caminho, pensamos que a possibilidade de se atribuir sentido ao trabalho está relacionada com a margem que os trabalhadores têm de fazer as regulações necessárias no trabalho. À medida que neste momento de reestruturação na organização do serviço de assistência psiquiátrica, as condições

de implementação dos novos modos de trabalhar é uma condição imposta, onde os auxiliares de enfermagem não podem “escolher a qualidade, nem a intensidade, nem a frequência” (Canguilhem 2001, p.7), nestes termos impõe-se uma condição de resposta ao meio que impedem especialmente aos técnicos e auxiliares de enfermagem usarem ao máximo as suas potencialidades humanas no exercício de sua funções.

Pensamos que este é o impedimento mais difícil de falar, o impedimento de serem autores de seu próprio trabalho. Esse impedimento é de matar!

Mas tomamos para nós a afirmativa de Lourau (1993, p.111): “A pesquisa necessita de dúvidas e não de certezas prévias”, ocorre-nos a questão: será que com esse dispositivo metodológico a enfermagem deste hospital se insere no processo de reestruturação da assistência psiquiátrica nos moldes da Reforma Psiquiátrica?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. Agência USP de notícias. Disponível em:<<http://www.sentidos.com.br.htm>>. Acesso em: 18/10/2006.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000 a.

_____. *A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica*. In: _____. (Org) *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 1.ed. Rio de Janeiro : NAU , 2004. p. 45-66.

_____. Lobby e preconceito dificultam novo modelo Jornal do Brasil.08 de março de 2009| País | RJ.

ANDRADE, P.F. *O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: Um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ*. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. R.J.2002.

ARAGÃO, Elisabeth Maria, BARROS, Maria Elisabeth Barros de e Oliveira, Sonia Pinto de. Falando de metodologia de pesquisa. *Estud. Pesqui. Psicol.*, dez. 2005, vol. 5, nº2.

BARREIRA, M. Entrevista dada para a Assessoria de imprensa da Associação Brasileira de Psiquiatria em 27/06/2006. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/historia/noticia/exibNoticia/?not=6> Acessada em: 10/08/2008.

BASAGLIA, F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Ed. Brasil debates, 1979.

BAUMGARTEN, Maíra. Tecnologia. In: CATTANI, Antonio D. (Org.). Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: UFRGS, 2002, p. 311-318.

BIRMAM, Joel et al. *Os descaminhos da subjetividade*. Niterói, Ed. da Universidade Federal Fluminense. 1988.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. Revista Brasileira de Educação. n. 19, p. 20-28. jan/fev/mar/abr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da I Conferência Nacional da Saúde mental*: Relatório final. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1988.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório final da III Conferência Nacional da Saúde mental*: Relatório final. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Cartilha da PNH: Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Resolução 196/1996. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em 05 de Outubro de 2007.

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

_____. Ministério da Saúde. Centro cultural da saúde. *Memórias da loucura. Cronologia*. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/retratos06.html>. Acesso em: 26/09/2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. *Datasus*. Disponível em:

http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?Vcodigo=03875041000110. Acesso em 30/06/2009.

_____. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. IBGE. Estimativa da população. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP2008_DOU.pdf. Acesso em 28/06/2009.

_____. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS. Portaria Federal 336/2002. Disponível em <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4125.html>. Acesso em: 10/06/2008.

_____. Ministério da Saúde Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf. Acessado em: 25/06/2008.

_____. Ministério da Saúde/Coordenação geral de Saúde Mental. Relatório de gestão 2003-2006. Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf. Acessado em: 16/07/2008.

_____. Ministério da Saúde. Saúde de mental no SUS: Os leitos de Atenção Integral. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29815&janela=2 Acesso em: 28/06/2009.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório final da II Conferência Nacional da Saúde mental*: Relatório final. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1993.

CAMPOS GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda*. São Paulo: Hucitec; 2000. Capítulo III. Disponível em: <http://www.inde.gov.mz/docs/polsaude1.pdf>. Acesso em: 26/05/2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102. Acesso em: 30/06/2009..

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 6. Ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CATTANI, Antonio David (org.). Trabalho e tecnologia - In: CATTANI, A. D. (Org.). Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia. 4. ed.rev.ampl. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: UFRGS, 2002.e.

_____. Gestão participativa In: CATTANI, A. D. (Org.). Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia. 4. ed.rev.ampl. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: UFRGS, 2002.p.140-147.

CERTEAU, Michel de. A invenção do cotidiano, 1. Artes de fazer. Petrópolis:Vozes, 1994.

CHAUÍ, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. P. imprensa: São Paulo. Cortez, 1990. 309 p.

CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.

_____. 1º momento da fala do prof. Yves Clot em conferência realizada da UFF em 17/09/2007.

_____. Trabalho e sentido do trabalho. In Ergonomia. Pierre Faizon (Org.). Ed. Blucher, 2007. P. 265-277.

_____. A Psicologia do Trabalho na França e a perspectiva da Clínica da Atividade". Conferência Realizada na Universidade Federal Fluminense. Setembro, 2007.

_____. Curso: "Uma psicologia histórico-cultural para a compreensão das práticas educativas". Organizado pelo LAEL – PUC/SP - 20 a 24 de setembro de 2004. Transcrição das traduções consecutivas, pelo LAEL, de *Marina Gonçalves Buzzo*. Texto elaborado a partir de diferentes transcrições e anotações

COSTA, W. G. A. & MAEDA, S. T. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 57, p. 15-29, jan./abr. 2001.

COSTA-ROSA, A. et all. *Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva*. In: Amarante, P. (Org) *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 1.ed. Rio de Janeiro : NAU , 2003. p.13-19.

DANIELOU, F. (2006). Entre a experimentação regulada e a experiência vivida: as dimensões subjectivas da actividade do ergónomo em intervenção. *Laboreal*, 2, (1), 64-72.

DEJOURS, C.. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Editora da FGV. 1999.

_____. *O Fator Humano*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

DEJOURS, C. H HIRATA. *Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção*. In: *Sobre o modelo japonês*. São Paulo: EDUSP, 1993.

DIMENSTEIN, Magda. *Subjetividade e práticas institucionais: A reforma psiquiátrica em foco*. Vivência, nº 32, 2007, p. 25-31.

DURRIVE at all. Capítulo 4: A Técnica e a experiência dos humanos. In: Schwartz Y, Durrive L ,organizadores. *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007.

FISCHER, B. Foucault e histórias de vida: aproximações e que tais. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 24. *Programa e resumos*. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação, 1996. p.114.

FISCHER, M. B. *Novas vidas: Educação do cuidado em territórios de transformação*. Dissertação de mestrado. UFRGS. Porto Alegre. 2007.

FLORA, F. A. M. A crise na saúde mental. Flora, F.A.M. / Rev. Psiqu. Clín 35 (1); 33-34, 2008.

FONSECA, T. M. G. et al. *Pesquisa e acontecimento: o toque no impensado*. *Psicol. estud.*, Maringá, v.11, n. 3, 2006. Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722006000300022&lng=PT&nm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722006000300022&lng=PT&nm=isso). Acesso em 08/05/ 2007. Pré-publicação.

FOUCAULT, M- *Uma Trajetória Filosófica: (Para Além da Hermenêutica e do Estruturalismo)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

_____. "Genealogia e poder". Em: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979, 10ª Ed., p. 169.

FREIRE, F. H. M. *O Sistema de alocação de recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos*. Fundação Oswaldo Cruz. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro; s.n; 2004. 156 p. illus.

GOULART, M.S.B. *As raízes do movimento antimanicomial*. São Paulo; Casa do Psicólogo, 2007.

_____. *O ambulatório de saúde mental em questão: desafios do novo e reprodução de velhas fórmulas*. Belo Horizonte:UFMG. 1992. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Sociologia, 1992.

GUATARI, F., ROLNIK, S. – *Micropolítica: Cartografias do desejo* 6.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

HOLZMANN, L. *Divisão social do trabalho*. IN: Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia: Antonio David Cattani (org.). – 4. Ed. rev. ampl. – Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Da UFRGS, 2002. P. 84-87.

JACQUES, M.G. *Identidade e trabalho*. In: Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia: Antonio David Cattani (org.). – 4. Ed. rev. ampl. – Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Da UFRGS, 2002. P. 161-165.

L'ABBATE, Solange. *Institutional analysis and collective health. Ciênc. saúde coletiva*, vol.8, n. 1, 2003, p.265-274. ISSN 1413-8123.

LANCETTI, Antonio 1989. 'Quem manda na loucura?' *Teoria e debate: revista trimestral do Partido dos Trabalhadores*, n° 8, pp. 60-3.

LOURAU, R. *Análise institucional e prática de pesquisa*. 1993.

LOVATO, L.G. N Introdutórias *.A proteção à saúde no Brasil: Aspectos sociais, econômicos e políticos*.
http://artigocientifico.com.br/uploads/artc_1150690901_48.doc. Pesquisado em: 29/07/2008.

LUCHMANN, L. H.; RODRIGUES, J.. The anti-asylum movement in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01/07/2008.

MARANHÃO, R.M.C.S. *Reforma psiquiátrica: novas cartografias de trabalho para os técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica?* 2004. 280f. Tese (Doutorado em psicologia clínica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2004.

MARÇAL, C.R.M. *A Saúde Mental na Atenção Básica: Uma saída para o sofrimento psíquico?* Unicampi.2007. Disponível em:

http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/artigos/aprimorandos/1.pdf. acesso em: 30/06/2008.

MARTIN, C. GADBOIS, C. A ergonomia no hospital. In: Ergonomia. Pierre Faizon (Org.). Ed. Blucher, 2007.P.519-533.

MATTOS, R. A. *Os Sentidos da Integralidade*: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. (2001). Disponível em: http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf. Acesso em: 29/06/2009.

MELLO e SOUZA, M.C.B.; ALENCASTRE, M. B. A formação do enfermeiro psiquiátrico e a pesquisa em enfermagem: algumas considerações teóricas. Acta Paul. Enf. São Paulo, v. 16, n.1, p. 76-83. 2003.

MENDES, J.M.R. Acidente de trabalho. In: Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia: Antonio David Cattani (org.). – 4. Ed. rev. ampl. – Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Da UFRGS, 2002. P. 31-40.

MOLINIER, P. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 33 (118): 06-16, 2008 6. Disponível em: www.fundacentro.gov.br/rbso. Acesso em: 21/07/2009.

MOURA, A. *A equipe numa enfermaria psiquiátrica*: relato de uma experiência. In: SILVA, A. E. et al. (Org.). *Subjetividade: questões contemporâneas*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 197-207.

OGATA, M.; RODRIGUES, A. Contribuição à história da enfermagem psiquiátrica brasileira. Revista Paulista Enfermagem, São Paulo, v.14, n.213, p.77-85, 1995.

OSÓRIO, S. *Saúde mental e trabalho*: reflexões teóricas e práticas sobre intervenção no trabalho hospitalar. Disponível em: <http://www.slab.uff.br/textos.htm>. Acesso em: 08/04/2006.

PALOMBINI, A. A ética nas micropolíticas de atenção a loucura. Loucura ética e política: escritos militantes. Conselho Federal de Psicologia (org.).São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. P.159-163.

PAULON, S. M.. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. Psicol. Soc. , Porto Alegre, v. 17, n. 3, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822005000300003&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 12/08/2008.

PINTO, Julio Cesar Silveira Gomes. A Saúde Mental na Atenção Básica. Monografia do curso de Pós Graduação em Saúde Pública. Universidade Estácio de Sá/Macaé; 2004.

RAMMINGER, T.. Trabalhadores de Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica, Saúde do Trabalhador e Modos de Subjetivação nos Serviços de Saúde Mental. Dissertação (Mestrado), Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS. 2005 .

RESENDE, Heitor, 1987. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: *Cidadania e loucura - Políticas de saúde mental no Brasil*, (S. A. Tundis & N.R. Costa, orgs.), 15-73, Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco.

ROCHA, R. M. *Enfermagem psiquiátrica: Que papel é este?* Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia/ Ed. Te Corá, 1994.

RODRIGUES, H. B. C. *Apresentação*. In: GUARESCHI, N.; HÜNING, S. (orgs.). *Foucault e a psicologia*. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2005.

_____. O homem sem qualidades: história oral, memória e modos de subjetivação. Estudos em psicologia, UERJ, RJ, Ano2, N. 2, 2º semestre de 2004.

RODRIGUES, J. ; CUNHA, G. Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Políticas Públicas e Sociedade, v. 6, p. 1, 2007. *Disponível em: www.sociologia.ufsc.br/npms/jeferson_rodrigues.pdf*. Acesso em:07/02/2008.

ROTELLI, F. Destitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F. Destitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTOS, M. (2006). Análise psicológica do trabalho: dos conceitos aos métodos. *Laboreal*, 2, (1), 34-41.

SANTOS-FILHO, S. B. *Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos do trabalhador e do humanizadasus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde*. In: *Trabalhador da saúde, Muito Prazer! Protagonismos dos trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde*. _____. (Org.). 1 ed., Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. P. 73-96.

SCHOLZE, L. . Narrativas de si e a estética da existência. *Em Aberto*, v. 77, p. 61-72, 2007.

SCHWARTZ, Y. Capítulo 5: A linguagem no trabalho. In: Schwartz Y, Durrive L., (org). *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007.

_____ Anexo ao capítulo 5: A dimensão coletiva do trabalho e as entidades coletivas relativamente Pertinentes (ECRP) In: Schwartz Y, Durrive L, organizadores. Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF, 2007.

_____. Capítulo 7: Trabalho e o uso de si. In: Schwartz Y, Durrive L, organizadores. Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF, 2007

SILVA, L. C. L. O lugar dos hospitais psiquiátricos frente ao processo de reestruturação do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil pela voz dos trabalhadores. Dissertação (Mestrado). Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2007.171 p.

SILVA, M. V. O. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários dos familiares. Loucura, ética e política: Escritos militantes/ (organização). Conselho Federal de Psicologia, - São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SILVA, Martinho. Responsabilidades, obrigações e engajamentos: uma reflexão sobre o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Mnemosine Vol.3, nº1, p. 18-40 (2007) – Artigos.

SOUZA, Waldir da Silva. Associações de usuários e familiares frente à implementação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 179 p.

TAVARES, C. M. A imaginação criadora como perspectiva do cuidar na enfermagem psiquiátrica. Tese de doutorado. EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro. 1998.

TENORIO, Fernando. Psychiatry reform in Brazil from the 1980's to present days: its history and concepts. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702002000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25/10/2007.

VENTURINI, E. Prefácio à primeira edição. I. : AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000 a. p.13.

VIEIRA, S.B., Seligmann-Silva E, Athayde M. *Dimensões ocultas no hospital: O “trabalho sentimental” e as violências presentes na relação de serviço*. In:

Araújo A, Alberto MV, Neves MY, Athayde M, organizadores. Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.