

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Educação - FAE/UFMG

Davidson Passos Mendes

**O AGIR COMPETENTE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO DO RISCO
DE VIOLÊNCIA NO TRABALHO: o ponto de vista da atividade
humana de trabalho dos técnicos de enfermagem de uma
instituição pública psiquiátrica.**

Belo Horizonte
2014

Davidson Passos Mendes

**O AGIR COMPETENTE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO DO RISCO
DE VIOLÊNCIA NO TRABALHO: o ponto de vista da atividade
humana de trabalho dos técnicos de enfermagem de uma
instituição pública psiquiátrica.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Educação.

Linha de Pesquisa: Política, Trabalho e Formação Humana

Orientadora: Prof^a. Dra. Daisy Moreira Cunha

Belo Horizonte
2014

Em especial, à minha família:

Meu pai, exemplo de sonhos, lutas e conquistas;

Minha mãe, exemplo de amor, humildade e coragem;

Minha irmã, por compartilhar espaços e momentos;

À Juliana, minha esposa, pelo amor incondicional e pela companhia cotidiana;

Ao meu filho Arthur, um grande sonho.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, pela força e pela coragem para prosseguir.

À minha orientadora, Prof. Dra. Daisy Moreira Cunha, amiga e conselheira profissional. Tornou o meu aprendizado mais suave pela sua sabedoria e se mostrou paciente diante dos meus limites e das minhas dificuldades.

À professora, orientadora de mestrado, Dra. Eliza Helena de Oliveira Echternacht, amiga, incentivadora e interlocutora constante. Referência, provocativa e questionadora, que me faz ir em busca de melhorias permanentes na prática da ergonomia.

Aos Professores Luiz Felipe Silva e Eliza Echternacht, pelas críticas extremamente construtivas, durante a qualificação, que foram fundamentais para a construção desta tese.

Aos professores da Faculdade de Educação/UFMG que me trouxeram informações e conhecimentos indispensáveis para o andamento deste trabalho.

À turma de doutorado, companheiros das angústias e dos medos.

Aos amigos Daniella Almeida e Ênio Rodrigues da Silva, militantes reformistas, que me conduziram na fundamentação teórica na área de Saúde Mental, produzidos nos diversos debates, acalorados às vezes, porém, investidos de valores humanos acerca da clínica estabelecida na assistência psiquiátrica.

Ao diretor do IRS, Dr. Maurício Leão, que propiciou a pesquisa no hospital estudado e que sempre esteve disponível para o esclarecimento das questões levantadas.

Aos trabalhadores do IRS, em especial, ao enfermeiro Antônio Nilton e Cláudia Torres (NEP), que permitiram a realização do trabalho e se dispuseram a esclarecer minhas dúvidas.

Aos auxiliares e técnicos de enfermagem que fizeram deste estudo uma realidade.

E a todos aqueles que contribuíram neste processo de aprendizado: alunos, professores, colegas, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e pacientes do IRS .

... se nós queremos compreender como se opera isso que chamamos tradicionalmente de atividade técnica, é preciso integrar, articular, procurar sempre numa situação os efeitos de trama e os efeitos de urdidura.

SCHWARTZ & DURRIVE (2010, p. 107)

RESUMO

Na assistência hospitalar em psiquiatria tem sido observado um aumento do risco potencial de agressão às populações trabalhadoras envolvidas. Uma questão daí emerge: de que forma o agir competente, neste contexto, pode arbitrar entre a heterodeterminação e a mobilização de saberes e valores incorporados na prática? Em busca de resposta à questão colocada, o estudo tem por objetivo compreender as atividades de trabalho dos técnicos de enfermagem (TE) na assistência ao paciente em uma emergência psiquiátrica, revelando as dificuldades encontradas e as estratégias construídas para o desenvolvimento das ações da assistência, competência e construção da saúde dos trabalhadores. A abordagem metodológica utilizada nesse estudo foi baseada na Análise Ergonômica do Trabalho (AET), por meio de observações (gerais e sistematizadas) e entrevistas (semi-estruturada e de autoconfrontação) e Ergológica, cuja amostra foi composta por 17 profissionais (TE), do Centro de Atendimento à Crise (CAC). Os resultados revelaram que mudanças estruturais trouxeram impactos na assistência. A) Quanto à organização da rede de assistência psiquiátrica, foram evidenciados dois principais fatores inferentes: (1) A distância entre a organização da assistência psiquiátrica preconizada pela Reforma Psiquiátrica e a real estrutura e organização do sistema; (2) Transformações sociais carregam mudanças significativas no perfil dos pacientes, onde os 'drogaditos' compõem hoje 65% da demanda do hospital pesquisado. B) Quanto ao conflito de normas originado nos debates entre a Psiquiatria e a Saúde Mental, pode-se destacar os seguintes fatores: (1) A instrumentalidade utilizada nas dimensões de cuidado na assistência hospitalar, principalmente no CAC, ao paciente em crise, revela o uso de tecnologias duras, por meio da contenção. (2) O predomínio de entrada de pacientes com internação involuntária ou voluntária momentânea, reforça a abordagem utilizada diante do risco potencial. O técnico de enfermagem ocupa função fundamental na avaliação da evolução, dos possíveis efeitos colaterais da medicação e do risco de reações violentas por parte do paciente, além de participar como co-gestor das interfaces médico/paciente, estruturando às configurações coletivas necessárias no cotidiano da assistência.

Palavras-chave: Atividade de trabalho. Competência. Gestão de risco.

ABSTRACT

It has been observed on the hospital unit, psychiatry area, an increase in the potential risk of violence on the working populations involved. A question then arises: how the competent action, in this context, can arbitrate between hetero-determination and the mobilization of knowledge/values incorporated into practice? In search of answer to this question, the study aims to understand how the work activities of nurses technicians (NT) that work in a psychiatric emergency, can reveal the difficulties and strategies built to develop the actions of assistance, competence and construction of health of workers. The methodological approach used in this study was based on Ergonomic Work Analysis - EWA, through observations (general and systematic) and interviews (semi-structured and self-confrontation) and ergological, whose sample consisted of 17 professionals (NT) of the Care Center for Crisis (CCC). The results revealed that structural changes brought impacts in the assistance. A) Regarding the organization of psychiatric care network were identified two main factors: (1) the distance between the organization of psychiatric care recommended by the Psychiatric Reform and the actual structure and organization of the system, (2) social transformations conducted significant changes in the profile of patients, where drug addicts, today comprise 65% of the demand of the studied hospital. B) As for the conflict of rules originated in discussions among Psychiatry and Mental Health - distinct disciplines that underpin the practices of care and its instrumentality, it can highlight the following factors: (1) the instrumentality used in the dimensions of care in psychiatric area, especially in the CCC, to patient in crisis, discloses the use of hard technologies through the restraint. (2) the predominance of entry of patients with voluntary hospitalization momentary or involuntary reinforces the approach used before the potential risk. The nursing technician develops a fundamental role in assessing the evolution, of the possible side effects of medication and the risk of violent reactions by patients, and participates as a co-manager of the doctor/patient interfaces, structuring the collective settings required in everyday care.

Keywords : Activity of work. Competence. Risk management

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Módulo Territorial.....	79
FIGURA 2	Estrutura Assistencial.....	108
FIGURA 3	Fluxograma de atendimento no CAC.....	117
FIGURA 3	Fluxograma de atendimento no CAC (continuação).....	119
FIGURA 4	Distribuição da população do estudo por sexo.....	120
FIGURA 5	Distribuição da população do estudo por categoria de trabalho.....	121
FIGURA 6	Distribuição da população do estudo por carga horária.....	121
FIGURA 7	Distribuição da população do estudo por escolaridade.....	122
FIGURA 8	Diferenças entre a Psiquiatria Tradicional e a Saúde Mental.....	126
FIGURA 9	Normas antecedentes do trabalho na assistência psiquiátrica.....	130
FIGURA 10	Gerenciamento de leitos no CAC.....	137
FIGURA 11	Demanda necessária de reconfiguração para a gestão do risco.....	139
FIGURA 12	Antecipações, deslocamentos e trocas de informações no trabalho (Atividades x Tempo).....	143

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição dos trabalhadores efetivos do hospital de acordo com o tipo de serviço.....	112
TABELA 2	Distribuição dos trabalhadores contratados do hospital de acordo com o tipo de serviço.....	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AET	Análise Ergonômica do Trabalho
AFDM	Associação dos Familiares e Amigos dos Doentes Mentais
CAC	Centro de Atendimento à Crise
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CMT	Centro Mineiro de Toxicomania
DD3P	Dispositivo Dinâmico a Três Pólos
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ECRP	Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes
EEG	Eletroencefalograma
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GSST	Gerência de Segurança e Saúde do Trabalhador
IRS	Instituto Raul Soares
MLA	Movimento de Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDI	Psiquiatria Democrática Italiana
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTI	Plano Terapêutico Individual
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIGH	Sistema Integrado de Gestão Hospitalar
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SND	Serviço de Nutrição e Dietética
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnicos de Enfermagem
UCCI	Unidade Clínica de Cuidados Intermediários

SUMÁRIO

1	AS TRANSFORMAÇÕES DO MUNDO CONTEMPORÂNEO E DO TRABALHO.....	15
2	DA INTERVENÇÃO À PESQUISA: REVISITAÇÃO A UM TERRITÓRIO.....	22
2.1	Do Risco e de como abordá-lo.....	29
2.2	Riscos da atividade de trabalho de enfermagem e as demandas necessárias de reconfiguração: a questão da violência.....	32
2.3	O papel da norma e sua insuficiência: a necessária análise do risco do ponto de vista situado.....	39
3	PERCURSO TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	44
3.1	A Abordagem Ergonômica.....	44
3.2	A Abordagem Ergológica.....	50
3.3	Metodologia.....	56
3.3.1	Objetivos.....	57
3.3.1.1	Objetivo geral.....	57
3.3.1.2	Objetivos específicos.....	57
3.4	Método.....	57
3.4.1	Materiais utilizados e procedimentos.....	57
3.4.2	Análise Ergonômica do Trabalho.....	61
3.4.2.1	Primeira etapa: retomada da demanda, análise técnica e organizacional do hospital e a determinação do setor para análise.....	61

3.4.2.2	Segunda etapa: critérios para escolha do setor a ser analisado, a população trabalhadora e o trabalho prescrito.....	62
3.4.2.3	Terceira etapa: foco para observações sistemáticas, análise da atividade e o curso da ação.....	63
3.4.2.4	Quarta etapa: análise dos resultados.....	63
3.4.2.5	Processos de validação e de restituição dos resultados aos envolvidos.....	64
3.4.2.6	Dificuldades encontradas na análise da atividade.....	66
4	CONFIGURAÇÃO DO NÍVEL MACRO: PROCESSOS, NORMAS E VALORES ESTRUTURANTES E SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	68
4.1	Modelos de assistência à saúde.....	68
4.2	Breve histórico da conformação do Sistema de Saúde Brasileiro.....	69
4.3	O Processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	75
4.3.1	Construção histórica.....	82
4.4	A Complexidade Hospitalar.....	89
4.5	A enfermagem no contexto hospitalar e na Saúde Mental.....	93
4.6	A saúde dos trabalhadores da Saúde em um contexto de transformação e numa <i>perspectiva líquido-moderna</i>.....	96
4.7	O trabalho na saúde: modelo taylorista?.....	101
5	O CAMPO EMPÍRICO.....	106
5.1	Análise da estrutura técnica e organizacional.....	106
5.2	A população trabalhadora do hospital e os horários de trabalho.....	110

5.3	População atendida no hospital.....	113
5.4	O trabalho no hospital psiquiátrico: modelo prescritivo da assistência.....	115
5.5	Sujeitos da pesquisa: os auxiliares e técnicos de enfermagem do CAC.....	120
5.5.1	Tarefas do auxiliar/técnico de enfermagem do hospital pesquisado.....	122
5.6	Mudanças estruturais e o impacto na assistência.....	124
5.7	A invisibilidade do trabalho dos técnicos de enfermagem.....	141
5.8	Desvelando as micro-histórias: crônicas da atividade.....	146
5.8.1	Análise da crônica 1.....	147
5.8.2	Análise da crônica 2.....	150
6	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	158
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	169
	REFERÊNCIAS.....	173
ANEXO A	Parecer ético do COEP UFMG.....	188
ANEXO B	Parecer ético do CEP FHEMIG.....	189
ANEXO C	Plano Terapêutico Individual (PTI).....	191
ANEXO D	Comunicação de Internação Voluntária.....	193
ANEXO E	Comunicação de Internação Involuntária.....	194
ANEXO F	Registro de Contenção Física.....	196

APÊNDICE A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	197
APÊNDICE B	Entrevista Semi-estruturada.....	202
APÊNDICE C	Crônica 1.....	205
APÊNDICE D	Crônica 2.....	209

1 AS TRANSFORMAÇÕES DO MUNDO CONTEMPORÂNEO E DO TRABALHO

O mundo contemporâneo tem passado por intensas e profundas transformações e sua dinâmica individualista e fragmentadora tem repercutido de maneira contundente na forma de ser e de fazer o trabalho - cada vez mais variado e complexo, com maior exigência de ordem subjetiva e de mobilização de inteligência em um ambiente de estímulo a uma pretensa autonomia na condução das atividades cotidianas (HENNINGTON, 2011).

Atualmente, a informação e a comunicação se tornaram elementos fundamentais à produção. Houve, também, uma apropriação e exploração de capacidades humanas no mundo do trabalho como a criatividade, a capacidade organizativa e de cooperação, a comunicação e a habilidade dos trabalhadores na resolução de problemas que passam a ser valorizadas e imperativas no novo ideário produtivo (ANTUNES, 1999).

O conflito capital/trabalho persiste e, de certa forma, se exacerba. Há sempre uma tentativa de captura da subjetividade dos trabalhadores pelo capital e a conseqüente indução ao estranhamento e alienação em relação ao que é produzido e para quem se produz.

Entretanto, o ato de trabalhar não se restringe a um uso heterodeterminado de homens e mulheres pelos gestores dos sistemas de produção, mas a uma experiência de si mesmo, numa relação com a própria história. A atividade humana de trabalho exige uma constante arbitragem entre o uso de si por si mesmo e o uso de si por outros, num debate permanente entre as “*normas antecedentes*” e as normas internas inscritas na história do corpo de quem trabalha.

Como elemento vivo, o trabalho persiste em uma constante disputa entre alienação e desalienação na vida cotidiana. Trabalhar é gerir. Não há como a vida se desenrolar sob o registro da estrita heterodeterminação, do assujeitamento ao meio. Submeter-se inteiramente às normas seria invivível, como nos diz Schwartz (SCHWARTZ, 2010).

Uma situação de trabalho revela as questões da sociedade: os níveis microscópico e macroscópico da vida social se interpenetram e os valores circulantes tomam forma e sentido. Pela maneira como se trabalha, cada um toma posição nestes debates da sociedade e os recompõe na sua escala, como fermentos de mudanças.

Esta pesquisa realizada, em um hospital psiquiátrico, estrutura-se no campo relativo à produção de conhecimentos para o desenvolvimento de critérios ergonômicos e ergológicos voltados à concepção e à gestão dos sistemas de trabalho no Setor Saúde, envolvendo questões relativas às condições de desempenho no trabalho e as repercussões das condições de execução do trabalho sobre a saúde das populações trabalhadoras envolvidas na assistência em saúde mental, cujo espaço e técnica estão em profunda transformação estrutural.

O setor hospitalar tem se mostrado como um importante e grave foco de problemas relacionados à Saúde do Trabalhador e Segurança do Trabalho e exigido, de modo crescente, intervenções preventivas. Tais repercussões da atividade de trabalho sobre a saúde têm sido conformadas em processos de desgaste e adoecimento variados, entre os quais destacam-se as LER/DORT, variadas manifestações de adoecimento psíquico e os acidentes de trabalho. Na assistência hospitalar em psiquiatria tem sido observado, principalmente nas emergências psiquiátricas, mas não exclusivamente, um aumento do risco potencial de agressão às populações trabalhadoras envolvidas.

Algumas questões daí ressaltam: a clínica preconizada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem dado conta da diversidade dos pacientes? Será que os pacientes que tem chegado aos hospitais psiquiátricos não são aqueles que não têm sido assistidos pela rede substitutiva em razão da complexidade da assistência e do risco de agressão? Os pacientes de internação involuntária têm sido acolhidos pelos CAPS? A desmontagem do sistema não tem sido muita rápida, levando à desassistência?

As necessidades em saúde mental têm crescido e se tornado cada vez mais complexas, exigindo uma permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão e de construção de estratégias

inovadoras de cuidado.

Debates e embates políticos acerca da Reforma Psiquiátrica tem se tornado mais recorrentes, principalmente com entidades corporativas do campo da saúde mental, especialmente as médicas, mas não somente elas – e atores políticos relevantes no parlamento, com nova ênfase no modelo biomédico, além de uma forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica, assumindo muitas vezes o aspecto de um contencioso onde as portas para o diálogo têm se tornado estreitas.

Este debate tenso é situado, principalmente, em torno de três temas recorrentes: 1) a crítica à efetividade da rede de atenção comunitária e ao presumido erro da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que teria reduzido leitos psiquiátricos de modo inadequado, expondo os pacientes ao risco de desassistência; 2) a presumida ausência de diálogo com as entidades corporativas, que teria alijado os psiquiatras e conselhos profissionais médicos e dos psicólogos das decisões e da execução da política; 3) a presumida incapacidade da PNSM, e do próprio Ministério da Saúde, de darem uma resposta efetiva ao problema do crack.

Em relação à ampliação da rede, houve o incremento da cobertura dos CAPS, atingindo 66% de cobertura/Brasil e uma extensão para áreas menos assistidas como a Amazônia Legal e o Centro-Oeste (BRASIL, 2011). Também houve uma expansão das ações regulares de saúde mental na atenção básica, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o aprofundamento, sistematização e extensão das estratégias de “*matriciamento*” cujos CAPS ocupam papel central.

A desinstitucionalização tem prosseguido em todos os municípios onde se localizam hospitais psiquiátricos - são 1700 leitos fechados ao ano (BRASIL, 2011). Algumas dificuldades precisam ainda ser superadas, como o sub-financiamento das residências terapêuticas e o ritmo lento de incorporação dos egressos ao Programa De Volta para Casa.

Ainda é insuficiente a contrapartida de abertura de serviços em hospitais gerais e CAPS-III, impactando no cotidiano da assistência realizada nos outros equipamentos

da rede e, também, nas estratégias de cuidado e de gestão de riscos nos hospitais psiquiátricos que recebem os pacientes em crise (em sua maioria internações compulsórias ou involuntárias) e com conseqüências diretas na saúde das populações trabalhadoras envolvidas.

A política de álcool e outras drogas tem sido fortemente marcada pelo impacto do grave problema do aumento do consumo de crack em todo o país, especialmente em grupos vulneráveis. Respostas institucionais têm sido estabelecidas, expressas nas variadas ações emergenciais (Plano emergencial de ampliação das ações de atenção em álcool e outras drogas – PEAD, de 2009, e o Plano interministerial do crack, em 2010) e já começam a produzir resultados, numa tentativa de se melhorar a assistência e o clima alarmista que tem marcado o debate desta questão, na imprensa e no parlamento, nos últimos anos (BRASIL, 2011).

Neste contexto de transformações sociais e produtivas e as conseqüentes repercussões sobre as condições de vida e de saúde das populações trabalhadores é que se instaurou a pesquisa cuja demanda centrava-se na questão do risco e de seus agravos na assistência ao paciente psiquiátrico em crise de um hospital público de emergência psiquiátrica.

A pretensão do estudo, em seu aprofundamento teórico e metodológico, é compreender para transformar. Algumas questões daí emergem:

De que forma o agir competente, neste contexto, pode arbitrar entre a heterodeterminação (condições estabelecidas pelas normas de ordem técnica, organizacional, gerencial, seus instrumentos, seu tempo, seu espaço) e a mobilização de saberes e valores incorporados na prática?

E os desdobramentos deste debate como possibilidade de produção de saúde/doença, prazer/desprazer, dor/sofrimento/regulação, riscos/saberes de prudência, no trabalho?

Frente às questões colocadas, surge uma outra, ainda mais específica: como essa população de auxiliares e técnicos de enfermagem consegue "se configurar"

coletivamente e produzir saberes para lidar com os pacientes (imprevisíveis e de risco) que tem acessado o hospital em estudo?

Analisar a gestão de riscos no trabalho e a construção da saúde/doença implica acessar a singularidade das experiências individuais e coletivas de reconhecimento e hierarquização dos riscos diante das especificidades das situações produtivas.

O objetivo do estudo, portanto, é compreender as atividades de trabalho dos técnicos de enfermagem na assistência ao paciente em uma emergência psiquiátrica, revelando as dificuldades encontradas e as estratégias construídas para dar conta das necessidades operacionais para o desenvolvimento das ações da assistência, competência e construção da saúde dos trabalhadores, associadas aos propósitos da produção. Busca-se, também, analisar a atividade de gestão de riscos no trabalho e a ocorrência de fatores que possam interferir nos processos de aprendizagem necessários à gestão individual e coletiva do risco e sua repercussão na eficiência dos fluxos de informação e na troca de experiências.

O material apresentado, como tese, está estruturado em sete capítulos.

No capítulo 1, é trazida à tona a questão das transformações do mundo contemporâneo e o impacto destas na rotina do trabalho e na saúde das populações trabalhadoras envolvidas.

No segundo capítulo, situa-se a pesquisa em um hospital psiquiátrico e a mudança do perfil do paciente atendido pela instituição (fruto de transformações institucionais e sociais), o que tem aumentado intensamente o risco de agressão, repercutido na assistência e nas possibilidades de preservação da saúde neste contexto. O autor expõe sua trajetória na instituição e trabalhos realizados anteriormente, retomando e revisitando um território já explorado, porém, ainda carente de soluções. Neste capítulo também há uma análise do risco inerente à atividade de trabalho em enfermagem, a forma de abordá-lo e as demandas necessárias de reconfiguração, em que se ressalta a questão da violência no contexto analisado.

No capítulo 3 é apresentada a metodologia de pesquisa, baseada na Análise

Ergonômica do Trabalho proposta por Guérin *et al.* (2005), e sua possibilidade de identificar os principais condicionantes que interferem na gestão dos riscos no trabalho. A escolha da metodologia da análise ergonômica do trabalho se deu pela possibilidade desse método de responder às questões colocadas e de dar indicativos para implementação de mudanças nos dispositivos técnicos, na organização do trabalho, na organização e gestão da empresa, nos programas de formação e qualificação dos trabalhadores. Deste ponto de vista, optou-se por estudar o trabalho a partir do ponto central, que é a atividade. A possibilidade da construção dos problemas através dos próprios trabalhadores, fez valer o conceito de que devemos realmente “*compreender o trabalho para transformá-lo*”. Além da utilização da Ergonomia enquanto propedêutica foram também utilizados os conceitos da Ergologia para reflexão, discussão e aprofundamento epistemológico. Os objetivos do estudo, os materiais utilizados e procedimentos são revelados neste capítulo, bem como os processos de validação, de restituição dos resultados aos envolvidos e as dificuldades encontradas em campo.

O capítulo 4 tem por pretensão apresentar a configuração do nível macro por meio dos processos, normas e valores estruturantes do trabalho em saúde, especialmente na assistência psiquiátrica, e a repercussão desta na assistência e nas possibilidades de manutenção/preservação da saúde de quem trabalha neste contexto. É revelado no capítulo os modelos de assistência à saúde e um breve histórico da conformação do sistema de saúde brasileiro, a complexidade do trabalho no setor hospitalar, a especificidade do trabalho em enfermagem e na saúde mental e as demandas necessárias de reconfiguração. No mesmo capítulo são apresentadas, também, as normas estruturantes do trabalho em saúde mental e o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira – valores colocados nos embates e debates entre a Psiquiatria Tradicional e a Saúde Mental. O capítulo é finalizado com uma problematização e, posterior reflexão, muito ainda distante de conclusão, acerca da questão do trabalho em saúde ser taylorizado.

Já no quinto capítulo, objetiva-se trazer os resultados da pesquisa, revelando as mudanças estruturais, a partir da análise da estrutura técnica e organizacional e o conseqüente impacto na assistência. É demonstrada a organização do trabalho ancorada no trabalho em equipe, necessidade em função da assistência ao paciente

em crise. Neste capítulo também são apresentados fragmentos das crônicas da atividade (encontra-se na íntegra nos APÊNDICES C e D) e sua análise, com o intuito de se desvelar as micro-histórias, de demonstrar a atividade em um contexto extremamente dinâmico.

No capítulo 6 é feita uma análise dos resultados e discussão, para aprofundamento epistemológico, dos dados apreendidos e revelados na pesquisa. O objetivo do trabalho além de trazer os resultados é, também, aprofundar os conceitos.

No sétimo capítulo são apresentadas as considerações finais não para concluir, mas sim para abrir a discussão acerca das perspectivas preventivas atualmente colocadas às diversas situações de trabalho, sob o paradigma da gestão dicotomizada de acidentes e de adoecimentos a partir da normatividade social. Abre-se espaço para a discussão da gestão do risco de violência no trabalho e o papel do trabalhador como gestor dos riscos no seu trabalhar e, de que forma, as condições organizacionais podem permitir ou não, a atualização das competências, necessárias para o agir competente no contexto situado. É também trazido à tona, reflexões acerca da assistência ao paciente psiquiátrico. Além disso, busca-se suscitar a discussão sobre quais são as possibilidades que o meio pode permitir ao ser humano manter-se saudável na diversidade e na velocidade das mudanças que atualmente são colocadas a todos nós.

2 DA INTERVENÇÃO À PESQUISA: REVISITAÇÃO A UM TERRITÓRIO

Este capítulo tem por objetivo revelar o porquê de uma revisitação a um território, demonstrando os riscos da atividade de trabalho de enfermagem e da assistência e as demandas necessárias de reconfiguração instauradas em uma intervenção que criou as bases para uma necessária pesquisa (aprofundamento teórico e metodológico), numa perspectiva de transformação local.

A entrada como pesquisador na instituição pesquisada se iniciou em 2007, fruto de uma demanda gerencial, previamente constituída, em função do '*disfuncionamento*' do contexto produtivo local, resultado de mudanças institucionais e sociais. Tinha acontecido, naquele momento, um acidente fatal e uma sindicância instaurada para "*achar culpados*". A Gerência de Segurança e Saúde do Trabalhador (GSST) da instituição, preocupada com o ocorrido e alarmada pelos dados epidemiológicos - alta incidência de afastamentos e absenteísmo em trabalhadores de enfermagem com menos de 30 anos de idade e com tempo de trabalho inferior a 3 anos - (MENDES *et al.*, 2008), fez uma consulta pública com o intuito de selecionar projetos para apoio diagnóstico e proposição de alternativas de melhoria das condições de trabalho naquele hospital. Desta seleção, o projeto foi aprovado e vinculado a uma instituição privada de ensino, que durou quatro anos e percorreu diversos hospitais da rede.

Após a seleção do projeto de pesquisa, iniciou-se o diagnóstico no hospital psiquiátrico. A mudança epidemiológica do perfil de adoecimento foi relevante para instruir a demanda e estabelecer o foco de análise na atividade de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem.

Deste estudo realizado na instituição (MENDES *et al.*, 2008) foi observado, em diversas situações, um apelo a uma atividade humana situada e confrontada à historicidade dos eventos, com a incorporação de competências particulares, capazes de lidar com o singular, os imprevistos e os fatos atípicos, tendo como objeto de trabalho o paciente psiquiátrico com suas dificuldades, com a agressividade (auto e heteroagressividade) e as interfaces: médico, paciente, enfermeiros e parentes dos pacientes.

Em relação à organização da rede de assistência psiquiátrica (MENDES *et al.*, 2008), foi evidenciada distância entre a organização da assistência preconizada pela Reforma Psiquiátrica e a real estrutura e organização do sistema, com uma mudança significativa no perfil dos pacientes, onde os *'drogaditos'*¹ compunham a maior demanda de assistência do hospital pesquisado, na maioria das vezes, por internação involuntária.

Os técnicos de enfermagem (TE) descreviam a natureza do objeto de trabalho, trazendo conceitos próximos daqueles que a sociedade têm sobre o doente mental. Como verbalizado por um TE: *“a sociedade despreza essa população doente daqui, são uns sofredores”*. Naquele momento já se revelava a mudança no perfil do doente mental ocorrido na última década: *“trabalho há trinta anos nesse hospital e não tinha drogado. O drogado veio e atrapalhou tudo”*.

A natureza do objeto de trabalho de enfermagem, portanto, já se apresentava distinta. Havia pacientes psiquiátricos, drogados, presos sob tutela do Estado e uma mistura disso tudo. A diversidade do objeto acarretava distintas formas de lidar com essa interface, o que trazia insegurança: *“a maioria dos pacientes são drogados, o que dá mais trabalho: são arrogantes, hostis...”* (Técnico de enfermagem).

O vínculo era estabelecido com o objeto de trabalho por meio da periculosidade, da cidadania negada, da sexualidade exacerbada e do risco de auto-agressão atribuído ao paciente psiquiátrico e o contato direto com o dependente químico.

O saber era provocado pelo conhecimento dos TE a respeito do seu cotidiano de trabalho, muitas vezes, estabelecido por um saber-fazer, com pouco conhecimento técnico-científico e, naquele momento, ainda em transformação.

Já se demonstrava uma lacuna de saber que se instaurava no dia a dia de trabalho. Questões comuns a todos envolvidos na assistência: como lidar com estes pacientes

¹ Drogadição ou Toxicodependência é o termo genérico criado para conter toda e qualquer modalidade de vício bioquímico por parte de um ser humano ou a alguma droga (substância química) ou à superveniente interação entre drogas (substâncias químicas), causada ou precipitada por complexo de fatores genéticos, bio-farmacológicos e sociais, incluídos os econômico-políticos.

tão heterogêneos? Qual clínica utilizar? Quais os valores e técnicas precisavam ali ser estabelecidos acerca da lida com este tipo de paciente tão diverso e que, de certa forma, não retomava os princípios do manicômio? Esta insegurança acerca da assistência era comumente visualizada. Como verbalizado por um técnico de enfermagem: *“Faltam cursos de capacitação. Aqui você age sozinho. Se você sabe, faz. Senão, faz assim mesmo”*.

O método utilizado naquele momento pela equipe de enfermagem em situações de agitação psicomotora, episódios de auto-agressividade e heteroagressividade e risco de fuga era a contenção mecânica. A escassez de recursos humanos fazia com que o procedimento fosse realizado sem o uso de método apropriado, concretizava-se no corpo a corpo, com os riscos oriundos deste procedimento. Um plantão com mais homens técnicos de enfermagem era um fator controlador da *“ordem”*. Como verbalizado: *“Agora tá tranqüilo... tem só enfermeiro homem. Já tive plantão aqui que estava eu e duas mulheres... a caçula tinha 60 anos. ‘Neguim’ fazia rebelião mesmo”*. A técnica, como forma de determinar o limite concreto do comportamento social do paciente, utilizada como ação para conter impulsos, limitar o outro.

A questão da agressividade e uso de drogas pelos pacientes era comumente verbalizado pela maioria do TE: *“de vez em quando eles acendem um BOM DIA BRASIL. A gente conversa na moral pede pra não fazer, senão dá problema pro nosso lado. Se assim não resolver, aí faz o comunicado...”*.

Segundo esses trabalhadores, a droga chegava aos pacientes via família: *“Familiar ou amigos que trazem drogas para eles. Não tem controle”*.

De acordo com a competência, a população trabalhadora assumia estratégias de lida com a questão da agressividade. *“Fui dependente químico e conheço os caras. Eles caem aqui dentro, eu não vou dar batidas nos caras, senão, os caras te fecham aqui na frente mesmo. Não tenho peito de aço”* (Técnico de enfermagem).

No mesmo estudo, quanto à organização do trabalho dos técnicos de enfermagem, foram destacados os seguintes fatores: a modalidade de cálculo do efetivo pelos gestores do sistema não considerava as especificidades da atenção em alta

complexidade na saúde mental, gerando um efetivo insuficiente, com diversidade de vínculos empregatícios e de formas de remuneração.

As formas de organização e divisão do trabalho foram evidenciadas pelos relatos em relação ao dimensionamento de pessoal, quando se referem à proporcionalidade que cada profissional era responsável.

Percebia-se, além da impossibilidade de uma assistência de enfermagem prestada com o mínimo de qualidade, uma crítica dessa população de enfermagem sobre o que seria para eles o ideal ao prestarem cuidados aos pacientes. Como verbalizado: *“às vezes parece penitenciária, clima pesado. Sábado e domingo ficam apenas dois enfermeiros. Fica complicado até sair para almoçar. Dá vontade de sair correndo”*.

Embora sendo um hospital público, 58% dos técnicos de enfermagem vinculavam-se, naquele momento, ao hospital através de contratos temporários. As diferenças entre os técnicos efetivos e contratados eram fontes de conflito nas equipes. Como verbalizado: *“Os efetivos podem não vir trabalhar, que está tudo bem. Se nós não viermos, estamos na rua. Trabalhamos mais, ganhamos menos. Somos muito mais cobrados”*. A fragilidade dos vínculos dos contratados os situavam em um campo reduzido de possibilidades de negociação, no que se refere à divisão do trabalho entre as equipes, onde as tarefas consideradas mais penosas eram geralmente realizadas por esses. Foram revelados, também, altos índices de rotatividade, absenteísmo e afastamento por doença, relacionados à sobrecarga dos técnicos contratados (dificuldades na lida com as agressões nas relações com os pacientes, as jornadas de 12 horas de trabalho contínuas, as duplas e triplas jornadas devidas aos baixos salários) (MENDES; ECHTERNACHT, 2010). Independente de ser contratado ou efetivo percebia-se o quanto era intensa a carga de trabalho para ambas categorias.

O rodízio permanente dos técnicos entre os setores do hospital era uma estratégia gerencial para o preenchimento de lacunas nas equipes causadas pelo absenteísmo. Havia casos em que um mesmo profissional era *‘rodiziado’* por todos os setores do hospital em uma semana, impactando nas configurações coletivas no cotidiano da assistência e nas competências do técnico de enfermagem.

Já havia naquele momento o Centro de Atendimento à Crise (CAC), porém, não havia classificação de risco na porta de entrada, a permanência do paciente nesse setor era breve e com rápido encaminhamento para as enfermarias culminando numa exacerbação do risco potencial de agressão nestes setores. Os rodízios constantes dificultavam a apropriação dos saberes oriundos da atividade, a permanente atualização e a quebra das configurações coletivas necessárias para a gestão do risco naquele contexto.

As relações multidisciplinares estabelecidas com os demais trabalhadores manifestavam-se por meio de sentimentos positivos e negativos. Os sentimentos negativos eram expressos pela culpabilização, pelos episódios de agressividade dos pacientes, pelos comentários depreciativos, gerando sentimentos de desânimo, cansaço e desgosto, pois demonstravam a falta de reconhecimento pelo trabalho realizado. A insatisfação nos TE baixava a estima da classe, sentiam-se inferiorizados. Os positivos se revelavam na construção da horizontalidade, parcerias de trabalho, coletividades trabalhadoras em que um profissional auxiliava o outro, compartilhava a sua competência e, dessa forma, reduzia-se a carga de trabalho, ampliava a regulação e minimizava assim, o risco de adoecimento.

A possibilidade de lidar com o imprevisível, em especial, as agressões físicas e jornadas de 12 horas de trabalho contínuas, deixava os TE em estado de alerta permanente. Os TE sentiam medo pela possibilidade de serem agredidos fisicamente e pelas ameaças feitas pelos pacientes. Durante a jornada de trabalho, encontravam-se expostos a objetos como facas, pedaços de madeira, 'chuxo' (instrumento pontiagudo feito com escova ou pé de cadeira). As agressões físicas manifestavam-se com chutes, socos, tentativas de estrangulamento e tapas. Como verbalizado por um TE: *“Já fui dependente químico, fiquei internado na Casa Verde e conheço os dois lados da moeda. Tem reunião aqui, eles vem falar de psicoterapia, mas isso é falta de caráter. É cara safado, bandido que cai aqui dentro. Quando era dependente químico não mexia com ninguém...isso é questão de caráter”* (referindo-se ao 'chuxo' e às ameaças que sofrem dos pacientes).

A falta de supervisão constante e direta da chefia imediata proporcionava intensa desproteção, gerando sentimentos de solidão, pois, muitas vezes, tinham que

assumir determinadas decisões sem possuírem autonomia suficiente.

Os TE, no cotidiano das instituições psiquiátricas, inalavam muita fumaça de cigarro, pois, os pacientes, em sua maioria, fumavam demasiadamente.

A exposição da população de enfermagem às cargas de trabalho foi por eles percebidas, como geradoras de desgaste físico e mental. O desgaste físico foi relatado como os problemas na coluna, apesar de inespecíficos, eram sentidos pelos trabalhadores e os mesmos associavam com a jornada de trabalho. As dores eram sentidas pelos trabalhadores e, muitas vezes, esses não conseguiam associar momento ou situação que as provocou. Muitas dores estavam associadas às agressões físicas sofridas.

Além dos processos de desgaste que se tornam visíveis, outros não visíveis também eram vivenciados e que 'marcaram' profundamente os TE, como o desgaste mental. A insatisfação e o desânimo pelo trabalho realizado geravam desconforto. O desânimo sentido somou-se ao estado de cansaço ou fadiga, tornando-se importante fator de desgaste mental.

A complexidade dessas ações apontou para a dialética da construção dos sistemas defensivos (DEJOURS, 1992). O mesmo objeto que faz sofrer, faz também resistir. A organização do trabalho desencadeou mecanismos psíquicos adaptativos.

Pode-se observar que em presença das contingências da atividade houve situações adaptativas, em que a população trabalhadora montou a horizontalidade e, assim, amenizou o efeito da carga de trabalho sobre sua condição trabalhadora. A população mais competente estabeleceu estratégias de regulação, mesmo precárias, temporárias e incipientes.

Após a realização do diagnóstico, os resultados foram validados e as implementações ergonômicas estabelecidas. Dentre várias implementações sugeridas e validadas, as principais centravam na quebra da diversidade de vínculos entre efetivos e contratados (realização de concurso público), na não realização dos rodízios (construção e atualização de competências) e na classificação de risco na

porta de entrada.

As proposições foram de fato acatadas. Houve a realização de concurso público na instituição e o momento atual é de transição (quase finalizada) dos contratados para os concursados. A coordenação de enfermagem diminuiu satisfatoriamente os rodízios entre os setores e também houve a criação do Plano Terapêutico Individual (PTI) no qual está inserida a classificação de risco potencial do paciente para ele mesmo e para outros.

Deste período se passaram três anos. Em 2011, uma nova demanda de estudo foi direcionada ao autor pela coordenação de enfermagem do hospital pesquisado.

De onde olho e com que olhar revisito o hospital já pesquisado?

Retomo a pesquisa mais maduro, próprio do processo de experimentação da vida, e com um olhar mais atento às questões já reveladas, porém, não aprofundadas em função de uma imaturidade teórica de um pesquisador iniciante.

Muitos dos constrangimentos encontrados anteriormente e revelados acima ainda permanecem no hospital pesquisado. O perfil do paciente que dá entrada no hospital hoje, em grande maioria, é de homens de 30 a 45 anos, usuário de drogas, de internação involuntária e em crise.

Esses constrangimentos têm provocado mudanças na gestão do trabalho com novas exigências da situação e uma nova configuração individual e coletiva frente ao risco. A partir desta constatação, algumas questões se ressaltam: Como se dá o encontro das profissões no trabalho? Como acontece o encontro com o OUTRO no campo da existência, de modos novos de viver e trabalhar na urgência/emergência? E a clínica? Está empobrecida pela intensificação e/ou pela característica do paciente?

O assunto droga é complexo e a internação involuntária é polêmica. Se alguns a acham necessária, outros vão dizer que há outras formas de tratar. Mas quais? No CAPS ad? No hospital psiquiátrico? Na comunidade terapêutica? E as famílias? São interrogadas? Em nome da devastação da droga e de certa ordem do mundo, não se

está utilizando do discurso droga para internar o paciente?

E os trabalhadores? Como é lidar com o risco potencial de agressão física e psíquica no dia a dia de trabalho? Como a atividade de enfermeiros (auxiliares e técnicos) gerencia estes riscos, especificamente, no atendimento de pacientes em crise, no setor CAC, de um hospital público de emergência psiquiátrica? Quais as condições necessárias para que essa reconfiguração das competências aconteça, especificamente, em um campo em transformação?

É neste contexto de risco e de permanente atualização com potencial de provocar perdas materiais e humanas que nos colocamos como território para coleta e análise de dados e perspectiva futura de transformação.

2.1 Do Risco e de como abordá-lo...

Viver nos obriga, necessariamente, a levar em conta os riscos. Proteger-se da morte, da doença, da tempestade, do mau êxito nos negócios não é uma estratégia recente. De acordo com Maciel & Telles (2000), a prática de afastar riscos sempre esteve associada à possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis.

No entanto, "*risco*" é um termo muito recente e sua definição conceitual está longe de reunir consensos (GONDIM, 2008; AREOSA, 2008). É uma noção genuinamente moderna e está implicada na reorientação das relações que os indivíduos e as coletividades estabelecem com os acontecimentos que podem ocorrer, cuja ideia central é controlar o futuro e surge em oposição ao conceito de fatalidade e destino, associado a uma certa contingência ou ambiguidade decorrente das diversas dinâmicas do mundo social.

De acordo com Areosa (2012), a definição de risco apresenta oscilações mediante os diversos contextos sociais onde é produzida, embora também possa depender de emoções, de sentimentos e da nossa própria percepção de riscos - existem determinados condicionantes sociais de caráter coercivo que influenciam a aceitabilidade do risco como a probabilidade da perda do emprego ou a dificuldade de inserção no mundo do trabalho. Desta forma, os trabalhadores devem ponderar

entre os custos e os benefícios de certos riscos.

Desta forma, obter uma definição do risco precisa e concisa, torna-se uma tarefa árdua. Apesar da pluralidade conceitual do risco, parece existir um elemento transversal a todas as suas definições: a distinção entre a possibilidade e a realidade, ou seja, a hipótese de ocorrência de um evento pode ou não se transformar em realidade. Assim, a incerteza é uma das dimensões do risco.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), não existe risco zero no mundo real: pode-se reduzir o risco evitando determinadas atividades, porém, não se pode eliminá-lo por completo.

Segundo Mazet e Guilhermain (1997, p. 23), “... o risco caracteriza a eventualidade de um evento (ou de uma situação) não desejada (ou temida) e seus efeitos ou conseqüências”. Trata-se de uma medida do nível de perigo - conceito qualitativo que exprime uma potencialidade, uma condição ou situação física com potencial de resultar em conseqüências não desejadas, como prejuízos à vida ou lesões corporais - por sua probabilidade de ocorrência, sua gravidade e sua aceitabilidade (GOETSCH, 2007).

O conceito de risco possui, portanto, três componentes básicos: 1) o seu potencial de perdas e danos; 2) a incerteza das perdas e danos; 3) a relevância das perdas e danos. Desta forma o risco é igual a probabilidade de danos multiplicado pela magnitude das conseqüências em função do tempo (GONDIM, 2008). Os avanços tecnológicos, científicos e do padrão produtivo contribuíram para essa nova percepção do risco associado a mudança na própria natureza do risco decorrente.

Para Areosa (2008), o âmago do conceito de risco não é visto como um cálculo matemático simples e direto, mas como uma vulnerabilidade na exposição a qualquer coisa (do individual e do coletivo), em que se considera a obtenção de alguns ganhos ou perdas a partir de valorações, de observações, de saberes e do contexto temporal onde é produzido. De acordo com este mesmo autor, um dos problemas que a moderna teoria do risco tem de enfrentar está relacionada com a forma de organizar os processos de aprendizagem perante situações de elevada

incerteza, ou seja, de que forma pode-se tomar decisões perante cenários de largas margens de incerteza.

As percepções que os trabalhadores têm da exposição aos riscos em seu ambiente de trabalho podem influenciar o seu comportamento e sua exposição aos riscos - em muitos modelos descritos na literatura sobre a adoção de comportamentos preventivos, a percepção de riscos laborais tem um papel importante nos seus conteúdos, visto que a prevenção depende parcialmente da identificação de riscos (CORDEIRO, 2002; GOETSCH, 2007; AREOSA, 2008; 2012). As percepções de risco no trabalho se caracterizam pela incorporação da multiplicidade de saberes adquiridos no cotidiano de trabalho, partilhados e construídos socialmente, de certa forma mutáveis ao longo do tempo e dependentes das situações onde se desenvolve o trabalho e seus condicionantes (AREOSA, 2012). Deste modo, a percepção de riscos é caracterizada pela heterogeneidade, pela ambivalência e pela incerteza.

No âmbito da enfermagem, o trabalho é caracterizado pelo agrupamento de fatores que podem representar riscos à saúde de seus trabalhadores. Diversos estudos (OLIVEIRA, 2001; MANETTI, 2008; SULZBACHER, 2013) têm demonstrado que a exposição a fatores de riscos mecânicos e ambientais específicos² (trabalho noturno, a manipulação de produtos químicos, cargas horárias extensas associadas às duplas jornadas, a exposição à radiação ionizante, a sustentação de peso em excesso durante a assistência ao paciente e o contato direto com material infectado) é ainda agravada pelos recursos materiais insuficientes e inadequados, que ocasionam condições inseguras de trabalho.

² Segundo a Norma Regulamentadora (NR) nº 9, do Ministério do Trabalho e Emprego (BR), que estabelece o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, caracteriza-se agentes biológicos as bactérias, os fungos, os bacilos, os parasitas, os protozoários, os vírus, entre outros; os agentes físicos são as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes e não ionizantes, bem como o infrassom e o ultrassom. Os agentes químicos podem ser considerados as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeira, fumo, névoa, neblina, gás ou vapor, ou que pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou ingestão. A Organização Mundial de Saúde acrescenta, ainda, os agentes ergonômicos decorrentes de má postura, inadequação do mobiliário e outros responsáveis por distúrbios osteomusculares; os agentes psicossociais advindos de relações conflituosas, monotonia, ritmo excessivo, entre outros. Já os agentes mecânicos e de acidentes são aqueles ligados à falta de proteção do trabalhador, aparelhamento inadequado, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho e sinalização deficientes, entre outros.

Há também os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem que despertam atenção por provocar aumento dos índices de absenteísmo e adoecimento dos trabalhadores. Segundo Manetti (2008), os fatores psicossociais presentes no trabalho de enfermagem estão relacionados a mudanças e inovações na organização do trabalho, autonomia, clima organizacional, oportunidade de crescimento profissional e violência cujas consequências provocam estresse, baixo nível de satisfação no trabalho, desgaste físico-mental, sofrimento, absenteísmo e rotatividade.

De acordo com Schwartz (2014), é necessário abordar o trabalho num vai e vem permanente entre as condições ambientais objetiváveis, que expõe aos riscos antecipáveis, chamados pelo autor de "*riscos profissionais*" e uma dimensão enigmática, que em parte reconfigura o agir humano no trabalho e conduz ao que o autor chama de "*riscos do trabalho*".

O risco, enquanto objeto de pesquisa, é abordado por diversas disciplinas científicas e muitas das vezes, estas apresentam perspectivas contraditórias ou antagônicas entre si em suas possibilidades teóricas e metodológicas. Assim, é necessário e urgente que se utilizem metodologias que analisem e avaliem as práticas e condições de trabalho, as formas de organização do trabalho e o agir humano em seus "gestos", no mais infinitesimal da atividade, nas dramáticas vivenciadas no dia a dia de trabalho. A concepção de novas perspectivas metodológicas de análise dos riscos no trabalho em complementação das abordagens já tradicionalmente utilizadas é uma das formas mais prementes de controle da elevada sinistralidade laboral existente hoje no Brasil e no mundo.

2.2 Riscos da atividade de trabalho de enfermagem e as demandas necessárias de reconfiguração: a questão da violência

Diversos estudos têm relatado risco de violência no trabalho (PEEK-ASA, 2009; SALERNO, 2009; DELANEY, 2011), que tem emergido como um importante e prevalente problema social, com agravos à saúde e segurança das populações envolvidas, trazendo também consequências legais (ATAN, 2013). De acordo com a

Organização Internacional de Saúde (OIT), a violência no ambiente de trabalho afeta a dignidade de milhões de pessoas no mundo (ILO, 2002).

Segundo Salerno (2009), em um estudo conduzido na Europa, cerca de 4% da população trabalhadora do continente relata ter sido vítima de agressão/violência física no ambiente do trabalho, citando os setores de serviço - administração pública, educação, profissionais da saúde, restaurantes e hotéis – como mais susceptíveis a esse risco.

De que forma o trabalho no setor de serviços aumenta o risco potencial de agressão? Há características que o diferem do trabalho em outros setores?

Segundo Orban (2005, p.18), o trabalho considerado serviço se caracteriza pela realização de *“uma atividade do prestador em um suporte que pertence ao beneficiário”*. De acordo com esse mesmo autor, a determinação do output e do input é considerada insolúvel no setor de serviços, contrariamente, do que é observado na indústria cujo produto é palpável, estável e pode ser estocado. O output (produto) da produção industrial pode ser determinado da seguinte forma: “produção → bem (output) → utilização. Já no serviço, de forma distinta, o output é indeterminado: produção → utilização (output)” (ORBAN 2005, p.14).

A partir do serviço é que também se estrutura uma relação mais direta entre trabalhador e consumidor numa co-presença onde se articula o processo de produção e consumo, ou seja, trabalhadores e consumidores, juntos nos ambientes de trabalho e na execução das tarefas (ZARIFIAN, 1999; PENA, 2011).

Em estudos das interações sociais estabelecidas durante a relação de serviço, Goffman (1968) propõe uma análise do quadro local, em que se define uma situação social, um espaço/tempo definido convencionalmente, onde duas pessoas ou mais estão em co-presença, comunicam e controlam mutuamente suas aparências, suas atividades e sua linguagem corporal durante as trocas. De acordo com este mesmo autor, estas análises permitem visualizar as competências mobilizadas e situadas durante as lógicas de engajamento entre as pessoas nos atos de serviço e revelam como as competências técnicas, contratuais e civis são utilizadas nestas situações.

Outro conceito resultante da relação mais direta entre trabalhador e consumidor se refere à caracterização do serviço como uma co-produção (ZARIFIAN, 1999, ORBAN, 2005; MEIRELLES, 2006; PENA; 2010). No serviço essa co-produção é clássica e intensa e o resultado final é sempre dependente da atitude do consumidor. Para Falzon e Lapeyrière (1998), essa situação de co-produção é definida de acordo com quatro características que marcam a complementariedade dos atores da interação na realização da tarefa: 1) objeto de trabalho comum aos interagentes (não necessariamente a identidade de projetos); 2) desigualdade dos meios (físicos ou cognitivos); 3) existência de meios complementares dos dois lados; 4) relação de auxílio instituída socialmente, que exige, ao mesmo tempo, a disponibilidade do especialista, a sinceridade da demanda do beneficiário e, de ambas as partes, o dever de se instituir na prática os meios disponíveis para responder a demanda.

Essas características de simultaneidade, co-presença e co-produção são evidentes nos serviços de educação e saúde, por exemplo. O exemplo de co-produção no serviço educacional (PENA, 2010), entre professor e aluno, supõe ajustar e conhecer as necessidades e as expectativas dos alunos, as diversas formas de raciocínio e de modos de aprendizagem. A produção do serviço leva, necessariamente, a avaliar os estudantes na apropriação dos conhecimentos ensinados e o aluno é co-autor do processo em acordo tácito com a aprendizagem.

Na saúde também são necessárias estas atitudes e práticas cooperativas. Para o agir em saúde é utilizado um conjunto de atividades desenvolvidas de forma integrada e sucessiva sobre um determinado objeto que sofre a ação do trabalho humano que o transforma, pelo uso de meios e instrumentos com o fim de produzir um determinado produto material, imaterial ou serviço. Segundo essa noção, o produto resultante do processo de trabalho no setor saúde, exemplo clássico do setor de serviços, seria a saúde preservada ou reconstituída em que o produto se confunde com o próprio consumo na forma de cuidado com a saúde (PENA, 2011) e em co-presença e co-produção.

Embora a violência relacionada ao trabalho afete todos os setores e todas as categorias profissionais, o setor saúde está particularmente em risco aumentado (ACIK *et al.*, 2008; ANNAGUR, 2010; ATAN *et al.*, 2013).

Os fatores de risco da violência relacionada ao trabalho incluem o paciente, os fatores ambientais e a equipe de cuidado em saúde (ATAN *et al.*, 2013). Os fatores de risco do paciente incluem idade, gênero, nível educacional, problemas de comunicação, questões legais prévias, pessoas perigosas, armas de fogo, abuso de substâncias e aspectos emocionais, tais como medo, ansiedade e raiva. Fatores de risco ambientais incluem o trabalho exercido com segurança insuficiente, trânsito público sem controle, atrasos nos serviços, superlotação, longa duração do tratamento, uso de material pérfuro-cortante, ambiente aglomerado e desconfortável. Já os fatores de riscos ligados à equipe incluem a falta de treinamento, subdimensionamento de pessoal, horas de trabalho extensas, pacientes aglomerados, trabalho sozinho e transporte de pacientes (KESER-OZCAN & BILGIN, 2011; ATAN *et al.*, 2013).

Os dados epidemiológicos deste fenômeno variam entre as unidades clínicas. Embora a violência relacionada ao trabalho ocorra em todo o ambiente hospitalar, três unidades têm sido identificadas como as mais prováveis para a ocorrência deste evento: setor de emergência, clínicas psiquiátricas e unidades de cuidado intensivo. Nos setores de emergência e clínicas psiquiátricas a fonte de violência eram freqüentemente os pacientes e, nas unidades de cuidado intensivo, a violência era oriunda da própria equipe de cuidado em saúde (CHAPMAN *et al.*, 2010; HAHN *et al.*, 2010; ATAN *et al.*, 2013).

Como demonstrado nos estudos acima, a relação com clientes/pacientes, característica do trabalho no setor de saúde/serviços, é um dos fatores de risco para violência e particularmente agravada na relação com pacientes afetados por doença mental e/ou afetados por álcool e outras drogas (DELANEY, 2011; PEEK-ASA, 2009; SALERNO, 2009).

Outros estudos revelam situação parecida na África do Sul, na Itália (SALERNO, 2009), na Alemanha (FRANZ *et al.*, 2010), em Taiwan (CHEN *et al.*, 2008), na Turquia (KESER-OZCAN, 2011) e no Brasil (ARAÚJO, 2003).

Segundo Salerno (2009), a equipe de saúde, principalmente de enfermagem, está freqüentemente presente na cena de episódios de violência e esta situação ocasiona a demissão voluntária de enfermeiros, que é freqüente e, muitas vezes, relacionada a fatores ligados às condições adversas do trabalho, como a violência. Em um estudo de Dimitri (2005), em que foi analisado registros hospitalares de um grande hospital público em Roma (1999-2004), encontrou-se 256 registros de acidentes de trabalho no hospital, 24% dos quais devidos a comportamento agressivo de pacientes com os trabalhadores de saúde, em especial os enfermeiros. O comportamento agressivo dos pacientes foi a segunda principal causa de lesão, depois de acidentes com perfuro-cortantes e a enfermaria psiquiátrica foi o local mais afetado.

Situação parecida também é relatada na África do Sul (SALERNO, 2009). Naquele país, a violência relacionada ao trabalho entre enfermeiros, tanto verbal quanto psíquica, foi a causa da alta demissão voluntária entre enfermeiros.

Para Franz (2010), a violência no local de trabalho é um problema significativo na Alemanha e tem atraído cada vez mais atenção na pesquisa em saúde pública. Segundo a autora, a equipe de enfermagem está freqüentemente submetida à violência e agressão, com potencial comprometimento da saúde física e mental da pessoa afetada e as consequências para os pacientes e a organização são graves. De acordo com a autora, a violência e agressão pode, por exemplo, afetar negativamente a qualidade do atendimento e tratamento, causar longos períodos de absenteísmo e deteriorar o clima de trabalho.

Em Taiwan, embora seja reconhecido que enfermeiros em situação de trabalho estejam submetidos às condições de violência, os estudos ainda têm sido escassos (CHEN, 2008). Segundo Shen (2005), entre os profissionais de saúde, a população de enfermagem possui a mais alta taxa de compensação devido à violência no trabalho.

Na Turquia, em uma pesquisa sistematizada conduzida por Keser-Ozcan & Bilgin (2011), a taxa de violência verbal vivenciada pelos enfermeiros era 59-98,5%, a taxa de violência física de 2,1-52,5% e a taxa de violência conjugada (verbal e física), de 57,2-90%. Em outro estudo transversal e descritivo conduzido por Atan *et al.* (2013), com o intuito de se analisar a violência experimentada por 441 trabalhadores de enfermagem de urgência, emergência e enfermarias psiquiátricas, de seis hospitais universitários da Turquia, foi encontrado que 60,8% dos enfermeiros estavam submetidos a violência verbal e/ou física de pacientes, visitantes ou outros membros da equipe de saúde. Dos enfermeiros submetidos a violência no ambiente de trabalho, 42,9% afirmou que a experiência da violência impactou negativamente no seu desempenho profissional. Destes, 1,8% relatou ter recebido ajuda profissional, 13,6% afirmou ter relatado o episódio de agressão e 9,5% acionou a segurança do hospital.

No Brasil, estudos têm demonstrado que a violência no trabalho em saúde e, especificamente em enfermagem, tem se tornado um problema de saúde pública, com impactos diretos sobre a saúde das populações trabalhadoras envolvidas e sobre a qualidade da assistência prestada (ARAÚJO, 2003, CEZAR-VAZ *et al.* 2009; FONTANA, 2013). Segundo Contrera-Moreno (2005), com o aumento da violência estrutural, todas as outras formas de violência tem aumentado consideravelmente, o que tem demandado intervenções.

Na atualidade tem se observado o aumento do interesse pela questão da violência relacionada ao trabalho, especialmente em relação à população trabalhadora em saúde, tanto em nível internacional quanto nacional e o fato da enfermagem estar rotineiramente se deparando com estes eventos (CATLETTE, 2005; GATES *et al.*, 2006; LAU & MAGAREY, 2006; RYAN & MAGUIRE, 2006; ANDERSON *et al.*, 2010; FRANZ *et al.*, 2010; ATAN, 2013).

Como demonstrado acima, a violência contra enfermeiros em situação de trabalho é, inegavelmente, uma questão global (STIRLING *et al.*, 2001; DEANS, 2004; FERNS, 2005; MERECZ *et al.*, 2006; FRANZ *et al.*, 2010), com significativas sequelas organizacionais e individuais (MADINE & SMITH, 2005; ANDERSON *et al.*, 2010) e consequente comprometimento potencial da saúde física e mental (ANDERSON *et*

al., 2010; FRANZ et al., 2010).

A equipe de cuidados de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), como o maior grupo da força de trabalho em saúde (FOLEY, 2004; CATLETTE, 2005; ANDERSON et al., 2010; FRANZ et al., 2010), experimentam, também, a maior carga de violência no trabalho (FERNANDES et al., 2002; PEEK-ASA et al., 2002; ARMSTRONG, 2006); aqueles que trabalham nas urgências e emergências apresentam, ainda, o maior risco (CATLETTE, 2005; GATES et al., 2006; LAU & MAGAREY, 2006; RYAN & MAGUIRE, 2006; ANDERSON et al., 2010; FRANZ et al., 2010).

Diversos estudos têm revelado que enfermeiros de saúde mental e os médicos são profissionais que mais sofrem violência no trabalho, perdendo apenas para carcereiros e policiais (FOLEY, 2004; CATLETTE, 2005; ANDERSON et al., 2010; ANDERSON et al., 2010; FRANZ et al., 2010). Para estes autores, a situação causa preocupação, uma vez que os trabalhadores de saúde não estão preparados para lidar com a violência, que muitas vezes, vêm dos pacientes.

Violência e agressão são definidas, como: *"Incidentes em que os funcionários são intimidados, ameaçados ou agredidos em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho"* (FRANZ et al., 2010, p. 1). Neste contexto, a violência pode incluir qualquer forma de agressão verbal, sexual e/ou violência física.

Como proposto pelo Centro de Pesquisa e Prevenção de Lesões da Universidade de IOWA (*apud* ANDERSON et al., 2010), há um amplo espectro de comportamentos violentos em situações de trabalho que vão desde agressão passiva ao homicídio, citados a seguir:

- Tipo I: intenções criminosas - o autor não tem vínculo com o local de trabalho, comete o crime em conjunção com a violência;
- Tipo II: trabalhador/cliente – o autor torna-se violento, enquanto está sendo assistido;

- Tipo III: trabalhador/trabalhador – o autor é empregado ou ex-empregado da instituição e tem ou teve vínculo com a instituição;
- Tipo IV: relacionamento pessoal – o autor não tem vínculo com o local de trabalho, mas tem um relação pessoal com a vítima.

Embora a enfermagem possa estar submetida aos diversos tipos de violência citados acima, a mais comum é a do tipo II, em que os autores dos atos violentos são os clientes (pacientes, seus familiares e/ou amigos que se tornam violentos, enquanto estão sendo assistidos (GERBERICH *et al.*, 2004; MCPHAUL & LIPSCOMB, 2004; FARRELL *et al.*, 2006; ANDERSON *et al.*, 2010; FRANZ *et al.*, 2010), o que afeta negativamente a qualidade do atendimento e tratamento, provoca insatisfação com o trabalho, absenteísmo e rotatividade (*turnover*) desta população trabalhadora – deteriora-se o ambiente de trabalho (ARMSTRONG, 2006; FRANZ *et al.*, 2010). Violência e agressão reduzem a qualidade e aumentam o custo assistencial do paciente (LAU *et al.*, 2006; FARRELL *et al.*, 2006; ANDERSON *et al.*, 2010; FRANZ *et al.*, 2010).

Essa realidade de violência e de risco da atividade de enfermagem, no mundo e no Brasil, também se revelou numa perspectiva local, o que fez emergir uma demanda necessária de reconfiguração.

2.3 O papel da norma e sua insuficiência: a necessária análise do risco do ponto de vista situado

A normatização está associada ao caminho geral em direção à burocratização cada vez maior de diversas atividades sociais e tem se mostrado útil, embora tenha também sido criticada pelo fato do paradigma burocrático não captar sempre a evolução e as condições imprevisíveis a nível organizacional. Tenta-se controlar por meio das normas os procedimentos comuns, a própria emoção - que é racionalizada - numa perspectiva de se aprisionar sujeitos a procedimentos prescritos. Também é fato a distância entre a burocratização e a realidade de trabalho. O papel central desempenhado pela racionalidade técnica neste irresistível e, por vezes, arriscado

caminho sempre combina método científico e procedimentos. Portanto, este caminho adotado de normatizações nos obriga a ficar alerta e vigilante em busca de constante re-engajamento no sentido das regras e regulamentos.

Regras e procedimentos são fundamentais para o funcionamento de uma organização moderna, necessários para a gestão da segurança, numa tentativa de rastrear, controlar e antecipar as atividades sociais. A normatização captura duas faces que estão totalmente incorporadas: de um lado o controle e de outro, a explicitação. Não é novidade que procedimentos escritos não somente indicam como as tarefas devem ser feitas, mas também funcionam como mecanismos restritivos e controladores dos trabalhadores em relação aquilo que deve ser feito e como está sendo feito. Permitem, também, a expressão formal das práticas de trabalho para materializar, divulgar e abrir discussão no "chão de fábrica" entre os níveis da organização, parceiros externos e reguladores, por exemplo.

Segundo Bourrier (2013), sociólogos e ergonomistas há muito tempo têm demonstrado que os procedimentos e as regras geram restrições, porém, também revelam a sua necessidade como elemento de segurança, controle frente às práticas inseguras, as regras insuficientes e o gerenciamento inconsistente. Para a autora, a norma pode trazer conforto às pessoas e reduzir a ansiedade em relação ao novo e incerto.

Na maioria das vezes torna-se necessário ir além das regras para atingir os objetivos, e a norma pode servir também como uma diretriz reconfortante quando o curso de ação não é vivenciado anteriormente ou naquele momento parece controverso. A normatização legitima a racionalidade técnica (GOESTCH, 2007).

Historicamente, a normatização tem também sido utilizada como instrumento de culpabilização em razão das falhas identificadas através de investigações e análises de acidentes. De certa forma isso fazia sentido em um mundo onde as crenças sobre segurança eram (e ainda são em muitos lugares), baseadas em um modelo que pressupõe que segurança resulta da confiabilidade do equipamento, procedimentos e processos estáveis, operadores comportados e organizações planejadas (GOETSCH, 2007; BOURRIER, 2013). O mecanicismo colocado em

prática e o meio controlado.

Mas, e as infidelidades do meio? E as variabilidades inerentes a toda atividade de trabalho? E o sujeito trabalhador? Como controlá-lo?

Segundo Amalberti (1996), o operador humano possui uma verdadeira arte para regular esse compromisso de modo dinâmico, em função das exigências da situação e de uma visão reflexiva de suas próprias capacidades no momento. De acordo com este mesmo autor, os mecanismos cognitivos e as micro-regulações permitem ao operador estabelecer um compromisso cognitivo e prático, quase sempre eficaz, entre três objetivos mais ou menos contraditórios conforme as circunstâncias: 1) a segurança (sua própria segurança e a do sistema); 2) o desempenho (imposto pela organização, mas também desejado pela equipe e pelo operador individualmente); 3) e a minoração das conseqüências fisiológicas e mentais deste desempenho (fadiga, estresse, esgotamento). Como citado:

O que é considerado extraordinário, nesta perspectiva, não são os acidentes e situações que fogem ao controle, mas sim que isto não ocorra mais freqüentemente, graças aos compromissos e micro-regulações que estão presentes em qualquer atividade. (AMALBERTI, 1996).

Do ponto de vista situado, a norma tem se mostrado insuficiente para dar conta das imprevisibilidades e variabilidades existentes na atividade de trabalho da enfermagem do hospital psiquiátrico analisado. Há uma invisibilidade em relação aquilo que é feito e como é feito, desconhecida pelos gestores do sistema e que são essenciais para a construção da segurança local (tanto dos trabalhadores quanto dos pacientes atendidos). Torna-se necessário fazer emergir as competências individuais e coletivas construídas e valoradas no contexto, por meio de métodos que façam aflorar estas micro-regulações e, que possam ser captadas, numa perspectiva de se fazer evoluir as normas e produzir segurança.

Para a avaliação e o gerenciamento de riscos inerentes ao local de estudo, principalmente a auto e hetero-agressão na assistência ao paciente psiquiátrico, central para uma clínica satisfatória e para a gestão da própria segurança (MENDES et al., 2008; ANDERSON et al., 2010; FRANZ et al., 2010; ATAN, 2013), é necessário que riscos como o suicídio, fuga e a agressão sejam regularmente

avaliados e documentados (MENDES et al., 2008; ATAN, 2013).

De acordo com a literatura, o papel desta avaliação está ligado à questão da predição de eventos adversos, particularmente os pontos fortes e fracos das medidas estatísticas e as abordagens clínicas adotadas (LAU et al., 2006; FARRELL et al., 2006; ANDERSON et al., 2010; FRANZ et al., 2010). Desta forma, a prevenção é um importante aspecto do trabalho clínico e do gerenciamento de riscos. Os métodos de avaliação de riscos têm um importante papel na prática, como instrumento particular de avaliação de risco. Como citado por Areosa. (2012, p. 56): "conduzirá inevitavelmente a alguma forma de intervenção para reduzir, conter, ou de outra forma amenizar o risco, alterando assim o resultado".

Há diversos instrumentos e/ou ferramentas utilizados para se avaliar os riscos, e estes variam de instrumentos preditivos estatísticos, para aqueles que servem mais como "check-list" - uma lista de verificação para garantir que as áreas essenciais sejam recordadas e avaliadas (DOLAN, 2000). A formação exigida, o tempo de administração, os resultados e os custos dos instrumentos padronizados parecem ter favorecido o maior uso de instrumentos menos validados na prática clínica, porém, com mais aderência com a especificidade da situação local em análise. Enquanto a maioria das pesquisas tem centrado a análise na validade e confiabilidade do uso de instrumentos padronizados, muito pouca pesquisa tem explorado, do ponto de vista da atividade dos trabalhadores, as estratégias singulares e coletivas situadas, emergidas a partir das competências construídas, valoradas e necessárias para o controle de risco em um ambiente tão dinâmico, imprevisível e variável como aquele presente na assistência ao paciente psiquiátrico.

Será que a avaliação de risco feita sob a perspectiva prescritiva/normativa é suficiente para antecipar as condições de risco e, desta forma, estabelecer métodos de controle? Há condições de darmos conta de todas as variabilidades sob esta abordagem? E o papel dos trabalhadores nesta análise?

Para Schwartz (2000), a ciência tradicionalmente busca a generalização e, assim, acaba neutralizando as singularidades ligadas à atividade. Para este autor, os saberes gerados na atividade são potencialmente uma fonte para a compreensão

das situações de trabalho. Ao serem considerados, os conceitos científicos são colocados à prova. Por meio da análise situada do risco, a confrontação de saberes se torna uma exigência para compreender e transformar as situações de trabalho.

3 PERCURSO TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 A Abordagem Ergonômica

A Ergonomia é um campo do conhecimento que se propõe a analisar as situações produtivas - condições materiais e organizacionais - a partir do ponto de vista da atividade real de trabalho, em busca da identificação de critérios de adequação dos processos de produção às características psico-fisiológicas das populações trabalhadoras (GUÉRIN *et al.*, 2005).

Segundo Duraffourg (2003, p.68):

[...] o trabalho é infinitamente mais complicado do que podemos imaginar. [...] Fazer Ergonomia é, através da análise da atividade, dar conta desta riqueza. Fazendo isto descobrimos o quanto é escandaloso tudo o que impede, nas situações de trabalho, as pessoas empregarem todas as suas potencialidades. É graças a elas que as pessoas sobrevivem, que os produtos são de boa qualidade, que as máquinas recebem manutenção, etc. Fundamentalmente, é isto o ofício das pessoas.

Hubault (2004, p.106), relata que a ergonomia tem a “[...] *missão de aprofundar a compreensão da relação entre o que o homem vive no trabalho e pelo seu trabalho, o que ele faz, com que a empresa compreende disso, o que ela faz disto, ainda mais, o que ela espera disto, o que ela quer fazer disto [...]*”.

A ergonomia, portanto, se interessa pela relação do homem e da empresa, do homem e da técnica, do homem e seu ambiente, enfim, de cada nível que se pode conceber uma interface entre esses termos e, se de cada interface estabelecida, o trabalho organiza uma continuidade ou descontinuidade, finalidades e modos de ação, entre o homem e o espaço instrumental ao qual ele deve integrar (GUÉRIN, 2001; FALZON, 2007).

Como descontinuidade, Hubault (2004) coloca que a ergonomia nasceu de uma questão fundamental: a que obriga a distinguir o que se solicita ao homem (trabalho prescrito) e o que isso, para ser realizado, solicita a ele (trabalho real). Este conflito entre prescrito e real - central para a ergonomia - tem origem de um conflito de lógicas e a competência do operador é encontrar os meios de gerenciá-lo por meio

de estratégias operatórias.

Terresac e Maggi (2004, p.91) definiram três proposições básicas para a Ergonomia da Atividade: a diferenciação entre *tarefa e atividade*, a *variabilidade* dos contextos e dos indivíduos e as estratégias de *regulação*.

Segundo Guérin *et al.* (2001), trabalho prescrito (tarefa) é tudo aquilo que é definido antecipadamente pela organização e fornecido ao trabalhador para que o mesmo possa realizar o trabalho. Para Telles e Alvarez (2004), o trabalho prescrito inclui, portanto, dois componentes básicos: as condições determinadas de uma situação de trabalho (as características de um dispositivo técnico, o ambiente físico, a matéria-prima utilizada, as condições sócio-econômicas, etc) e as prescrições (normas, ordens, procedimentos, resultados a serem obtidos, etc). Cru e Berthert (2002, p.106), admitem como prescrição “*uma injunção a fazer emitida por uma autoridade colocada por uma posição hierárquica*” revelando, com isso, o caráter externo da prescrição, definida fora do contexto dos operadores ou do grupo de trabalhadores.

Contrariamente, o trabalho real (atividade) é o trabalho tal como ele se realiza concretamente, mediante condições reais para esta execução. Entre o trabalho prescrito e o trabalho real se inscrevem múltiplas variabilidades relativas ao processo de trabalho (meios, matéria e atividade) e que não podem ser previamente antecipadas. É no espaço entre o trabalho prescrito e o trabalho efetivamente realizado que se inscreve a realidade da atividade humana em meios profissionais.

Ao realizar a tarefa, a pessoa se encontra diante de diversas fontes de variabilidades: a do sistema técnico e organizacional (panes, disfuncionamentos, dificuldades de previsão), a sua própria variabilidade e a dos outros (fadiga, ritmicidade circadiana, efeitos da idade, experiência) e a do coletivo de trabalho pertinente (TELLES e ALVAREZ, 2004).

A defasagem entre essas dimensões revela a impossibilidade de se fazer do trabalho uma simples aplicação de normas e procedimentos e nos remete à impossibilidade de estabilizar e de uniformizar as situações de experiências e exige visualizar a existência de uma pluralidade de racionalidades que traduz a pluralidade

de normas (CANGUILHEM, 2010).

Para a Ergonomia da Atividade, *“o trabalho nunca é simples execução das instruções”* (DANIELLOU, 2004). O trabalho é compreendido como uma das atividades humanas em que o objetivo é determinado socialmente assim como as normas e condições para sua execução, mas o resultado do trabalho é sempre singular. Os objetos produzidos trazem em si traços da atividade de quem o produziu. *“Esse traço pode ter a ver com o conjunto de conhecimentos específicos, modos particulares de utilização das máquinas ou ferramentas, etc”* (GUÉRIN *et al.*, 2005, p.18).

Trabalhar é gerir permanentemente a variabilidade (GUÉRIN, 2001; FALZON, 2007). A atividade de trabalho consiste na realização do trabalho prescrito, considerando-se as restrições e as vantagens dispostas pelas variabilidades. É gerenciar situações indeterminadas quanto ao seu possível fim em termos de confiabilidade, qualidade, saúde e segurança (DURAFFOURG, 1998). Essa gestão se dará em função de características singulares (história de vida, de trabalho na empresa, de saberes) e coletivas (construção de saberes, competências operatórias e valores) necessárias para dar conta da atividade.

Segundo Telles e Alvarez (2004, p.71), *“compreendemos a atividade de trabalho como a maneira pela qual as pessoas se engajam na gestão dos objetivos do trabalho, num lugar e num tempo determinados, servindo-se dos meios disponíveis ou inventando outros meios”*. Para dar conta destas variabilidades que se apresentam e, também, para produzir sentido ao trabalho, a pessoa se engaja por inteiro, a cada momento, com seu corpo biológico, sua inteligência, seu psiquismo associados com os conhecimentos construídos no decorrer de sua história e nas relações com os outros. A atividade é, portanto, uma noção que deve ser associada à dinâmica da própria vida (CANGUILHEM, 2010).

Nesse processo, o trabalhador é levado a gerir um conjunto de condicionantes e de situações imprevistas que não podem ser reduzidos à tarefa (DANIELLOU, 2004) cuja complexidade e dinamicidade, vivenciada na atividade, convoca o sujeito a agir

na sua capacidade de efetuar o processamento, essencialmente, em função de sua competência.

Segundo Terssac e Maggi (2004, p.92), a regulação da atividade se efetiva por meio da representação mental e das competências. Para estes autores, a regulação não se origina nem da definição dos procedimentos e dos métodos, nem simplesmente do estrito respeito às instruções. Como citado:

Os resultados só podem ser obtidos graças à capacidade de regulação da atividade desenvolvida pelos indivíduos agindo, de um lado, para gerenciar as variações das condições externas e internas da atividade e, por outro lado, para levar em conta os efeitos da atividade (TERSAC & MAGGI, 2004, p.92).

Leplat (2001, p.41), citando Montmollin (1986, p.122), define competência, como:

conjunto de conhecimentos estabilizados e *savoir-faire*, condutas, procedimentos, normas, tipos de raciocínio que podem ser implementados sem um novo aprendizado. As competências sedimentam e estruturam as conquistas da história profissional; ela permite a antecipação dos fenômenos, do implícito das instruções, da variabilidade das tarefas (LEPLAT, 2001, p.41, *tradução nossa*).

Para a Ergonomia da Atividade, o homem no trabalho, na sua gestão permanente de eficácia e saúde, depara-se permanentemente com a "*sombra projetada*" (NOURODINE, 2004) do risco. O risco é, de fato, imanente à atividade, mas o correr risco pode conduzir tanto ao sucesso quanto ao fracasso, tanto à vida quanto à morte.

Segundo Nourodine (2004, p.44), "*a realização do trabalho, no sentido de atividade humana, pelo engajamento corporal, cognitivo e mental que ela supõe por parte dos atores, é de ponta a ponta atravessada pelo risco*". Para o autor, esta maneira de encarar o risco integra componentes que são condições de possibilidade para o desenvolvimento da atividade: a análise do risco acarreta a busca pelos meios (organizacionais, técnicos e humanos) de forma a favorecer a sua gestão.

Os homens, desta forma, encontram-se permanentemente na exigência de recriar indefinidamente a adaptação, ao mesmo tempo em que tentam gerir o risco que ela

comporta. Para Canguilhem (2010), a adaptação não é um estado estabilizado, ou seja, o ser vivo debate permanentemente com o meio, durante o qual se constrói um meio não neutro, mas qualificado em referência a uma experiência, percepção, valores. Desta forma, o caráter provisório da adaptação inscreve o risco, além daquele intrínseco a esse processo, no centro das atividades humanas.

A visão exclusivamente negativa e objetivada do risco não permite perceber que a mudança, a adaptação ativa e a criatividade traduzem no fundo riscos que os homens correm para tornar a vida possível e vivível (NOURODINE, 2004; SCHWARTZ, 2010). Segundo Nourodine (2004, p.47), *"a possibilidade do risco positivo existe porque há uma virtude da infração nos processos de realização das atividades humanas"*.

De acordo com este mesmo autor (NOURODINE, 2004), a relação causal entre *fator de risco, consciência do risco, correr risco e irracionalidade* deve ser relativizada pela demonstração da pluralidade das racionalidades, mas também pelos encobrimentos parciais da consciência e do inconsciente dos sujeitos que agem (no) e (pelo) trabalho e a ergonomia é um bom instrumental para trazer à tona a atividade e, desta forma, construir uma abordagem de prevenção em que se consideraria as singularidades da experiência colocadas em prática de acordo com uma lógica de aproximação que deve não eliminar a abordagem da prevenção segundo uma lógica de exatidão, mas completá-las nas zonas de trabalho não estabilizáveis. Refletir sobre os riscos presentes em determinado tipo de processo produtivo adotando-se, unicamente, uma lógica de exatidão seria privar a atividade das qualidades da experiência humana.

A construção da ação ergonômica é sempre situada no tempo e no espaço, uma vez que cada situação de trabalho tem suas características singulares (variabilidade na execução do trabalho, das suas condições e dos objetivos de produção) e as possibilidades para o seu desenvolvimento e a concretização das transformações são fruto de uma ação social na qual diferentes sujeitos podem ter uma contribuição significativa. A contribuição da ergonomia está precisamente em reincorporar os sujeitos do trabalho nas suas análises e, esse interesse central pela atividade exige um esforço de *"observar o trabalho com uma lupa"* (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010,

p. 39), implicando num certo distanciamento das abordagens clássicas da sociologia do trabalho e da economia do trabalho.

De acordo com Guérin *et al.* (2005, p.17):

o analista do trabalho sempre se defronta com a singularidade de uma pessoa que, no ato profissional, põe em jogo toda a sua vida pessoal (história, experiência profissional e vida extraprofissional) e social (experiência na empresa, identidade e reconhecimento profissional). Mas, ao mesmo tempo, defronta-se com o modo como essa singularidade fundamental é objeto de uma gestão sócio-econômica por parte da empresa: política social e gestão de recursos humanos tendo por “objeto” os trabalhadores, a escolha das condições e objetivos de produção determinando o uso social dessa população.

A análise da atividade pode ser feita, portanto, a partir da observação e apreensão de comportamentos (gestos, posturas, deslocamentos), de verbalizações ligadas diretamente à realização do trabalho ou que se fazem durante a realização do mesmo (reveladoras de situações conflituosas, de stress e de risco).

Segundo Rabardel *et al.* (1998, p. 27): *“a partir destes ‘observáveis’, os mecanismos cognitivos que regulam o comportamento (avaliação, raciocínios, representações, resolução de problemas...), os componentes afetivos da atividade podem ser inferidos. As verbalizações dos operadores em auto-confrontação são particularmente preciosas, pois elas permitem recolher o ponto de vista dos ‘operadores’ enquanto sujeitos de sua própria atividade”.*

Considerando a complexidade da atividade de trabalho, Wisner (2004) sugere a necessidade de avançar ainda mais na multiplicidade de abordagens e diálogos com disciplinas correlatas.

Nesse sentido, Telles e Alvares (2004) revelam limites que o referencial teórico da Ergonomia apresenta na análise de situações de trabalho, tais como, identificar os fatores que influenciam as escolhas organizacionais e que nem sempre se revelam na situação de trabalho. De modo a preencher essa lacuna, as autoras sugerem que o conceito de normas antecedentes, proveniente da Ergologia, tem contribuído para acessar a dimensão dos valores presentes nas atividades estudadas.

3.2 A Abordagem Ergológica

A Abordagem Ergológica oferece um quadro apropriado para integrar aportes das diversas disciplinas e desenvolver uma abordagem efetivamente transdisciplinar, condição para o alcance da complexidade das questões que envolvem as relações entre a produção e o trabalho (SCHWARTZ, 2000; ECHTERNACHT, 2008; SCHWARTZ & DURRIVE, 2010).

Ao propor uma tríade analítica que associa à atividade de trabalho os valores e os saberes, a Ergologia incorpora e aprofunda as contribuições da Ergonomia, tomando-a como uma “*propedêutica pertinente*” (SCHWARTZ, 2000) a uma epistemologia interessada nas vinculações entre as dimensões macro e micro do trabalho humano (ECHTERNACHT, 2008; SCHWARTZ & DURRIVE, 2010; ALVES & CUNHA, 2011).

Segundo Schwartz:

A Ergologia não é uma disciplina no sentido de um novo domínio do saber mas, sobretudo, uma disciplina de pensamento. Essa disciplina ergológica é própria às atividades humanas e distinta da disciplina epistêmica que, para produzir saber e conceito no campo das ciências experimentais deve, ao contrário, neutralizar os aspectos históricos. A *démarche* ergológica, mesmo tendo como objetivo construir conceitos rigorosos, deve indicar nestes conceitos como e onde se situa o espaço das (re)singularizações parciais, inerentes às atividades de trabalho (SCHWARTZ, 2000, p. 45-46).

Nesse sentido, a Ergologia reafirma o pressuposto ergonômico de que há uma distância entre o trabalho prescrito e o real e, acrescenta mais três proposições: a) essa distância é sempre parcialmente singular porque não é possível antecipá-la totalmente, está sempre introduzida na história daquele que trabalha; b) aquele que faz a gestão dessa distância obedece a uma racionalidade que atravessa tanto o intelectual, o biológico quanto o cultural, o *corpo-si* e c) há sempre valores em jogo na atividade (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010, p.42-45).

A ergologia usualmente utiliza o termo “*Normas Antecedentes*” para designar aspectos definidos pela ergonomia como trabalho prescrito. Tanto o conceito de trabalho prescrito quanto a expressão *normas antecedentes* remetem ao que é dado, exigido, apresentado ao trabalhador, antes do trabalho ser realizado.

Telles e Alvarez (2004) consideram a noção de “*normas antecedentes*” mais abrangente que a de trabalho prescrito e ressaltam que não há diferença de natureza entre ambas.

Dessa forma, as normas antecedentes se constituem em patrimônio coletivo à medida que se referem “*aos saberes técnicos, científicos e culturais historicamente incorporados ao fazer*” (BRITO, 2006).

Para Schwartz (2010, p. 98), as normas antecedentes cristalizam sob uma forma codificada, “*autorizada*”, as aquisições de inteligência, da experiência coletiva e dos poderes estabelecidos. Esse mesmo autor chama a atenção para o caráter híbrido da noção de normas antecedentes e destaca três aspectos: 1) as normas antecedentes abarcam restrições de execução heterodeterminada, pois há nelas algo que pode ser identificado como a expressão de um dogmatismo científico amparado por um poder social; 2) as normas antecedentes são também construções históricas, dizem respeito a um patrimônio conceitual, científico e cultural atingido e a história sempre particular que conduziu a tal nível: os saberes-fazer historicamente constituídos, as linguagens que o formalizam e que permitem sua expressão, os modos de vida que estruturam as relações ao tempo, ao espaço, à comunidade; 3) o caráter complexo das normas antecedentes indica valores – que não se referem apenas a uma dimensão monetária e sim a elementos do bem comum, que são redimensionados nas organizações, nos ambientes de trabalho e na sua relação com o meio externo - em que são também objeto de debates, de conflitos, de arbitragens políticas.

Mesmo com esse conceito ampliado de normas antecedentes, Schwartz (2010) afirma que não há possibilidade de uma antecipação total da atividade, propondo a noção de “*vazio de normas*” para falar daquilo que escapa, que não foi bem previsto ou mesmo não pode ser previsto.

Segundo Schwartz (1996, p. 147), “*o trabalho é lugar de acontecimentos complexos*”, ou seja, uma unidade problemática entre a atividade humana, as condições reais de trabalho e os resultados efetivos obtidos. Ressalta que as situações de trabalho condensam as marcas da história humana por meio dos

conhecimentos acionados, os sistemas produtivos, as tecnologias utilizadas, as formas de organização, os procedimentos escolhidos, os valores de uso selecionados e, por detrás, as relações sociais que se entrelaçam e opõem os homens entre si (...) toda atividade de trabalho encontra saberes acumulados nos instrumentos, nas técnicas, nos dispositivos coletivos; toda situação de trabalho está saturada de normas de vida, de formas de exploração da natureza e dos homens uns pelos outros. (SCHWARTZ, 2003, p 23).

Se a vida é “*atividade de oposição à inércia e à indiferença*” não se restringindo à mera adaptação, e se o meio é sempre “*infiel*” (CANGUILHEM, 2001; 2010), por outro lado, as situações de trabalho trazem sempre a possibilidade das renormalizações impetradas pelos sujeitos do trabalho nos usos que eles fazem de si mesmo. Schwartz acredita que o ser humano recria seu meio de trabalho e afirma sua capacidade normativa, produzindo novas normas, em um movimento por ele denominado de renormatização (ou ação normativa). A renormatização é um retrabalho permanente das normas antecedentes e uma produção de normas na própria atividade (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010).

A atividade consiste, portanto, em um retrabalho ou re-hierarquização constante de um universo de valores (SCHWARTZ; ECHTERNACHT, 2009). Atividade “*é o que se passa na mente e no corpo da pessoa no trabalho, em diálogo com ela mesma, com o seu meio e com os outros*” (TRINQUET, 2010, p. 96).

Segundo Durrive (2011), ninguém se conforma com a imposição do meio, ou seja, o homem não se deixa totalmente comandar de fora, ele está, ao contrário, numa relação polêmica com o mundo das normas nas quais se encontra. “*Todo homem quer ser sujeito de suas normas*” (CANGUILHEM, 2010, p. 98). Assim, cada vez que o *ser humano* é convocado a agir, ele é confrontado com o que exigem dele e com o que ele exige de si mesmo – há um debate de normas: “*Entre o ser vivo e o seu meio, a relação se estabelece como um debate (...) onde o ser vivo aporta suas próprias normas de apreciação das situações, onde ele domina o meio e se acomoda a ele*” (CANGUILHEM, 2010, p. 101).

Para a Ergologia, se o trabalho tem sempre uma dimensão do prescrito, ele tem sempre também uma dimensão histórica que nos re-envia a uma experiência do “*uso de si*” que fazem os trabalhadores.

É necessário decidir, arbitrar em um dado momento. Com efeito, agir nos obriga a escolher. É necessário adotar uma só maneira de fazer qualquer coisa e vem daí o posicionamento singular de agir. Cada um tende a renormalizar, a fazer sua a norma que antecipa e ajusta seu agir, a fim de se manter – mesmo que seja pouco – na origem do ‘uso de si’, mesmo se conformando com a demanda que lhe é posta (DURRIVE, 2011).

Segundo Schwartz e Durrive (2010, p. 71), toda escolha é baseada em valor, e esses valores estão no “*centro do trabalho*” e, além disso, não atravessam somente a atividade como também “*toda a sociedade*”. É efetivamente na *atividade* de trabalho que se manifesta a dialética do uso de si, ou seja, a maneira singular pela qual os homens e as mulheres fazem uso deles próprios em função deles próprios e daquilo que os outros lhes demandam (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010, p.70).

Essas escolhas são feitas segundo suas próprias normas, seus valores e saberes. Nesse sentido, pode-se falar também de produção e re-trabalho dos saberes e valores contidos no trabalho prescrito em nível local em função de exigências que são aquelas que se inscrevem nas configurações diversas das situações de trabalho. Nesse caso, mais do que um marco de análise, aceitar o conceito de atividade em toda sua envergadura é reconhecer suas implicações epistemológicas, uma “*máquina de moer conceitos*” nos termos de Yves SCHWARTZ (CUNHA, 2010).

Schwartz e Echternacht (2009, p.32-33) afirmam que “*a matriz da atividade humana é o corpo si*”. Para os autores, o conceito de corpo si pode ser considerado como sinônimo de “*sujeito, mas sujeito encarnado, onde a psique e o corpo se integram através de um fio de coerência que se estabelece entre o indivíduo e seu meio, entre a vida individual e social*”.

Essa subjetividade influencia as escolhas que se faz através da atividade e que determinam “*a relação com os outros ou o mundo no qual você quer viver*” (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010, p. 192). Se por um lado, trabalhar é sempre um processo de singularização e resingularização, por outro, as escolhas são sempre atravessadas pela dimensão coletiva, entidade cujos contornos variáveis se constituem espontaneamente “*com relação a ou em relação com a organização*

prescrita” (p.193), constituindo o que os autores convencionaram chamar de Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP).

A atividade tem algo de indefinível na medida em que é sempre “*micro-criadora*”. Numa situação de trabalho, a atividade é sempre o centro da dialética entre o *impossível* e o *invivível*. A variabilidade do meio técnico torna *impossível* a estandardização total. Além disso, o homem aumenta essa variabilidade porque submeter-se inteiramente às normas seria para ele *invivível*. As duas dimensões são fundamentais: antecipar para ter um domínio sobre o meio e saber quando e como agir. Há uma confrontação não somente com um encontro, mas, *encontros de encontros*: há múltiplas fontes de história que se combinam para que, qualquer que seja a busca de antecipação, seja necessário fazer face aos encontros (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010, p.95).

Segundo Schwartz (2010, p.98), ao fazer uso das técnicas, procuramos desneutralizar nosso meio, colocar nele nossa marca de vivente que não se contenta em se submeter (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010). Cada um no trabalho procura o equilíbrio aceitável entre o uso de si requisitado e consentido.

O uso da técnica coloca em dialética normas antecedentes e renormatização, nunca de modo neutro, mas em referência a valores. Segundo Schwartz (2010, p. 97), *qualquer emprego de um princípio técnico tem sempre algo de reinvenção local, nunca é por acaso o modo como cada um, individualmente ou coletivamente, vai reinventar localmente o emprego eficaz de um princípio técnico, de uma instalação técnica.*

Se o *corpo-si* é a matriz da atividade, as ECRP são a matriz da história. Schwartz & Durrive (2010, p. 149), ao ressaltar que “*quando se trabalha, se vive*”, aponta que compreender o que é viver no trabalho implica em compreender como se fazem e se refazem as ECRP, que são um lugar de transição dinâmica em duplo sentido: de um lado, o debate de valores no plano político e de outro, o processamento e reprocessamento dos valores globais no campo e nas atividades de trabalho num nível local. Uma ECRP não se assenta num coletivo pré-definido, suas fronteiras são da atividade, num dado momento.

Ser competente é tirar partido do meio, gerir as relações de antecipação e de encontro em função de valores, ou seja, o agir competente requer, ao mesmo tempo, a apropriação de certo número de normas antecedentes; o domínio relativo daquilo que uma situação pode ter de histórico e de inédito (a renormalização) e a gestão desse inédito em função dos próprios valores (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010, p.98). Segundo Schwartz (2010), quando um meio tem valor para a pessoa, todos os outros elementos são potencializados e desenvolvidos, se colocados em sinergia. Pode-se então falar em ECRP quando se reconhece o próprio saber-fazer e também o do outro como complementar no trabalho em equipe.

É neste sentido que a Ergologia se coloca o problema de um novo regime de produção de saberes sobre o trabalho, problema metodológico do como e por meio de que vias pode o pesquisador encontrar esse trabalho da atividade humana que retrata saberes e valores nas situações de trabalho.

Segundo Cunha (2010), os recursos metodológicos da ergonomia são um bom instrumental para freqüentar os locais e apreender das e nas situações de trabalho as *“batalhas do trabalho real”* (WISNER, 1984; SCHWARTZ & DURRIVE, 2010). Mas, para a ergologia, seria necessário construir um lugar para fertilizar essa epistemologia renovada a partir do triângulo valores, atividades e saberes.

Esse lugar, para a ergologia, é denominado Dispositivo Dinâmico a Três Pólos: *“lugares ou dispositivos onde possam se construir saberes integrando explicitamente exigências epistemológicas ajustadas a esta configuração triangular”* (SCHWARTZ, 2000). Trata-se de dispositivos de formação-pesquisa-ação que exigem a cooperação entre pesquisadores e trabalhadores, onde a competência humana possa interrogar e ser interrogada pelos saberes das diversas disciplinas científicas, assegurando-se um equilíbrio entre as exigências epistemológicas e protocolares e os saberes derivados das histórias individuais, por meio de um permanente diálogo entre os saberes acadêmicos, objetos de um esforço permanente de colocação em ordem teórica, de explicitação metódica e crítica, de re-trabalho contínuo, e os saberes imanentes às atividades e re-trabalhados por estas (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010).

A maneira de intervir e de se apropriar dos saberes deve integrar a noção de “dupla antecipação” - ou seja, a relação dialética entre os saberes relativamente codificados, estocados, acadêmicos, com suas possibilidades de antecipar situações de vida e de atividade (primeira antecipação) e os saberes construídos na própria atividade (segunda antecipação) mediante sua recriação de normas e meios, produtos de configurações, de constelações de atividades – e entender a atividade de trabalho como caldeirão ou matriz de “*dramáticas de uso de si*”.

Segundo Schwartz:

... intervir envolve dominar os saberes que se vai compartilhar, mas envolve também reconhecer o saber do outro, seu semelhante, na medida em que ele é também permanentemente portador de diferenças recriadoras em sua atividade; conseqüentemente, envolve *estar igualmente disponível para aprender com ele*. (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010, p. 265 – grifos originais)

De acordo com Schwartz & Durrive (2010, p.268), “*não existe nenhum **one best way***”, nenhuma maneira única de fazer, sobre esse dispositivo de três pólos. Segundo esses autores, “*o mais importante é o terceiro pólo*”, da exigência ergológica. Nesse sentido, o fundamental é que haja por parte do pesquisador uma postura coerente com a *démarche* ergológica.

A perspectiva ergológica nos obriga, para compreender e para agir em nosso universo, a colocar permanentemente em debate e em confronto, a experiência de vida e de trabalho com os conceitos, sempre imperfeitos e provisórios, na relação com essas experiências e a necessidade da construção coletiva a partir desses debates.

3.3 Metodologia

A abordagem metodológica utilizada nesse estudo foi baseada na Análise Ergonômica do Trabalho – AET (GUÉRIN, 2005; FALZON, 2007) e Ergológica (SCHWARTZ, 2000). Trata-se de um método qualitativo-descritivo, de ação da ergonomia e da ergologia, com metodologia e ferramentas de análises pertinentes para identificar os principais fatores técnicos e organizacionais inferentes sobre os

campos de possibilidades de gestão da saúde no trabalho nos contextos produtivos hospitalares e gerar, em conjunto com os demandantes, proposições para a adequação preventiva dos atuais sistemas de produção hospitalar.

3.3.1 Objetivos

3.3.1.1 Objetivo geral

- compreender as atividades de trabalho dos técnicos de enfermagem na assistência ao paciente psiquiátrico do CAC, revelando as dificuldades encontradas e as estratégias construídas para fazer face às necessidades operacionais para o desenvolvimento das ações da assistência, competência e construção da saúde dos trabalhadores, associadas aos propósitos da produção.

3.3.1.2 Objetivos específicos

- analisar a atividade de gestão de riscos no trabalho no serviço de atendimento à crise de um hospital público de emergência psiquiátrica;
- avaliar a ocorrência de fatores que interferem nos processos de aprendizagem necessários à gestão individual e coletiva do risco, que possam repercutir na eficiência dos fluxos de informação e na troca de experiências.

3.4 Método

3.4.1 Materiais utilizados e procedimentos

A amostra foi composta por 17 profissionais, auxiliares e técnicos de enfermagem, do CAC do Instituto Raul Soares (IRS) – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

Foram utilizados nesse estudo equipamentos para coleta e registro das informações observadas em campo. Gravações foram feitas com cada sujeito de pesquisa separadamente, utilizando-se de um gravador digital com o intuito de facilitar o

trabalho de síntese.

Foi utilizado o programa Express Scribe, na sua versão gratuita, para transcrição do áudio para texto no formato .doc e o programa NVIVO 9 (QSR International Pty Ltd©, Doncaster, Victoria, Austrália) para análise das transcrições e categorização das falas dos voluntários. Também foi utilizada uma filmadora (SONY digital Handcam – DCR-TRV340) para registro da atividade dos auxiliares e técnicos de enfermagem e uma câmera fotográfica digital para registros pontuais relevantes nos processos de trabalho da amostra do estudo no contexto produtivo.

Inicialmente, o pesquisador entrou em campo a fim de realizar uma observação geral e de análise organizacional do contexto produtivo, bem como coleta de informações referentes à categorização da população alvo. Em seguida, fez o recrutamento da população alvo deste estudo e um agendamento prévio, de acordo com a disponibilidade de cada um, para a realização dos procedimentos de coleta de dados. O agendamento seguiu a seqüência conforme a disponibilidade registrada anteriormente a fim de se evitar interferências do pesquisador no processo de seleção.

Após explicação dos objetivos e procedimentos do estudo, bem como assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes (APÊNDICE A), foi aplicado um questionário sócio-demográfico, de caracterização ocupacional e de saúde da população envolvida (APÊNDICE B). Em seguida, o pesquisador submeteu o sujeito de pesquisa a uma entrevista aberta, com as seguintes perguntas norteadoras: *Qual é sua ocupação aqui na instituição? Como é trabalhar com paciente psiquiátrico? Caracterize as suas atividades no seu ambiente de trabalho. Há riscos neste trabalho? Se sim, quais? Descreva-os. Como você gere os riscos?*

As entrevistas foram transcritas e entregues a cada voluntário para que os mesmos dessem consentimento da veracidade da transcrição. Uma cópia da transcrição foi entregue a cada participante, em mãos, pelo pesquisador, no prazo de 48 horas da execução da entrevista. Tal procedimento se justificou pela escala de plantão, em sua maioria, de 12 horas de trabalho para 36 horas de descanso. Caso houvesse

alguma inconsistência, eram feitas adequações até que o voluntário concordasse com a versão transcrita.

Para corroborar e/ou confrontar a fala dos entrevistados, o pesquisador também entrevistou os(as) gestor(as)-chefe, os(as) médicos(as) de triagem e enfermeiros(as)-chefe de cada setor do IRS, em momentos pré-agendados e de modo individual, após entrevista com a população alvo deste estudo. Foram utilizadas as seguintes perguntas norteadoras para este grupo: *Qual é sua ocupação aqui na instituição? Como você percebe o trabalho da equipe de enfermagem com pacientes psiquiátricos? Caracterize as atividades da equipe de enfermagem do CAC. Você considera que há riscos neste trabalho? Se sim, quais? Descreva-os. Como você percebe a equipe de enfermagem do CAC gerir estes riscos?* Este procedimento subsidiou o pesquisador acerca de informações relevantes para o procedimento seguinte de coleta de dados no que se refere ao registro e análise organizacional do contexto produtivo em foco.

Após a coleta com a população envolvida, o pesquisador com as transcrições validadas em mãos, utilizou o programa NVIVO 9 (QSR International Pty Ltd©, Doncaster, Victoria, Austrália) para análise das mesmas e categorização das falas dos voluntários.

O recorte necessário para o aprofundamento metodológico foi feito no CAC, por meio de observação e entrevista em autoconfrontação com os auxiliares e técnicos de enfermagem deste setor.

A atividade destes trabalhadores foi filmada e os registros utilizados na entrevista de autoconfrontação. Por meio de procedimentos específicos de edição, as imagens captadas foram tratadas com a utilização de mosaicos sobre a face de pacientes e trabalhadores não envolvidos com a pesquisa e que foram captados durante a coleta, a fim de se preservar a não identificação dos mesmos.

Em um segundo momento, a fim de se proceder com a auto-confrontação – verbalização (entrevista e filmagem) e ações coletadas (filmagem), cada indivíduo, separadamente, foi conduzido a uma sala reservada, em momento pré-agendado,

juntamente com o pesquisador para confrontação da verbalização numa perspectiva de explicitar os modos operatórios assumidos (os atos, os gestos, os valores, as escolhas e as competências utilizadas para a gestão do trabalho).

Inicialmente, o pesquisador descreveu o objetivo desta prática e, em um monitor, projetou o vídeo correspondente à prática laboral deste em situação real de trabalho. Após o indivíduo assistir ao vídeo de sua prática, ao mesmo foi solicitado que verbalizasse as atitudes tomadas frente à situação de trabalho observada. Baseado nas informações verbalizadas pelo participante, o pesquisador utilizou da metodologia da confrontação das suas observações a fim de aprofundar a problematização apontada e subsidiá-lo de informações do contexto real de trabalho.

O objetivo deste procedimento não foi julgar as escolhas assumidas e, sim, fazer com que o trabalhador reconhecesse estas escolhas como estratégia de regulação frente aos condicionantes da atividade (prescrições, objetivos produtivos da empresa, variabilidades do processo, meios e processos de trabalho).

Utilizou-se de um gravador digital neste procedimento e as entrevistas foram transcritas e entregues a cada voluntário para que os mesmos dessem consentimento da veracidade da transcrição. Uma cópia da transcrição foi entregue a cada participante, em mãos, pelo pesquisador, no prazo de 48 horas da execução da entrevista. Caso houvesse alguma inconsistência, adequações eram feitas até que o voluntário concordasse com a versão transcrita.

O número de voluntários envolvidos foi definido pelo critério de saturação da amostra no qual, por meio de análise das respostas nas entrevistas, as mesmas se repetissem e não se observasse nada mais a acrescentar no problema observado.

Os procedimentos metodológicos desse estudo foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) – nº 492/11 (ANEXO A) e da FHEMIG (CEP/FHEMIG) – nº 96/11 (ANEXO B).

3.4.2 Análise Ergonômica do Trabalho

A demanda desse estudo, no hospital pesquisado, surgiu da Gerência de Segurança e Saúde do Trabalhador (GSST) da FHEMIG, em decorrência da configuração da carga de trabalho naquele contexto onde a dimensão psíquica acarretava sofrimento e o adoecimento dos trabalhadores. Havia, naquele momento, aumento dos riscos de agressão física e psíquica nas relações entre os pacientes e entre os pacientes e o pessoal técnico especializado, levando ao aumento das taxas de absenteísmo e de afastamento do trabalho.

O trabalho de coleta de dados em campo foi realizado no ano de 2012, num total de 244 horas, em vários momentos e distintas situações, de forma a percorrer a ampla diversidade das ações de trabalho. A seguir estão apresentadas as etapas da realização desse estudo.

3.4.2.1 Primeira etapa: retomada da demanda, análise técnica e organizacional do hospital e a determinação do setor para análise

Em um primeiro momento foi feito um plano de coleta e análise dos dados. A partir daí, foi realizada a análise da demanda e das estruturas produtivas. Foram propostas as seguintes fases para a pesquisa:

a) Mapeamento das demandas relacionando-as aos sistemas de trabalho

Organização de uma base de dados que subsidiasse a escolha de situações críticas para análise detalhada.

Procedimentos:

- Revisão bibliográfica.
- Pesquisa documental – processos institucionais.
- Análise macro-institucional: Entrevista aberta com gestores e operadores nos níveis locais de análise.

b) Análise dos sistemas de trabalho visando a compreensão da singularidade dos contextos produtivos em foco:

Compreensão dos objetivos, exigências e condições técnicas e organizacionais de execução do trabalho, ressaltando-se as relações com as características organizacionais do trabalho inerentes ao atual sistema de gestão.

3.4.2.2 Segunda etapa: critérios para escolha do setor a ser analisado, a população trabalhadora e o trabalho prescrito

A seleção de situações críticas para análise das atividades de trabalho foi feita a partir da hierarquização das situações de risco identificadas por meio da aplicação dos seguintes critérios, estabelecidos em função do método da AET (GUÉRIN, 2005; FALZON, 2007):

a) Gravidade quanto ao potencial de risco: o CAC por ser um setor de emergência é o que apresentou maior risco de violência daquele contexto (MENDES *et al.*, 2008), fato também descrito em diversos estudos que abordam riscos ocupacionais do setor de emergência hospitalar (PEEK-ASA, 2009; SALERNO, 2009; ANDERSON, 2010; DELANEY, 2011).

b) Centralidade quanto às condições para o desempenho global do sistema: o recorte estabelecido no CAC se justificou pelo fluxograma de entrada do paciente no sistema, sendo este um local importante para a configuração do processo de trabalho nos outros setores da instituição abordada.

c) Acessibilidade quanto às condições para a análise: o CAC propiciou acesso ao pesquisador, o que favoreceu a coleta e análise do material.

Procedimentos:

- Entrevistas abertas com trabalhadores;
- Entrevista semi-estruturada com os trabalhadores;
- Observação geral das atividades de trabalho por meio do método da AET;
- Coleta de dados relativos à distribuição temporal e espacial das atividades.

A partir do recorte estabelecido optou-se pelo foco nos auxiliares e técnicos de enfermagem – população que permanece mais tempo junto ao paciente, daí o maior risco devido à exposição e que também estrutura a configuração coletiva necessária

para gerir o trabalho naquele contexto – compartilha e confronta saberes com os outros profissionais que atuam na assistência hospitalar.

Com o recorte e o foco estabelecido pode-se partir para a análise detalhada das situações críticas identificadas e o levantamento das tarefas (objetivos de produção, métodos, normas de produtividade e qualidade), exigências operatórias e exigências de interação, comunicação e cooperação.

3.4.2.3 Terceira etapa: foco para observações sistemáticas, análise da atividade e o curso da ação

Após o levantamento das tarefas, foram feitas observações sistemáticas, análise das atividades e do curso da ação. Os procedimentos consistiram em observação das atividades em situação real de trabalho e coleta de verbalizações (simultâneas e consecutivas) por meio da entrevista de auto-confrontação - método AET.

Após a coleta e análise dos dados, foram organizados processos de validação e restituição de resultados aos envolvidos.

3.4.2.4 Quarta etapa: análise dos resultados

Nessa etapa foram comparados os observáveis da atividade de trabalho que poderiam ser considerados como elementos de resposta às questões colocadas pela pesquisa, à luz dos conhecimentos da ergonomia e da ergologia.

Mediante o observado e validado durante a análise ergonômica do trabalho foram revelados os principais elementos que condicionavam e modificavam os modos operatórios e os valores daquele contexto, podendo muitas das vezes atuarem como facilitadores, outras como dificultadores das configurações coletivas, das estratégias de gestão de riscos ou dos processos de aprendizagem e sua atualização necessárias para a gestão de riscos naquela situação. Após a análise dos dados e conclusão diagnóstica foram definidos critérios para a transformação preventiva das situações.

3.4.2.5 Processos de validação e de restituição dos resultados aos envolvidos

A ergonomia se estrutura no princípio de se "*compreender o trabalho para transformá-lo*". Estas práticas levam a ergonomia a buscar um acordo para intervir em uma situação laboral e a recusar decretar a verdade sobre o trabalho, numa tentativa de se construir com os interessados uma representação compartilhada do trabalho e elaborar, de modo conjunto, soluções provisórias, afastando de uma visão normativa da estruturação das atividades (TERSSAC & MAGGI, 2004).

A primeira condição de análise do trabalho é um acordo mais ou menos explícito para que o estudo possa ser realizado - compromisso particular que está na base de todo estudo que não parte de um conjunto de valores tido como comuns entre os atores da empresa, mas de diferentes pontos de vistas e interesses e a explicitação é a primeira etapa da análise do trabalho.

Os conhecimentos originados no trabalho foram colocados em discussão em diversos momentos e situações porque a análise não tinha por objetivo ser imposta. Algumas discussões se deram individualmente, outras em grupo. O material de confrontação, recolhido de observação de situações, filmagens e entrevistas propiciaram questionamentos sobre as ações e comunicações, trazendo à tona os saberes, os valores situados no contexto, as intencionalidades e os constrangimentos próprios das (im)possibilidades de cumprimento das regras.

As discussões em grupo eram feitas com os técnicos de enfermagem nos momentos de menor demanda de assistência e realizadas no posto de enfermagem, de forma que poderiam participar e ao mesmo tempo gerir o processo de trabalho. Tentativas foram feitas de se realizar estas discussões em outros momentos e espaços, porém, a adesão foi baixa. Os resultados também foram apresentados, discutidos e validados com os gestores locais (coordenação médica e supervisão de enfermagem) por meio da devolução e discussão dos dados revelados e apresentação de material escrito. Um caminho construído que se mostrou mais eficiente foi o de se apresentar os dados de forma expositiva e oral. Ao encaminhar o material escrito à diretoria e aos demais gestores para leitura e contribuições, pode-se perceber a baixa adesão e retorno de respostas.

A análise do trabalho por meio da validação foi estruturada para ajudar a construir os caminhos, estabelecer e direcionar o foco de observação e confirmar/recusar as hipóteses até então levantadas. Os resultados da análise do trabalho constituem, assim, a matéria-prima dos compromissos que serão elaborados e os atores envolvidos são autores neste processo, participam da construção da história.

Para compreender a atividade, que é mais global do que a ação, não seria suficiente focalizar apenas o ato de realizar uma tarefa, precisava-se também articular o sentido, restringir o olhar, focar, já que a atividade é composta também de seu entorno não evidente.

Desta forma as atividades suspensas, contrariadas ou impedidas e suas contra-atividades (VIEIRA, 2004) foram admitidas na análise. Este posicionamento gerou uma reflexão conjunta do analista-pesquisador e dos protagonistas que participaram e ajudaram na reconstrução de sentidos para a atividade.

A análise do trabalho com a sua validação coletiva modifica o nível e a natureza da contribuição dos diversos atores envolvidos, possibilita tomar decisões em conjunto, ao mesmo tempo que desestabiliza posições nas quais os diferentes atores se encontram isolados.

Nas análises dos resultados e validação foi observado que muito do que se faz naquele contexto produtivo em foco é "*invisível*" pelos gestores do sistema, embora já seja reconhecida a necessária "*expertise*" para lidar com o paciente presente no CAC. Desta forma, o conhecimento produzido pela análise das situações concretas não pode ser separado do uso que se pode fazer daqueles que contribuem para a elaboração deste conhecimento, sobretudo porque a partir deste posicionamento pode-se viabilizar um outro modo de regulação, editar regras diferentes, ter um novo olhar sobre a estruturação do trabalho.

Este espaço de restituição de resultados e validação pode ser um território possível para situar as diversas perspectivas das relações de trabalho e sua regulação e esclarecer os diferentes "*pontos de vista*" que são observados nos estudos sobre o trabalho.

Especificamente em relação ao estudo, o momento atual é de se fazer a devolutiva do trabalho final, retomar as discussões e reflexões com os demandantes e a população estudada com o objetivo de transformação preventiva das situações.

3.4.2.6 Dificuldades encontradas na análise da atividade

Todo trabalho de pesquisa apresenta avanços e, também, dificuldades na sua operacionalização. A vivência enquanto pesquisador nos mostra os atalhos e a inexperiência, os percalços. Nesta pesquisa, por ser tratar de uma abordagem a um grupo em situação de vulnerabilidade (trabalhadores) cujo objeto de trabalho era um grupo mais vulnerável ainda (pacientes com transtornos mentais), o projeto do ponto de vista metodológico tinha que estar claro!

Em hipótese alguma poderíamos colocar tanto trabalhadores quanto pacientes em risco. Havia ainda dúvidas e preocupação dos dois comitês de ética (proponente e parceiro) quanto ao uso da informação/imagem de forma descontextualizada. A preocupação de ambos centrava-se, principalmente, quanto às perguntas norteadoras à população pesquisada e o uso das imagens obtidas pela fotografia e filmagem. Aos comitês foi assegurado a não identificação das pessoas filmadas e que a imagem somente seria utilizada na confrontação, de modo individualizado. Outra questão negociada com os comitês de ética era de que em hipótese alguma poderia haver uma abordagem ao paciente. Após o acordo estabelecido e as proposições deles asseguradas, o projeto foi aprovado.

Após a entrada em campo, outra dificuldade se deu em razão do risco potencial de agressão no local pesquisado. Muitas das vezes o paciente estava em crise. Por esse motivo, preocupação havia com a própria segurança e com os equipamentos: a câmera foi posicionada dentro do posto de enfermagem em um local que captava imagens das configurações coletivas sendo estabelecidas. Onde a câmera não pegava, o pesquisador acompanhava os trabalhadores para registrar o curso da ação. Com o tempo, o próprio pesquisador também foi configurando estratégias de regulação no contexto da pesquisa.

Outra dificuldade também encontrada se deu em função da dinâmica da atividade naquele contexto. Não dava para fazer as etapas da AET como estabelecida teoricamente. Era necessário coletar dados, por exemplo, numa observação geral e, em virtude de um caso crítico inesperado e único, era fundamental confrontar. Mesmo sendo uma dificuldade, trouxe avanços e profundidade para a pesquisa.

Em relação à entrevista semi-estruturada, importante e necessária, foi observada uma racionalização das respostas, trazendo viés de informação à pesquisa. Isso foi contornado posteriormente, pelo uso destas informações no acompanhamento sistematizado das ações e, a partir daí, a sua validação em situação real de trabalho. Dessa forma, justificou-se o uso da entrevista semi-estruturada por fornecer as informações sócio-demográficas e os elementos para a observação e confrontação.

4 CONFIGURAÇÃO DO NÍVEL MACRO: PROCESSOS, NORMAS E VALORES ESTRUTURANTES E SUAS CONSEQUÊNCIAS

4.1 Modelos de assistência à saúde

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. É uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade (MEHRY, 2004).

Há, no mundo, diversos modelos assistenciais calcados na compreensão da saúde e da doença, nas tecnologias disponíveis em determinada época para intervir no cuidado e nas escolhas políticas e éticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde.

Segundo Paim (1999), podem existir diversos tipos de modelos assistenciais: um que desenvolva, exclusivamente, intervenções de natureza médico-curativa e, outros, que incorporem ações de promoção e prevenção. Há, ainda, modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda.

Não há modelos certos ou errados, ou receitas que, quando seguidas, dão certo. Há, sim, opções políticas, científicas, terapêuticas e éticas que são estabelecidas em função de interesses. Autores como Merhy *et al.* (1992, p. 3) discutem a dimensão articulada dos saberes e da política na determinação da forma de organizar a assistência:

Modelo Técnico Assistencial constitui-se na organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social. Entendemos desse modo, que os modelos tecnoassistenciais estão sempre apoiados em uma dimensão assistencial e tecnológica, para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais. (MERHY *et al.*, 1992, p. 3).

Portanto, esses projetos tecnoassistenciais se apóiam em conhecimentos e saberes que definem o que é saúde e quais os seus problemas, como devem ser as práticas (para que servem e como devem ser organizadas), quais os trabalhadores serão necessários e para quais pessoas estão dirigidas.

A conformação desses modelos expressa uma dada forma de poder político e, portanto, uma dada conformação do Estado e de suas políticas, que pressupõem a construção de uma visão dos outros modelos, seja para a disputa enquanto projeto, seja como estratégia de sua manutenção (MEHRY, 2004).

4.2 Breve histórico da conformação do Sistema de Saúde Brasileiro

No Brasil, podemos relatar diversos modelos de saúde desenvolvidos em diferentes momentos da história. Sempre houve embates e debates de modelos e o predomínio de um sobre o outro, com alternâncias, o que não significava, necessariamente, a exclusão daquele não adotado no momento. Havia muitas vezes, como hoje, a coexistência de modelos.

Observa-se ao longo da conformação do sistema de saúde brasileiro o embate principal de dois modelos: o Sanitarista Campanhista e o Liberal Privatista ou médico assistencial privatista.

O modelo Sanitarista Campanhista, surgido no início do século passado - ligado ao modelo econômico agroexportador – fortemente assentado na exportação cafeeira, exigia do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam afetar a exportação. Esse tipo de campanha se transformou em uma política de saúde pública importante para os interesses da economia daquela época e se mantém como modalidade de intervenção até os nossos dias no combate às endemias e epidemias.

Segundo Mehry (2004), esse formato de verticalização deixou profundas raízes na cultura institucional do Sistema de Saúde brasileiro. Esse comportamento estende-se para outras ações conduzidas pelo Ministério da Saúde, como os seus inúmeros

programas centralizados, que dispõem de uma administração única e vertical, constituindo um conjunto de normas e pressupostos definidos centralmente, gerando pequena ou nenhuma integração com as demais ações assistenciais. Mesmo após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no esforço de democratização e descentralização, não se conseguiu reverter esse formato.

O modelo *Liberal Privatista* ou *médico assistencial privatista* teve início no Brasil com o surgimento da *Assistência Médica Previdenciária*, na década de 20, sob a influência da Medicina Liberal, ligando-se à necessidade de assistência aos trabalhadores urbanos e industriais (PAIM, 1999; MEHRY, 2004). Era um modelo voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia, chamado de medicina científica ou modelo biomédico. Naquele momento, o importante já não era sanear os espaços, mas cuidar dos corpos dos trabalhadores, mantendo sua capacidade produtiva.

Segundo Mehry (1992; 2004), o modelo Liberal Privatista se expandiu a partir da década de 40 dando início à compra de serviços privados. De acordo com este mesmo autor, este formato serviu como um embrião e um catalisador do modelo liberal privatista que se acentuou após 1964 através da rede privada contratada, constituindo na década de 1990, 76% da oferta de leitos no país. Grande parte do financiamento para a expansão do setor privado, veio do setor público (dinheiro da previdência), em consonância com a política de sustentação do capital, a partir do Estado. Este modelo constituiu-se no modelo neoliberal de organizar serviços, sendo hegemônico no país (MENDES, 1994).

Com a criação do INAMPS na década de 1970, um novo impulso foi dado a esse modelo de assistência. No período houve um crescimento exponencial da prestação de serviços privados, por compra direta com recursos públicos - capital fixo subsidiado pelo governo, quase sem risco empresarial e nenhuma competitividade.

A dicotomia preventivo/curativa foi cristalizada formalmente com a criação do Sistema Nacional de Saúde em 1975, onde as questões assistenciais ficaram a cargo da Previdência Social e as ações ditas coletivas passavam a ser de

responsabilidade do Ministério da Saúde (MEHRY, 2004).

Segundo Mehry (1992; 2004), o modelo médico assistencial privatista é assim caracterizado: setor privado como o prestador; técnica centrada no médico; o foco é a doença; assistência oferecida no hospital; Estado como financiador direto e indireto (renúncia fiscal); setor privado internacional como fornecedor de equipamentos biomédicos.

Contra-pondo-se ao modelo privatista, hegemônico no momento, porém, insuficiente para responder às demandas de adoecimento das populações surge, nos anos sessenta nos Estados Unidos, a *Medicina Comunitária*, numa conjuntura de intensa mobilização popular e intelectual, em torno de questões como direitos humanos, racismo e pobreza. Esse modelo, de certa forma era uma retomada do “*modelo prevencionista*” e buscava a racionalização para os serviços de saúde, enfatizando-se a regionalização, hierarquização dos serviços, participação comunitária e introdução de outras categorias profissionais na assistência (PAIM, 1999).

Nos Estados Unidos sua implantação foi baseada nos centros comunitários de saúde, focalizando setores minoritários e deixando intocada a assistência médica convencional (MEHRY, 2004). Na América Latina, foram implantados na década de 1960, sob o patrocínio de fundações norteamericanas e endossadas pela Organização Pan Americana de Saúde (OPS), programas de saúde comunitária, na expectativa de que o efeito demonstração pudesse influenciar os sistemas de saúde no continente.

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em Alma Ata (ex-União Soviética), reafirmou a saúde como direito do homem e estabeleceu a atenção primária como estratégia para se conseguir a Saúde Para Todos no Ano 2000. A partir daí, a OMS passou a ser então a maior difusora da filosofia da atenção primária e o Banco Mundial o maior financiador destas políticas (MEHRY, 1992; 2004).

Segundo Mehry (2004), a Medicina Comunitária no Brasil encontrou, nos Departamentos de Medicina Preventiva, espaços de ampliação e reciclagem,

resultando em propostas ampliadas de intervenção que se materializaram nas diversas experiências de atenção básica. De acordo com este autor, as principais características da Medicina Comunitária são: 1) preocupação com a saúde dos grupos populacionais; 2) as ações preventivas e curativas, vistas como serviços básicos são oferecidas universalmente, especialmente aos grupos vulneráveis e de risco; 3) a estruturação do serviço é hierarquizada; 4) os serviços de atenção primária, de natureza simplificada, funcionam como porta de entrada do sistema; 5) a utilização de pessoal auxiliar treinado, orientado pelos profissionais de nível superior, visando à extensão de cobertura, inclusão de práticas médicas alternativas, visando aumentar a eficácia e aceitação da população; 6) revisão da tecnologia incorporada, visando redução de custos; 7) participação comunitária incentivada, co-responsabilização pelo cuidado.

A Medicina comunitária não consegue oferecer uma opção alternativa à configuração do modelo assistencial, ou seja, não consegue se contrapor aos núcleos filosófico e operacional do modelo médico hegemônico. Sua incapacidade em alterar os atos do cotidiano, os quais determina, em grande medida, o modo de se produzir saúde, coloca em questão a proposta da Medicina Comunitária e sua potência para alterar a lógica do procedimento médico centrada, do modelo assistencial.

Nesta conjuntura de modelos assistenciais diversos e de insuficiência destes na resolução dos problemas de saúde das populações ampliam-se os debates sobre estratégias de transformação social, com vistas à implantação de um determinado projeto político ou de construção de um novo bloco histórico. Os anos 1970 são ricos em mobilização e férteis no sentido de conformar na saúde um movimento, a *Reforma Sanitária*. Segundo Escorel (1988), há três tipos de prática que caracterizam o movimento: a prática teórica (a construção do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a prática política (a transformação das relações sociais). Para esta autora, o movimento da Reforma Sanitária é "*um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto*".

De acordo com Mehry (2004), todo o movimento em torno do projeto contra-

hegemônico, construído desde os anos de 1970, confluíu na *VIII Conferência Nacional de Saúde*, em 1986, cujo resultado mais expoente se deu na mudança do conceito de saúde e no arcabouço jurídico-ideológico para a implantação de um novo sistema de saúde. Até então, saúde era “*ausência de doenças*”, segundo o modelo curativista.

O relatório final da Conferência criou as bases estruturais e jurídicas para que, em 1988, no texto constitucional, fossem estabelecidos três aspectos fundamentais: a) a saúde define-se num contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pelo cidadão em suas lutas cotidianas, sendo o resultante das condições gerais de vida; b) saúde é um direito de cidadania e dever do estado; c) o Sistema Único de Saúde tem como princípios a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular.

As estratégias traçadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, para sua viabilização, foram eficazes no sentido de: a) garantir-se um arcabouço jurídico na Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde 8080, de 1990, além de leis estaduais, responsáveis na definição de diretrizes e reafirmação da responsabilidade do Estado na promoção da saúde; b) mobilização da sociedade civil e suas organizações com a questão da saúde, definindo-se inclusive espaços colegiados; a Lei 8.142, de 1990, assegurando o papel dos Conselhos e Conferências; c) utilização da via institucional, através da implantação de um novo Sistema de Saúde (MEHRY, 1992; 2004; PAIM, 1999).

Várias alternativas foram sendo construídas ao longo da implementação do SUS, nos anos 90, como a Ação Programática ou Programação em Saúde; a versão brasileira de Sistemas Locais de Saúde (Silos); as Cidades Saudáveis e o Movimento em Defesa da Vida.

Mais recentemente, em meados da década de 1990, após muitas relutâncias e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde. A disseminação desta estratégia e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate

em nível nacional e trouxeram novos problemas e novas questões para a reflexão.

Segundo Almeida (2012), à revelia dos modelos e das mudanças conceituais sobre o processo saúde/doença, as disciplinas biomédicas seguem na construção de critérios diagnósticos e intervencionistas direcionados à patologia, focalizados em sinais e sintomas, resultados de uma análise individual e parcial do organismo humano e os dados estatísticos continuam sendo cada vez mais utilizados para definir os limites entre o normal e o patológico. De acordo com essa autora, tais abordagens têm se mostrado incapazes de tratar da complexidade dos processos concretos relativos à vida, saúde, sofrimento, dor, doença, cuidado, cura e morte que envolvem coletivos humanos históricos.

Porém, algumas situações exigem clínicas diferenciadas em função da crise (ex. crise de abstinência/fissura) oriunda do uso dependente de álcool e outras drogas. Embora esta população não seja o objeto central do estudo, iremos focar alguns aspectos dessa dependência, já que no hospital pesquisado essa população corresponde a 65% das entradas e tem impactado diretamente no cotidiano da assistência. Embora a substância psicoativa seja um elemento concreto, que interfere diretamente no funcionamento orgânico, seu uso, por si só, não implica necessariamente em adoecimento. De acordo com Laranjeira e Romano (2004), citado por Almeida (2012), os danos podem ser agudos ou crônicos, dependendo tanto da substância utilizada quanto do padrão de consumo.

A questão do uso de álcool e outras drogas é um tema que está implicado em todas as esferas da vida individual e social, em aspectos que envolvem não só a saúde, mas o trabalho e a sociabilidade (ALMEIDA, 2012).

Nessa perspectiva, no novo paradigma proposto pela reforma psiquiátrica, o conceito de saúde aproxima-se, na mesma direção apontada por Canguilhem (2010), de uma concepção de projetos de vida que garantam possibilidades de trocas tanto de recursos quanto de afetos (SARACENO, 2001).

4.3 O Processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica Brasileira se insere no contexto da Reforma Sanitária. As diversas propostas de transformação da assistência psiquiátrica se contextualizam em momentos sócio-históricos específicos, datados e matizados por interesses, relações entre saberes, poderes, práticas e subjetividades.

Historicamente, a prática psiquiátrica asilar sempre ocupou um espaço relevante no tratamento das pessoas com sofrimento psíquico. O manicômio como *locus* e a Psiquiatria enquanto saber para tratar a loucura foi inicialmente questionada por Foucault (1978) ao apontar que o internamento nos manicômios constituía-se num instrumento de controle de todo tipo de desvio da norma social vigente.

Em “*História da Loucura na Idade Clássica*” (1978), Foucault aponta para o encarceramento do ‘enlouquecer’ a classificações e terapêuticas ditas científicas e a consequente submissão da singularidade à norma da razão e da verdade do olhar psiquiátrico. Estrutura-se, segundo Foucault, uma rede de biopoderes e de disciplinas que conformam o controle social do louco.

Segundo Amarante (1998, p.24), a caracterização do louco, enquanto representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional.

Para Goffman (1968), esse controle se dava através de um sistema formalizado de disciplinarização e vigilância dos internos com severa delimitação entre a autoridade formal e a subordinação, o rigor no cumprimento das regras e normas racionais e a impessoalidade nas interações entre as pessoas.

A antipsiquiatria - tentativa de desconstrução do saber médico sobre a loucura - surge na Inglaterra, na década de 1960, questionando o saber e as práticas psiquiátricas, ditas inadequadas, no trato com a loucura. Essa corrente buscou romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente e o lugar/valor do saber médico na compreensão e tratamento das doenças mentais (AMARANTE, 1998; GUERRA, 2005).

Outras iniciativas reformadoras da psiquiatria também ocorreram na França e EUA, mas foi na Itália que se propôs a primeira experiência de *'desinstitucionalização'* como desconstrução da instituição psiquiátrica, propondo sua substituição por outros meios de cuidado e acolhimento que não passassem pelo sintoma e pela doença, mas pela “existência-sofrimento dos sujeitos em sua relação com o corpo social” (AMARANTE, 1998, p. 43).

Segundo Amarante (1998, p. 46):

o paradigma psiquiátrico clássico transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso. A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade. Assim, institui-se uma correlação e identificação entre punição e terapêutica, a fim de produzir uma ação pedagógica moral que possa restituir dimensões de razão e de equilíbrio. Desta forma, a relação que se estabelece entre o sujeito que cura e o objeto de intervenção, subtrai a totalidade subjetiva e histórico-social a uma leitura classificatória do limite dado pelo saber médico.

É neste conjunto simbólico que a prática e o saber psiquiátricos se tornam visíveis no *lócus* manicomial, que concretiza a metáfora da exclusão que é produzida na modernidade em função da diferença.

Com uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico, o Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), iniciado por Franco Basaglia, revela a urgência de revisão das relações nas quais o saber médico funda a sua práxis, tendo como mérito a possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional - sem restrição do problema aos técnicos de saúde mental. Como dito por Amarante (1998, p. 48): *“a PDI traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça”*.

No Brasil, as primeiras críticas às internações prolongadas, precariedade do cuidado, abandono e segregação das pessoas com transtornos mentais iniciaram-se no final dos anos de 1970. O atraso das iniciativas brasileiras se deu em razão do regime autoritário brasileiro instituído pelo golpe militar de 1964. Fortemente

influenciadas pelos pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana, as primeiras experiências de desinstitucionalização inovadoras e bem sucedidas em São Paulo, Santos e Campinas, constituíram-se em um dos fatores que impulsionaram um processo de Reforma Psiquiátrica em todo o Brasil (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

O movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe o questionamento incisivo das políticas públicas de saúde mental e do modelo assistencial centrado nos hospitais psiquiátricos e na exclusão (AMARANTE, 1992, 1995, 1998; GOULART, 2006). Nas estratégias de implementação de um novo modelo assistencial, em seu cerne, havia a perspectiva de construção de uma rede substitutiva em relação ao modelo asilar existente – veio à tona, pela primeira vez, a ideia do fim dos hospitais psiquiátricos – identificado hoje no bojo dos processos de desinstitucionalização (GOULART, 2007) que vem ocorrendo no Brasil. Esse movimento ganhou força com a Reforma Sanitária e, posteriormente, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988 (GOULART; DURÃES, 2010).

A Reforma Psiquiátrica tem sido estruturada a partir de dois vetores: o de crítica e reforma do modelo centrado no hospital (hospitalocêntrico) e o de desconstrução dos espaços asilares e da efetivação de modelos assistenciais alternativos (AMARANTE, 1992, 1995, 1998; GOULART, 2006; GOULART; DURÃES, 2010).

Configurou-se um conjunto de iniciativas de cunho político, social, legislativo e cultural que visavam modificar a situação e tecer alternativas (AMARANTE, 1992, 1995, 1998; GOULART, 2006). Dentre as mudanças propostas destaca-se a desospitalização dos usuários e a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção psicossocial que funcione segundo a lógica do território e que garanta não só o direito à saúde de forma integral, universal e equânime, mas a participação social e à cidadania (BRASIL, 2004; 2005).

A Reforma Psiquiátrica ainda está em pleno processo de implementação e consolidação no Brasil o que tem exigido mudanças estruturais, socioculturais e assistenciais profundas e de longo prazo (GOULART, 2006; SILVA, 2010; ALMEIDA, 2012).

Neste contexto, a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos depende diretamente da construção e fortalecimento de uma rede de serviços de caráter territorial, integral e intersetorial.

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

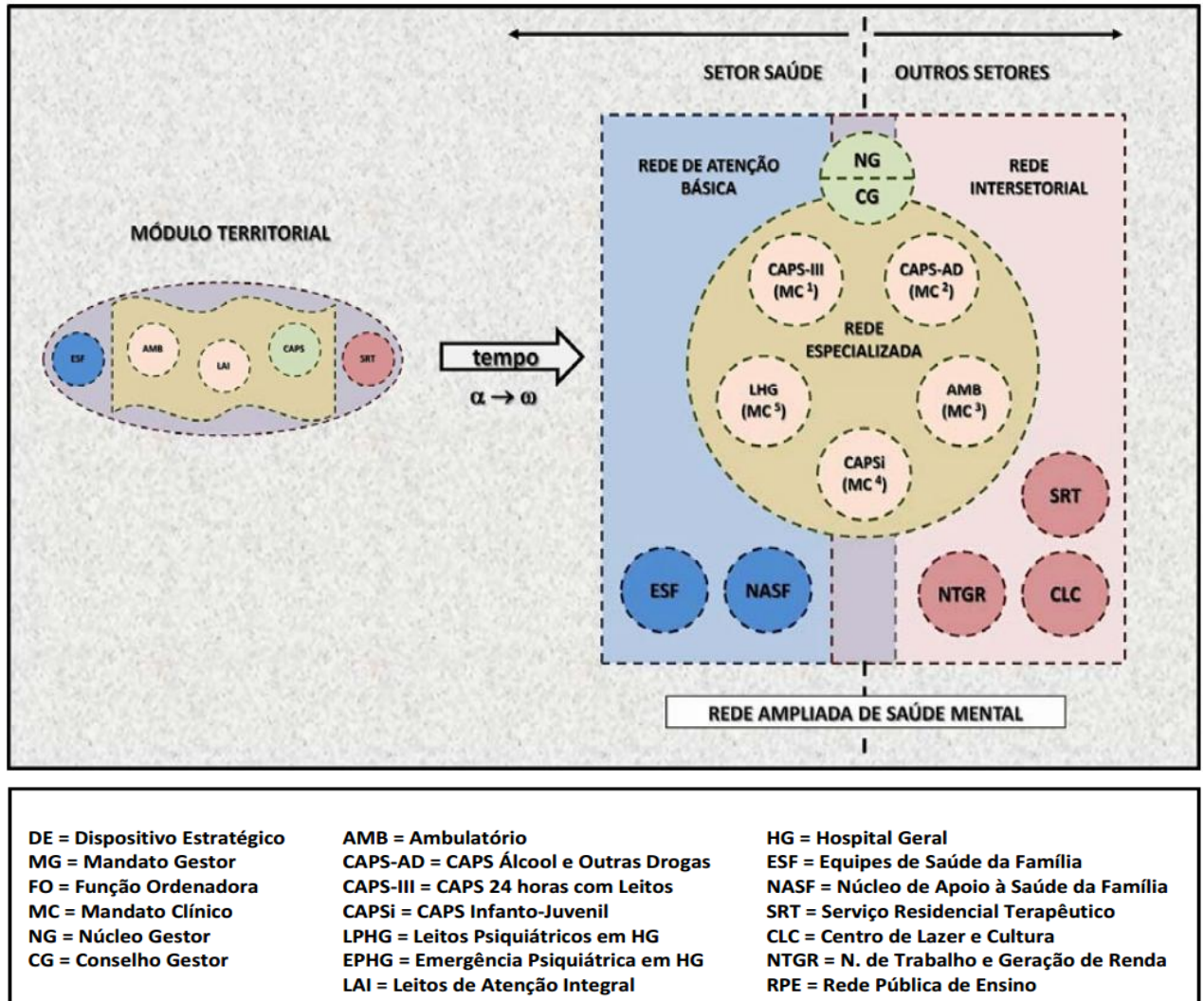
Segundo diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a rede de Atenção Psicossocial deve ser estruturada e articulada a partir de sete eixos e em articulação matricial (BRASIL, 2011):

- ✓ Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio Saúde da Família, Saúde da Família, Consultório de Rua, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centro de Convivência;
- ✓ Atenção Psicossocial Especializada: CAPS I, II ou III; CAPS ad; CAPS i;
- ✓ Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas; Pronto-socorro em hospital geral;
- ✓ Atenção Residencial de Caráter Transitório: unidades de acolhimento adulto e infanto-juvenil; Comunidades Terapêuticas;
- ✓ Atenção Hospitalar: Enfermaria em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental;
- ✓ Estratégias de Desinstitucionalização: Serviço Residencial Terapêutico, Programa de Volta para Casa;
- ✓ Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

(BRASIL, 2011 - Portaria 3088)

Esta construção matricial e em rede pode ser visualizada no esquema abaixo:

FIGURA 1- Módulo Territorial



Fonte: Ramos, 2010

Nesse contexto, os CAPS foram designados como lugar de referência para o tratamento em saúde mental, definidos por ordem crescente de porte, complexidade, abrangência populacional, horário de funcionamento, número de funcionários e de pessoas atendidas, no qual a ideia de um cuidado personalizado implica o paciente em uma posição ativa frente a seu tratamento (BRASIL, 2002; 2004). Como citado no documento escrito pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, intitulado *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*:

um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é 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 (BRASIL, 2004, p. 13)

Inicialmente os CAPS foram estruturados na modalidade CAPS I, CAPS II ou CAPS III, destinados a adultos com transtornos mentais severos e persistentes, maiores de 18 anos. Esse modelo foi posteriormente adotado para a estruturação de outros CAPS destinados a usuários com necessidades específicas que passaram a existir a partir de 2002: CAPS i, especializados em crianças e adolescentes com transtornos mentais e CAPS ad, destinado a pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

Os CAPS são definidos em função dos graus de complexidade da assistência e da abrangência territorial (BRASIL, 2004; 2011; 2012):

- **CAPS I** – atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes. Existem 822 unidades no país.

- **CAPS II** – atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes. Existem 431 unidades no país.

- **CAPS III** – atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. Existem 63 unidades no país.

- **CAPS ad** – atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes. Existem 272 unidades no país.

- **CAPS ad III** – atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. Existem 5 unidades no país.

- **CAPS i** - atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes Existem 149 unidades no país.

Apesar do visível desenvolvimento da atenção nos campos teórico-assistencial, técnico-assistencial e jurídico-político, há ainda diversos desafios a serem enfrentados.

Segundo Amarante (1995, p.493):

Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p.493).

Apesar dos avanços, o novo modelo apresenta-se bastante vulnerável na atual conjuntura política do Brasil (ALMEIDA, 2012). Há um movimento de contra-reforma, encabeçado de um lado pela Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Medicina, juntamente com Sindicatos dos Hospitais (Sindosp) e, de outro, pela Associação das Comunidades Terapêuticas. Embora imbuídos de discursos diferenciados, da ciência e da religião, ambos questionam a eficiência e legitimidade

das políticas vigentes.

Neste contexto de mudanças, há também estudos que demonstram a participação dos hospitais psiquiátricos nos embates e debates (MENDES *et al.*, 2008; GOULART; DURÃES, 2010) a respeito da reforma psiquiátrica. Estas instituições não foram apenas organizações passivas: cada uma delas tem histórias a contar.

Em um estudo publicado em 2010, Goulart & Durães revelam como o processo de Reforma da Política de saúde mental repercutiu no mais antigo hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte e as medidas institucionais estabelecidas a nível local em busca de respostas à crítica aos asilos e à cultura manicomial que emergiu desde os anos 60 (século XX, em Minas Gerais). Estes autores afirmam que a construção das políticas de Saúde Mental tem se estruturado em debates, embates e iniciativas que informam sobre os rumos e as contradições do processo de construção da política de saúde mental brasileira. O estudo de Goulart & Moraes mostra de que forma um hospital psiquiátrico de Belo Horizonte foi confrontado com o ideário reformista da psiquiatria, e, ao mesmo tempo (e não menos importante), com movimentos de instituição psiquiátrica. Sua recuperação permite uma compreensão mais atenta do processo de desinstitucionalização: ao mesmo tempo em que informa da mudança da clínica, importante e necessária, afirma também o papel do hospital psiquiátrico - principalmente na assistência ao paciente em crise, no atendimento ambulatorial e na formação profissional em psiquiatria.

Percebe-se, enquanto pesquisador, que é uma reação dos hospitais frente às críticas e que se faz alinhar as primeiras respostas formuladas diante da assistência e das péssimas condições de vida dos usuários (principalmente o usuário de drogas não vinculado ao serviço substitutivo e em crise) e das difíceis condições de trabalho dos profissionais da saúde mental.

4.3.1 Construção histórica

O questionamento às políticas de saúde e a movimentação em torno de reformas na atenção em Saúde Mental no Brasil teve início quando profissionais da área, em sua maioria, ativistas de outros movimentos pela redemocratização do país, que

vivenciava naquele momento uma série de manifestações de oposição ao Regime Militar - época das grandes greves do ABC paulista, do movimento pela anistia e de disputas da sociedade brasileira contra o poder autoritário do Estado, se reuniram para discutir e atuar em torno de denúncias contra o tratamento desumano existente nos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1998; LOBOSQUE, 2001; GUERRA, 2005).

Segundo GUERRA (2005), *“a política de Saúde Mental adotada pelo Regime Militar expandiu consideravelmente o número de hospitais psiquiátricos que passaram de 341 no início da década de 70 para 430 no início da década de 80, sem que isso significasse uma melhoria da atenção oferecida”*.

De acordo com Pereira (2003, p.79), uma das primeiras críticas a este modelo acontece em 1977 com a publicação de um manifesto de usuários na forma de uma carta ao Jornal do Brasil, cujo conteúdo era semelhante à causa dos presos políticos.

No ano seguinte acontece a *“Crise da DINSAM”* (Divisão Nacional de Saúde Mental), na qual profissionais dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro criticam as precárias condições de trabalho e de assistência, inclusive com mortes de usuários e grande repercussão pública nacional (GUERRA, 2005).

A Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, de 1978, reforça o ideário de atenção primária à saúde (promoção e prevenção aliadas ao tratamento) e, também, estabelece a saúde em um conceito mais amplo do que meramente a ausência de doenças - ratifica o ideal de hierarquização de ações, as noções atuais de território e de controle social (LANCMAN, 2008).

Nessa mesma direção e inseridos no contexto de lutas pela redemocratização do Brasil, nasce o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) com o objetivo de propor alternativas à assistência psiquiátrica até então oferecida (AMARANTE, 1998; GUERRA, 2005; LANCMAN, 2008). Este movimento organiza diversos encontros aglutinando coletivos, como: trabalhadores da saúde, associações de classe, entidades e setores mais amplos da sociedade (GUERRA,

2005).

Ao condenar a violação dos direitos humanos praticada contra pessoas que sofrem de transtornos mentais, esse movimento cunha o lema: "*Por uma sociedade sem manicômios*", no II Congresso do MTSM, conhecido como o "Congresso de Bauru", em 1987 - considerado o marco de fundação do Movimento da Luta Antimanicomial e instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. É também lançado o "Manifesto de Bauru", tido como o documento de fundação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 1998; LOBOSQUE, 2001; GUERRA, 2005; LANCMAN, 2008). Nesse congresso, com a ampliação de seus princípios e com a participação de outros segmentos sociais, em especial usuários e seus familiares reunidos em associações, há a transformação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) para o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA).

O MTSM havia se aglutinado a partir de críticas ao tratamento desumano existente nos hospitais psiquiátricos, compondo-se de um leque variado de posições acerca da reforma psiquiátrica a ser implementada (GUERRA, 2005; LANCMAN, 2008). Este movimento, dentro do movimento mais geral da reforma sanitária preconizava a universalização do acesso, a integralidade da assistência e a equidade.

No entanto, o manifesto de Bauru anunciou uma propositura diferente: *a superação do modelo psiquiátrico-asilar*. Esta nova proposta repercute internamente no MTSM e cria tensão, como revelado por Silva (2003):

Dizia-se, então, que a radicalidade da proposição era 'tecnicamente' inviável: era 'tecnicamente' impossível tratar de pacientes agudizados sem o recurso à internação. Até mesmo para alguns membros daquele histórico Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, do qual o movimento antimanicomial representou uma retomada, mas principalmente, uma importante superação – assustados com a radicalidade da proposição da 'sociedade sem manicômios' – essa proposta parecia como algo folclórico, de pouca consistência, e até irresponsável. (SILVA, 2003, p. 95)

Dentro do próprio MTSM havia aqueles que defendiam e ainda há hoje outros que defendem a existência de um hospital psiquiátrico que cumpra eficientemente as suas funções e que possua equipamentos técnicos e administrativos suficientes e

necessários para o desenvolvimento de suas ações.

Outra diferença do novo movimento está na proposta de composição que buscava ampliar as suas bases reunindo amplos setores da sociedade (GUERRA, 2005). Apesar do “Manifesto de Bauru” apontar para a construção de laço social dos profissionais com a sociedade para o enfrentamento da questão constituída pela presença dos manicômios na sociedade brasileira, o mesmo não traz nenhuma alusão a uma tarefa política, relacionada com a organização dos próprios atingidos e vitimados.

Assim, na origem do MLA, há uma forte presença dos profissionais em um período de poucas organizações civis. É nesse mesmo período que a influência de Franco Basaglia, efetiva-se. Segundo Lancman (2008, p.45), após uma série de mortes em uma clínica psiquiátrica particular conveniada ao extinto Inamps, a prefeitura de Santos decide intervir e desapropriar o estabelecimento. No lugar do hospital são implantados novos equipamentos, como os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, abertos 24 horas por dia, 7 dias por semana. Estrutura-se, assim, um trabalho semelhante ao do psiquiatra italiano com uma nova maneira de lidar com pessoas institucionalizadas a longo tempo e em sofrimento psíquico grave. Foram criados, nesse local, oficinas de trabalho para geração de renda de ex-internos, cooperativas de trabalho e diversos projetos culturais de inserção social. Veio à tona a perspectiva de ressocialização.

A década da redemocratização brasileira trouxe, ainda, a instauração do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para o campo das práticas de saúde mental. O primeiro deles, o CAPS Luiz Cerqueira – também conhecido como CAPS Itapeva – inaugurado em 1987 na cidade de São Paulo, tem forte inspiração no modelo francês de comunidade terapêutica, que fez da sua prática ousada e inovadora, um elemento de atração e agregamento de grande parte dos militantes da reforma. Os CAPS e os NAPS condensavam os princípios de inclusão social, autonomia e cidadania (AMARANTE, 1998; LANCMAN, 2008).

Nesse período inicial do movimento, as experiências bem sucedidas do CAPS Luiz Cerqueira em São Paulo e da intervenção no Hospital Anchieta, em Santos, além

das subseqüentes ações que ali aconteceram – como a implantação dos NAPS, as oficinas de trabalho, a rádio *Tam Tam* – incitaram os participantes do Movimento da Luta Antimanicomial e, revelaram, mesmo ainda incipiente, algumas experiências nacionais de viabilidade do projeto, até então tido como uma mera utopia (AMARANTE, 1998; GUERRA, 2005; LANCMAN, 2008).

Segundo (BRASIL, 1987), o relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental aponta estratégias para a desospitalização, bem como a redução progressiva de leitos e a garantia de tratamento que respeite os direitos das pessoas com transtornos mentais, em consonância com os princípios de cidadania e inclusão social. De acordo com Lancman (2008, p.45), nesse relatório há uma reversão da tendência “*hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica*” para uma priorização do sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente.

A partir da I Conferência, o setor público não mais credenciará nem instalará novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas tradicionais, reduzindo progressivamente os existentes e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica (LANCMAN, 2008). Proíbe-se, a partir deste momento, a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais.

Em 1990, por influência do MLA, é apresentado o Projeto de Lei 3.657, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT-MG). Nesse contexto, iniciam-se as lutas do movimento da reforma psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Este projeto previa a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por recursos assistenciais extra-hospitalares, além de regulamentar a internação compulsória. Segundo o próprio deputado, esta lei propunha uma radical transformação do modelo de atenção, em um momento em que “não havia nas Nações Unidas e sua Organização Mundial de Saúde uma compreensão e um consenso sobre o novo tratamento, nem mesmo sobre os direitos dos usuários”. Ressalta-se que, nesse período, a proposta do Ministério da Saúde expressa no Documento “*Orientações para o funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental*”, determinava uma convivência de dispositivos hospitalares com os extra-hospitalares (GUERRA, 2005; LANCMAN,

2008). Esse projeto de lei não foi integralmente aprovado.

Segundo Guerra (2005), a proposição do Projeto de Lei 3.657 insufla fortes reações dos prestadores de serviços hospitalares organizados na Federação Brasileira de Hospitais (FBH) que se articulam para formar *'lobbies'* no Congresso Nacional e influenciar deputados e senadores. Além desta reação, em 1990, é fundada a Associação de Familiares e Amigos dos Doentes Mentais (AFDM), com uma postura de franca defesa da assistência oferecida pelos manicômios. De acordo com Amarante (1995), esta associação surgiu apoiada pela FBH para fazer oposição ao projeto de lei antimanicomial.

De acordo com Amarante (1998), as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira – desinstitucionalização, desospitalização e garantia dos direitos dos doentes mentais já haviam sido estabelecidas em 1987, na I Conferência Nacional de Saúde Mental e na Conferência de Caracas, de 1990, e referendadas na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992.

A Declaração de Caracas retoma a Conferência de Alma-Ata, ao ressaltar que a assistência psiquiátrica deva ser oferecida nos sistemas locais de saúde (LANCMAN, 2008).

O ano de 1992 se mostrou de suma importância para o movimento. Marco importante para a instauração do novo modelo de atenção pública em saúde mental em nosso país, a Portaria Federal n. 224, de 29 de janeiro de 1992, indicou que as equipes técnicas de atenção à saúde mental que atuassem em unidades básicas e centros de saúde deveriam ser definidas de acordo com critérios do gestor local – essas equipes poderiam ser compostas tanto por profissionais especializados (psiquiatra, psicólogos e assistentes sociais) como por outros profissionais (médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares, agentes de saúde). Segundo Lancman (2008), o cuidado em saúde mental em primeira linha deveria ser realizado por profissionais não especialistas e os NAPS e os CAPS poderiam também constituir-se como porta de entrada da rede de serviços.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental torna-se uma das “mais extraordinárias

mobilizações de energia e investimento jamais realizadas sobre uma temática de cunho sanitário” (VENTURINI, 1995, p.13), sendo realizadas 159 conferências municipais ou regionais e 24 conferências estaduais, envolvendo, em todo o processo, mais de vinte mil pessoas (GUERRA, 2005). Essa conferência ratifica as diretrizes gerais para a reorganização da atenção em saúde mental no Brasil no plano assistencial e jurídico-institucional (LANCMAN, 2008) e reforça as definições da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), posicionando-se contrariamente a diversas técnicas tradicionais da psiquiatria.

Após diversas modificações e de longos 11 anos de tramitação, a lei sancionada pelo Congresso Nacional em 6 de abril de 2001 é um substitutivo do projeto original. Segundo Lancman (2008, p. 56), a promulgação da Lei Federal n. 10.216/01, juntamente com as resoluções elaboradas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, reitera as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange à implantação de políticas de saúde mental baseadas nos serviços de atenção comunitária, pública e de base territorial, promovendo atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social. Após a criação do (SUS), é o primeiro grande marco da reforma psiquiátrica brasileira pelo fato de redirecionar a assistência em saúde mental, por garantir o direito do portador de transtorno mental a assistência em ambiente terapêutico, por meios menos invasivos possíveis e por privilegiar o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária.

A lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e determina em seu artigo 4º, que *“a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”*, embora não institua mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (LANCMAN, 2008).

A Portaria 336 de fevereiro de 2002, que cria a figura orçamentária e organizacional do CAPS, foi um marco de grande importância para a substituição do modelo hospitalocêntrico e para a instauração de um novo modelo de atenção à saúde Mental conhecido como modelo em rede.

Ao priorizar a atenção aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes e se ancorar na noção de território (BRASIL, 2002), há a proposição de se utilizar uma ampla rede de recursos afetivos (relações pessoais), sociais (moradia, trabalho, educação), econômicos, culturais, religiosos, associativos e de lazer.

4.4 A Complexidade Hospitalar

Os hospitais diferem de outras instituições pela marcante complexidade e peculiaridade dos serviços prestados (CARAPINHEIRO, 1998; ECHTERNACHT, 2000; MENDES *et al.*, 2008) em que assumem um papel social, econômico, político e científico, tal como diversas instituições.

O desenvolvimento hospitalar foi acompanhado por uma complexidade crescente em sua concepção e tecnicidade, associadas à característica 'caritativa', muitas das vezes pouco rentáveis e, ao desenvolvimento de serviços altamente especializados com uma alta tecnologia (MARTIN, 2007).

O ponto forte do hospital é a interface pessoa-pessoa, apesar da crescente importância que a tecnologia tem alcançando nos últimos tempos (ECHTERNACHT, 2000). É o relacionamento entre seres humanos que dá dinamicidade a todo o sistema, transformando-o em algo extremamente complexo, diferenciando-o assim de outras instituições (ECHTERNACHT, 2000; MENDES *et al.*, 2008).

Caracteristicamente, o hospital é uma instituição onde as relações humanas assumem grande relevância, com uma função social das mais complicadas e desafiadoras para quem presta serviços naquele local: *a de salvar vidas humanas* (ECHTERNACHT, 2000). Poucos locais de trabalho apresentam a complexidade do ambiente hospitalar, já que ele engloba a necessidade de interfaceamento de uma considerável quantidade de diferentes campos técnicos. Dentro daquele ambiente convivem grupos sócio-profissionais muito particulares, uns ligados diretamente ao processo de prestação de cuidados à saúde humana e outros com a função de apoio ou de gestão (CARAPINHEIRO, 1998; ECHTERNACHT, 2000).

O trabalho nos serviços hospitalares implica a coleta e o tratamento de informações

de caráter complexo, numerosas e em constante modificação (MARTIN, 2007). Para cada paciente, desde a entrada com o estabelecimento do diagnóstico inicial até a decisão de alta do serviço, múltiplas informações sobre a evolução e os tratamentos ministrados são coletadas, transmitidas, armazenadas, analisadas e utilizadas e fazem parte do 'cuidado em saúde'. Grande parte das intervenções cotidianas de cuidado depende dessas informações, cuja circulação e tratamento ocorrem no âmbito de uma vasta rede de pessoas desde pessoal técnico especializado, apoio ao pessoal terceirizado.

Os atores do sistema hospitalar são muito numerosos, agrupados em estatutos e ofícios diferentes, constituindo um *mosaico de feudos compartimentados* (ESCOUTELOUP, 1996). Há três grupos de atores que se entreolham com desconfiança: a administração, os médicos e os profissionais de enfermagem. No interior de cada um desses grupos antagônicos, existe uma estrutura piramidal marcada (MARTIN, 2007).

Segundo Carapinheiro (1998), a inserção dessa variedade de profissionais no ambiente hospitalar está organizada por uma forte hierarquização interna, definida da seguinte forma: “*O hospital apresenta traços salientes de uma organização burocrática, pois o crescimento do pessoal, a multiplicação dos serviços e das especialidades médicas e o desenvolvimento tecnológico introduziram modificações importantes na estrutura hierárquica, na estrutura de poder e nos sistemas de comunicação do hospital, associando-se a este conjunto de modificações a expansão do sistema burocrático de administração profissional.*” A autoridade é, portanto, exercida sobre territórios bem delimitados e a comunicação entre o grupo nos diversos setores de um hospital é muito limitada.

Uma análise mais detalhada da organização cotidiana do hospital mostra que nela emerge uma segunda autoridade, onde alguns ocupam uma posição privilegiada na gestão das decisões, conferindo a algumas classes de profissionais um sistema de poder e de autoridade bem diferente de outras organizações, como exemplo, o caso do médico, que decide sempre o que é melhor para o paciente, ou seja, mesmo sendo um empregado do hospital, é ele que tem o controle efetivo das atividades fins da organização e não as autoridades administrativas (ECHTERNACHT, 2000).

Nesse contexto a autoridade não é regida pelas regras, mas sim por conhecimentos técnicos específicos (CARAPINHEIRO, 1998; ECHTERNACHT, 2000; MENDES *et al.*, 2008). A separação entre médicos e profissionais de enfermagem é acompanhada por um poder quase absoluto do corpo médico (MARTIN, 2007).

O quadro fixo de funcionários de um hospital é composto, principalmente, por profissionais da área de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, além de outras categorias que dão suporte técnico às atividades daqueles, como engenheiros, administradores, contadores, assistentes sociais, advogados, técnicos de manutenção de máquinas e de equipamentos, eletricitas, bombeiros-hidráulicos, dentre outros. Há também trabalhadores terceirizados que realizam as ações de vigilância e limpeza (ECHTERNACHT, 2000; MENDES *et al.*, 2008).

A missão hospitalar também é muito particular, pois trata de questões ligadas à vida e à morte, onde os atores possuem estratégias de trabalho próprias, porém, com graus de autonomia bastante diferenciados. O conceito de autonomia está associado ao fato de que um indivíduo dispõe de autonomia quando pode controlar seu próprio trabalho assim como a forma de como e quando fazê-lo (ECHTERNACHT, 2000).

Além de possuir essa variedade de profissionais, o hospital usa uma tecnologia bastante diversificada e sofisticada, como equipamentos de raios X, sistemas computadorizados e diferentes tipos de ferramentas e de medicamentos usados para o tratamento de doenças (CARAPINHEIRO, 1998; ECHTERNACHT, 2000; MENDES *et al.*, 2008). A incorporação de novas tecnologias não significa, nesse setor, o “*alívio da labuta humana*”, ao contrário, o setor é, essencialmente, de trabalho intensivo (MENDES *et al.*, 2008).

As atividades de trabalho no hospital estão submetidas a condições temporais devido ao caráter dinâmico do próprio objeto de trabalho - evolução da doença e o processo de cura determinam uma cronologia precisa dos atos a efetuar, complicados ainda mais pelos múltiplos imprevistos. Soma-se, ainda, a multiplicidade de pacientes que cada ator está encarregado e o conjunto de

intervenções demandadas a cada um deles. Há o trabalho situado sobre cada objeto, em um momento específico, associado à gestão mental de uma série de processos paralelos. Esta ação individual está inserida dentro dos coletivos de cuidados em que cada um precisa coordenar suas atividades com a dos outros membros da equipe.

De acordo com Echternacht (2000), a dimensão temporal é um elemento forte e da maior importância no contexto hospitalar, estando associada às urgências e emergências decorrentes da imprevisibilidade dos eventos. Os trabalhadores confrontados a essa pressão temporal adotam funcionamentos cognitivos particulares, podendo ser fonte de erros, porém, a amplitude desse risco varia conforme a capacidade individual e coletiva de avaliar os dados do problema a tratar, julgar soluções a utilizar e colocá-las em prática.

Segundo Martin (2007, p. 522): *“o hospital pode ser analisado como um sistema cujos diferentes sub-sistemas são regulados cada um por seu próprio relógio, mas devendo também estar em fase com os relógios dos outros”*. O relógio mestre é o dos médicos, pouco sensível ao andamento dos diferentes relógios, com base nos quais as outras diversas atividades precisam se ajustar.

A produção hospitalar, cujo produto é a expectativa de vida e de saúde para as pessoas, é revestida de particularidades dependentes de vários fatores, tanto externos como internos. Os fatores externos podem estar associados à eficiência dos procedimentos médicos, à eficácia dos medicamentos usados e à falta ou não de assepsia no interior do hospital. Os fatores internos podem relacionar-se à resistência orgânica do paciente ou até mesmo à própria condição subjetiva daqueles que estão realizando os procedimentos médicos (ECHTERNACHT, 2000).

Esses fatores caracterizam o hospital como um sistema onde o campo de possibilidades de regulação é condição necessária para o sucesso ou para o fracasso das metas objetivadas pela organização. As demandas de regulação, tanto individuais quanto coletivas, são necessárias para a escolha de ações mais adequadas à redução dos constrangimentos inerentes às situações encontradas durante a jornada de trabalho (ECHTERNACHT, 2000; MENDES, 2011).

A instituição hospitalar se confronta aos problemas e à evolução geral da sociedade, o que o obriga a se transformar e a se adaptar (BERNFELD, 2000). A mutação atual se apóia essencialmente em evoluções tecnológicas rápidas, tais como a radiologia médica digitalizada, as técnicas não invasivas de cirurgia, a informatização dos serviços que transformam profundamente as práticas de tratamento e a natureza do trabalho dos profissionais de saúde (MARTIN, 2007).

A ênfase dada na rentabilidade das estruturas hospitalares e a evolução das técnicas se traduzem atualmente em um tempo de permanência menor e a conseqüente rotação de pacientes. O hospital tem se tornado cada vez menos um local de permanência e cada vez mais em um local de passagem (urgências, emergências, ambulatórios). Para um mesmo período, o número de internações e altas é mais elevado, acarretando um aumento da carga de trabalho em função das tarefas específicas demandadas pelo tempo menor de permanência do paciente no hospital. Em conseqüência, também há uma maior quantidade de informações que deverão ser tratadas em um tempo menor. De acordo com Martin e Gadbois (2007), *“a proporção do tempo passado pelos funcionários para tratar essa informação aumenta em detrimento do tempo passado com os pacientes”*. Segundo esses autores, a explosão das urgências, a escalada da violência e os riscos decorrentes para os profissionais são sintomas de sistemas de saúde em transição.

Para o aprofundamento epistemológico e a pesquisa-ação é necessário considerar a relação de tratamento como uma relação de serviço na qual profissionais de cuidado e enfermos participam de uma atividade de cooperação.

4.5 A Enfermagem no contexto hospitalar e na Saúde Mental

A enfermagem é prática historicamente estruturada, constituída por diferentes maneiras de cuidar que são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico (MENDES *et al.*, 2008).

Atualmente, o trabalho de enfermagem é integrante do trabalho coletivo em saúde, é especializado, dividido e hierarquizado entre auxiliares, técnicos e enfermeiros de acordo com a complexidade de concepção e execução. Embora detenha autonomia

relativa em relação aos demais profissionais, a enfermagem é subordinada ao gerenciamento do ato assistencial em saúde executado pelos médicos (OLIVEIRA; ALESSI, 2003; MENDES *et al.*, 2008).

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde e como objeto o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, que demanda medidas curativas, com o intuito de se preservar a saúde ou prevenir doença e, como instrumental de trabalho, instrumentos e condutas que representam o nível técnico e prático do conhecimento, que é o saber de saúde. O produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida, característica do setor de serviços (OLIVEIRA; ALESSI, 2003; MENDES *et al.*, 2008).

Há, na literatura, escassez de estudos que abordam a saúde do trabalhador de enfermagem que atua na assistência psiquiátrica. Dentre os estudos nacionais, a maioria retrata situações específicas, como lidar com o suicídio e o estado de alerta permanente no cotidiano do trabalho que podem comprometer a saúde mental do trabalhador (FERNANDES, 2002; CARVALHO, 2006).

O momento atual do trabalho de enfermagem em saúde mental é caracterizado pela transição entre uma prática de cuidado hospitalar, que visava à contenção do comportamento dos “doentes mentais”, para a incorporação de princípios novos e desconhecidos, uma prática interdisciplinar, aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações, frutos da reforma psiquiátrica (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

A partir de então, os atores desse processo não são somente os técnicos pertencentes às equipes de saúde mental, mas também os familiares e a própria comunidade. O espaço da discussão sobre a loucura amplia-se: ultrapassa os muros dos hospícios e ocupa as cidades, as instituições e a vida dos cidadãos (ABOU-YD, 2002).

O perfil do doente mental tem mudado, fruto da desinstitucionalização e da maior exposição da população às drogas e ao álcool. A constatação de que o uso dessas

substâncias tomou proporção de grave problema de saúde pública no país encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e os agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. O enfrentamento dessa problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, pelo menos 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consome, de modo prejudicial, substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (ABOU-YD, 2002). Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, essa realidade encontra equivalência em território brasileiro (MENDES *et al.*, 2008).

Em especial, o uso de drogas impõe ao Brasil e às sociedades de todos os países uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, que acometem os indivíduos em todos os domínios de sua vida. A magnitude e complexidade do quadro epidemiológico recomenda uma gama extensa de respostas políticas para o enfrentamento dos problemas decorrentes do consumo. Assim, historicamente, no Brasil o tema do uso do álcool e de outras drogas vem sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de "tratamentos" inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social (ABOU-YD, 2002; MENDES *et al.*, 2008). As iniciativas governamentais restringiam-se a poucos serviços ambulatoriais ou hospitalares, em geral vinculados a programas universitários, pois não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública (BRASIL, 2005).

Em 2002 o Ministério da Saúde passou a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção a pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situado no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (ABOU-YD, 2002; BRASIL, 2005).

Na prática é percebida a mudança no perfil do doente mental ocorrida na última década. Como verbalizado por um técnico de enfermagem: "*Trabalhar com pessoas*

psiquiátricas é muito difícil, a gente tem que ter muita paciência e a minha já está esgotada há muito tempo. Aqui tem uma mistura de tudo: pacientes psiquiátricos, usuários de drogas, traficantes” (MENDES *et al.*, 2008, p.3).

Essa realidade vem se construindo, historicamente pautada, na forma como o indivíduo, com problemas mentais, vem sendo cuidado pela sociedade, sendo excluído e recluso (ABOU-YD, 2002). Isso repercute até os dias atuais, implicando sobre os trabalhadores que assumem a responsabilidade do cuidar (MENDES *et al.*, 2008).

4.6 A saúde dos trabalhadores da Saúde em um contexto de transformação e numa perspectiva líquido-moderna

O mundo contemporâneo tem se modificado (BAUMAN, 2009; HENNINGTON, 2011). Com o intuito de se competir de forma mais eficiente, muitas empresas tem se reestruturado e adotado tecnologias de produção mais flexíveis e enxutas e reduzido a sua força de trabalho associado à intensificação e o aumento da dependência de práticas precarizadas de emprego - trabalhadores temporários e contratados (PAPADOPOULOS *et al.*, 2010).

Esse mundo de aguda e constante transformação e de dinâmica individualista e fragmentadora tem repercutido de maneira contundente no “cerne” do trabalho (BAUMAN, 2009; PAPADOPOULOS *et al.*, 2010; HENNINGTON, 2011).

Bauman (2009), no livro “*Vida Líquida*”, expõe a passagem da fase sólida da modernidade para a fase líquida, caracterizada pela volatilidade das organizações sociais, a separação entre o poder e a política, a redução da segurança, o esgarçamento da rede de solidariedade social, o limite do planejamento e das ações a longo prazo e a responsabilização individual no equacionamento de problemas voláteis e instáveis da atualidade e dos riscos inerentes à escolhas impostas às pessoas.

Segundo Bauman (2009, p.7):

A “vida líquida” e a “modernidade líquida” estão intimamente ligadas. A “vida líquida” é uma forma de vida que tende a ser levada adiante numa sociedade líquido-moderna. “Líquido-moderna” é uma sociedade em que as condições sob as quais agem seus membros mudam num tempo mais curto do que aquele necessário para a consolidação, em hábitos e rotinas, das formas de agir. A liquidez da vida e a da sociedade se alimentam e se revigoram mutuamente. A vida líquida, assim como a sociedade líquido-moderna, não pode manter a forma ou permanecer por muito tempo. [...] as realizações individuais não podem solidificar-se em posses permanentes porque, em um piscar de olhos, os ativos se transformam em passivos, e as capacidades em incapacidades. As condições de ação e as estratégias de reação envelhecem rapidamente e se tornam obsoletas antes de os atores terem uma chance de aprendê-las efetivamente.

Para Bauman (*apud* HENNINGTON, 2011, p. 434), constituímos uma massa “heterônoma, infeliz e vulnerável”, em um mundo inseguro e de futuro incerto, esmagada por forças que não controlamos e tampouco entendemos totalmente, atropelada por transformações rápidas e imprevisíveis, numa tentativa de se defender dos riscos e perigos da modernidade em uma sociedade globalizada em que muitas vezes o outro parece constituir o maior e principal perigo.

Nestes tempos de reestruturação produtiva, o setor de serviços ampliou significativamente a participação na economia e a área da saúde consolidou a sua participação na oferta de empregos (DIEESE, 2009; HENNINGTON, 2011).

Os trabalhadores da saúde ocupam posição-chave na sociedade pela particularidade e complexidade da assistência em saúde. No entanto, constituem, também, um grupo vulnerável: os dados sobre as condições de saúde e trabalho deste grupo indicam aumento de doenças e dos acidentes ocupacionais, ambos evitáveis com a adoção de medidas preventivas (SMITH *et al.*, 2007, ASSUNÇÃO, 2011).

Trabalhar em saúde pode ser uma via para a autorrealização e a construção de identidades, haja vista o objetivo central do cuidado e, na maioria das vezes, é um trabalho portador de sentido para os seus protagonistas (ASSUNÇÃO, 2011). Porém, há sinais de insatisfação associados aos indicadores de adoecimento nas diversas categorias profissionais que representam o setor (ECHTERNACHT, 2000; MENDES *et al.*, 2008; 2012; ASSUNÇÃO, 2011).

Segundo Demerouti (2000), os efeitos psicológicos negativos gerados pelos contatos

diretos com a dor e o sofrimento dos doentes, associados aos níveis excessivos de responsabilidade exigidos, à intensificação, às interrupções constantes e o poder de decisão mínimo, são fatores preditores de *Burnout*.

Burnout tem sido definida de diferentes modos, mas muitos pesquisadores defendem a conceituação multifacetada proposta por Maslach *et al.* (1993; 1996) que engloba três dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição da realização pessoal no trabalho. Segundo Maslach, a síndrome de *Burnout* é uma reação profissional crônica do profissional por lidar constantemente com as demandas do usuário. Muitos pesquisadores consideram esta síndrome como uma condição de stress relacionada ao trabalho ou até mesmo um comprometimento da saúde mental relacionado ao trabalho (AWA *et al.*, 2010; MORSE *et al.*, 2012).

O atual cuidado em saúde mental tem exigido, na atualidade, um trabalhador implicado política e afetivamente com a transformação dos modos de cuidar e de se relacionar com a loucura associados à mudança do perfil do usuário dos serviços (MENDES *et al.*, 2008; 2010) que tem provocado aumento potencial do risco de agressões. Diversos estudos revelam esses riscos (FOLEY, 2004; CATLETTE, 2005; ANDERSON *et al.*, 2010; FRANZ *et al.*, 2010).

No estudo de Mendes *et al.* (2008), os trabalhadores de enfermagem relatam os episódios de agressão física dos pacientes internados, as ameaças com “chuxo” (material pontiagudo construído pelos próprios pacientes com matéria-prima encontrada no hospital), os socos, os tapas, associados aos discursos hipersexualizados dos seus pacientes em enfermarias psiquiátricas. Hematomas, contusões, fraturas e edemas são destacados como conseqüências das agressões vivenciadas, mas, também como marcas visíveis dessas agressões.

Adicionalmente, são identificadas experiências psicológicas negativas expressas pelo sentimento de culpa dos profissionais diante dos episódios de agressividade dos pacientes (MENDES *et al.*, 2008; ANDERSON *et al.*, 2010; FRANZ *et al.*, 2010). Em uma revisão sistemática de Morse *et al.* (2012), foi demonstrada incidência aumentada de *burnout* nos trabalhadores de saúde mental, cujos estudos revelam

que 21 a 67% desta população tem experimentado altos níveis de despersonalização e exaustão emocional.

Em um estudo desenvolvido pelo Instituto Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho da Espanha (GIL-MONTE, 2012), 70,9% dos trabalhadores pesquisados indicaram os riscos psicossociais no trabalho como a principal causa de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais daquele país. Esse percentual foi mais elevado nos trabalhadores de saúde (74,9%). A análise das causas dos acidentes revelou que distrações, descuido, esquecimento ou desatenção³ (45%), o trabalho rápido (19,4%), o cansaço ou fadiga (17,8%) foram os fatores desencadeantes. O estudo conclui que os trabalhadores que se encontram expostos a fatores de risco psicossocial (como sobrecarga de trabalho, excesso de carga mental, realização de tarefas repetitivas e de curta duração) apresentam porcentagens de resposta significativamente maiores em sintomatologia psicossomática (como problemas de sono, cansaço, dores de cabeça, tonturas, etc.) do que os não expostos.

No Reino Unido, a prevalência de morbidade psiquiátrica variou de 22% a 46% nas populações de médicos estudados (COOMBER et al., 2002), principalmente entre médicos intensivistas. O estudo evidenciou insatisfação com a escolha da carreira de intensivista e os fatores estressores mais freqüentes nas respostas do questionário do estudo, foram: ocupação de leitos, sobrecarga de trabalho, alteração da vida pessoal e familiar provocada pelos estressores ocupacionais e rotinas padronizadas quando os recursos são escassos.

Em um estudo de Sobrinho *et al.* (2006), os médicos de Salvador (BA) indicaram ausência de oportunidades para desenvolver habilidades especiais, falta de liberdade para tomar decisões e de poder para influenciar as decisões democráticas no trabalho. No mesmo estudo é revelado que, em Salvador, houve crescimento do trabalho informal, subcontratação, terceirização e precarização do trabalho médico no setor público, mas principalmente no setor privado, com redução do trabalho

³ O importante não é identificar os erros do trabalhador, mas conhecer as razões que tornaram os erros possíveis. Investigações que concluem que “falhas humanas” causaram eventos adversos, além de óbvias, são frágeis tecnicamente, inadequadas e superficiais. Paralelamente à falha humana, há fatores subjacentes e latentes que criam um ambiente no qual “erros humanos” são inevitáveis (BRASIL, 2010, p.19).

assalariado. Foi encontrada nesse grupo, quanto aos distúrbios psíquicos menores⁴, prevalência de 26%, o que é considerada muito elevada se comparada com outras categorias profissionais no Brasil.

Outro estudo, conduzido por Melo *et al.* (2007), em um serviço de urgências de Belo Horizonte, objetivou, diante das queixas de esgotamento dos médicos, descrever fatores intervenientes no atendimento pediátrico ligados ao processo de trabalho. Para os autores, os serviços de urgência do SUS são também freqüentados por crianças com doenças mais simples e as famílias, por motivos ligados às deficiências na atenção básica, os utilizam como porta de entrada no sistema, interferindo no atendimento aos pacientes agudos, o que acarreta intensificação e sobrecarga para os trabalhadores daquele contexto. Nos períodos de alta demanda, registrou-se tempo de espera pelo atendimento pediátrico de até sete horas, gerando quadro de angústia, desconforto e irritabilidade dos usuários, cuja face mais visível é a frequência de agressões físicas e verbais e a abertura de processos contra erros médicos.

Na pesquisa conduzida por David *et al.* (2009), sobre o impacto da organização do trabalho de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem na Atenção Básica e a sua relação com a saúde destes trabalhadores foi evidenciado, por meio da aplicação de questionário fechado e análise estatística, altos escores de insatisfação nos itens relação com a chefia (83,6%), com colegas (76,3%), relativo aos horários (71,9%) e auto-percepção de pouco controle e oportunidade de decisão sobre o seu trabalho (63,5%). Associação estatisticamente significativa foi encontrada entre as variáveis clima ruim de trabalho com os companheiros e conflito com clientes, má organização de turnos e horários e ritmo acelerado. O estudo concluiu que há necessidade de melhorias na organização do trabalho na Atenção Básica, e do apoio de uma política de saúde do trabalhador de enfermagem para melhoria das condições de trabalho e de vida das populações daquele contexto.

⁴ Os *Distúrbios Psíquicos Menores* (DPM) designam quadros clínicos comuns e de difícil caracterização em indivíduos com sintomas de ansiedade, depressão ou somatização e que não satisfazem a todos os critérios de doença mental de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Estes distúrbios podem proporcionar incapacidade funcional comparável ou mais grave do que os quadros crônicos já bem estabelecidos.

O trabalho em saúde acarreta riscos de contaminação por material biológico. Segundo Valim (2011), em estudo cujo objetivo era identificar a ocorrência e características destes acidentes com material biológico em instituições de saúde de um município do interior de São Paulo, por meio de estudo descritivo e de consulta ao Sistema de Informação de Agravos foram evidenciadas as proporções dos 85 acidentes registrados, com idades entre 19 e 57 anos: 85,9% sexo feminino; 73,4% equipe de enfermagem; 8,2% estudantes de enfermagem; 7,1% médicos e 7,0% trabalhadores da limpeza. Descarte de perfurocortantes em locais impróprios foi responsável por 18,8% dos acidentes de trabalho; em 80% houve contato com sangue e em 20% destes utilizou-se quimioprofilaxia. O estudo revela a necessidade de melhoria da qualidade dos registros e investigação de possível subnotificação.

Em um estudo realizado por Sznelwar *et al.* (2008), com a equipe de saúde mental de um centro de saúde de uma metrópole brasileira, foi demonstrado que as novas estratégias e tecnologias de cuidado propostas pela reforma psiquiátrica tem sido resolutive. Porém, o aumento da demanda de assistência tem comprometido o trabalho em equipe e forçado os profissionais a trabalharem cada vez mais de forma individualizada com o propósito de “ganhar tempo”, dificultando a discussão dos casos e o acompanhamento interdisciplinar. Cada vez mais a equipe é forçada a encaminhar o paciente para atendimento psiquiátrico, potencializando o uso de medicação em detrimento de outras práticas da atenção em saúde mental. Em decorrência disso, evidencia-se o conflito de normas e valores entre a Psiquiatria tradicional e a Saúde Mental com o conseqüente sofrimento dos trabalhadores do serviço.

4.7 O trabalho na saúde: modelo taylorista?

A superação do modelo taylorista de gestão científica, que vem se afirmando, tem incitado o questionamento sobre a regulação do processo de trabalho. A transformação das tarefas, as noções de ação coletiva, de cooperação, de coordenação têm provocado o debate e, dessa forma, como contribuição, é proposto aqui, caminhos não para fechamento do tema, mas como perspectiva para suscitar a reflexão.

Diversos estudos com profissionais de enfermagem (SILVA, 1998; ELIAS, 2006; MARTINS, 2010) tem caracterizado o processo de trabalho em saúde, como *taylorizado*. Como citado por Elias (2006, p. 519):

O processo de trabalho hospitalar é parcelado e reproduz as características da organização do trabalho industrial, o que produz trabalhadores ora compromissados, ora desesperançados. Ele freqüentemente repete a lógica do trabalho taylorizado, muitas vezes oculto pelo discurso do 'trabalho em equipe'.

Segundo Maggi (2006, p. 111), *“a tarefa taylorista é uma atribuição estável de ações parcelares e procedimentos de desenvolvimento da ação para sujeitos separados”*. Para o mesmo autor, na base da concepção da tarefa existe a expropriação do saber do trabalhador e a exclusão de sua iniciativa e, como resultado, o isolamento de cada operador e o controle direto de cada execução, com a separação da direção e da execução.

De acordo com Zarifian (1995, p. 11-15), o modelo sistematizado por Taylor no final do século XIX e no início do XX, tem três grandes pressupostos: (a) a criação de uma população operária, isto é, de pessoas disponíveis para vender sua força de trabalho; (b) a separação do trabalho daquele que o efetua, quer dizer, o trabalho pode ser descrito, padronizado e organizado de forma independente da pessoa que realiza a atividade; e (c) o surgimento, no século XVIII, de uma racionalidade técnica que se apropria da natureza (principalmente entre os engenheiros), isto é, o nascimento de uma visão diferente da relação com a natureza, compreendendo noções de fluxos e de processos, assim como de controle do movimento da matéria e da sociedade.

Ainda segundo Zarifian,

[...] o conceito de operação é [...] marcadamente prático: decompor analiticamente uma realidade complexa e incompreensível em operações elementares simples, que poderão ser circunscritas como formas elementares do movimento [...]. A operação é um átomo de movimento objetivado, inspirado em um modelo físico, inserido em um processo pré-descritível, previsível, regular e regulado (ZARIFIAN, 1995, p. 15-16).

Contrapondo-se a isso, o que se encontra hoje nas situações de trabalho em saúde, são tarefas que admitem e requerem iniciativa, comunicação e trocas entre os

operadores, ou seja, maneiras variáveis de desenvolvimento da ação. Efetivamente se está na presença de uma negação dos princípios de concepção taylorista.

Condição de mudança confirmada por Veltz e Zarifian (1993). Conforme a perspectiva destes autores, o modelo clássico taylorista está realmente em crise, entrando em cena um novo modelo, nos anos 90 do século XX, caracterizado pelo evento e pela comunicação. Esses autores colocam duas teses que expõem a mudança de modelo produtivo: a primeira afirma passagem de um modelo no qual a eficiência era expressão da produtividade vinculada a operações e objetos para outro em que a mesma revela capacidades de perícia e de ordenamento de eventos; a segunda indica que tais capacidades são resultado do desenvolvimento da comunicação intersubjetiva radicada no centro do mundo industrial (VELTZ; ZARIFIAN, 1993, p. 18).

De acordo com Nogueira (2007, p. 59), *“o trabalho em saúde é processo, é serviço e é fundado em uma inter-relação pessoal muito intensa, em um laço “particularmente forte e decisivo para a própria eficácia do ato”.*

Segundo Hennington (2011, p. 438), o trabalho em saúde se situa como serviço que se realiza não sobre coisas ou objetos, mas sobre pessoas (e com pessoas) em que o usuário é co-partícipe no processo de trabalho e, desse modo, co-responsável pela ação terapêutica. Consiste em processo de trabalho abstrato que se realiza de numerosas formas e com numerosas características e apresenta dimensão teleológica como qualquer outro processo de trabalho, traduzindo-se na necessidade de adequação constante ao particular em razão de ser relacional e circunstancial. É trabalho intelectual, porém, permanece igualmente manual, manifesto atualmente como resultado de ação coletiva e da fragmentação de atos a partir de uma direcionalidade oriunda da autoridade técnica e social imposta pela racionalidade médica.

Para Maggi (2006), ao invés de expropriar inteiramente o saber do operador, reconhece-se, pelo menos em parte, a sua competência. A iniciativa não é mais excluída, ao contrário, é pedida. Ao permitir a possibilidade de escolhas para o desenvolvimento da ação, as comunicações e as trocas entre os operadores não

são excluídas, o isolamento não é mais prescrito. O próprio princípio da separação entre a direção e a execução é posto em causa no que diz respeito ao espaço de decisão delimitado no desenrolar da tarefa.

As situações de trabalho são processos de ação social. Se o modelo taylorista é superado, impõem-se a questão: superado em que direção? Como se efetiva o controle e a regulação dos processos de trabalho com o aumento dos graus de liberdade do sujeito agente?

Daí emerge a necessidade de se definir as noções de “autonomia” e “discricionariedade”.

Segundo Maggi (2006, p. 112), *“autonomia significa a capacidade de produzir suas próprias regras, portanto a capacidade de gerir seus próprios processos de ação: ela implica independência”*. Já a discricionariedade *“indica espaços de ação dentro de um processo regrado, onde o sujeito agente é obrigado a decidir e escolher, num quadro de dependência”*.

Trata-se de um espaço discricionário se a regulação envolvida for determinada, mesmo quando os conteúdos ou as modalidades de ação não são impostos, e mesmo quando o objetivo da modalidade de ação também não é imposto. A tarefa discricionária implica uma obrigação de decidir, onde as premissas da decisão são controladas de cima, sendo, portanto, duplamente constrangedora.

Para se avaliar a prática da discricionariedade é preciso considerar a capacidade dos sujeitos envolvidos e a motivação para esse exercício de tal forma que pode se revelar negativa para o sujeito que tenta de certa forma evitá-la pelo fato da incerteza parecer maior que a capacidade de enfrentamento, da insegurança quanto às escolhas a fazer, podendo ocasionar a recusa da escolha e levar, como leva, às dramáticas do *“uso de si”* (SCHWARTZ, 2000b) e conseqüências negativas para a saúde.

Trago novamente aqui a questão para reflexão: não estamos mal-interpretando as transformações das tarefas, como tarefas clássicas, e deixando de lado às suas

características intrínsecas? Não devemos aprofundar o entendimento em relação à tarefa discricionária?

Para Maggi (2006), a tarefa discricionária é um desafio para a ergonomia, pois ela não é isenta de constrangimentos, mesmo se os seus constrangimentos não são diferentes daqueles da atividade taylorista. Dessa forma, o desafio que nos incita é estudar a atividade discricionária e desvelá-la, bem como os constrangimentos que dela derivam.

5 O CAMPO EMPÍRICO

5.1 Análise da estrutura técnica e organizacional

O hospital em estudo é o Instituto Raul Soares (IRS). Trata-se de uma instituição psiquiátrica pública (mais antiga de Belo Horizonte⁵), integrante de uma fundação estatal (FHEMIG) que abrange o maior complexo hospitalar da América Latina. O IRS possui como perfil assistencial prestar atendimento de ambulatório especializado e em urgência e de internação de curta permanência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O desenho institucional se organiza segundo diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica - a oferta de serviços clínicos específicos para o adulto em crise. O hospital assume o papel da assistência ao paciente em alta complexidade que, na maioria das vezes, é trazido em crise, com internação involuntária ou se voluntária, é momentânea (sofrimento em função do uso exacerbado de drogas) e com risco iminente de fuga em razão da crise de abstinência.

Essa reorganização clínica em andamento no serviço baseia-se na observação do fluxo da demanda, considerando o momento da chegada, permanência e saída dos usuários. O serviço de urgência dessa unidade hospitalar (Centro de Atendimento à Crise - CAC) é composto pelo acolhimento em saúde mental, pronto atendimento psiquiátrico e avaliação sistematizada de enfermagem.

O CAC ocupa posição de centralidade nesta instituição sendo o "lócus", importante e necessário, para a gestão de leitos e de riscos de violência no hospital estudado. O papel do CAC na estrutura organizacional do hospital, por meio dos diversos mosaicos de feudos compartimentados - grupos profissionais diversos - é o de

⁵ Fundado em 07 de Setembro de 1922, o **Instituto Raul Soares** (IRS) surge com uma proposta de inovação para o tratamento dos doentes psiquiátricos. Em 1924, como consequência da superlotação do Hospital de Assistência a Alienados de Barbacena, o Instituto Raul Soares é inaugurado; já com a nova denominação. A mudança de nome nesse ano se deve a uma homenagem feita ao Governador Raul Soares de Moura, que faleceu em 1924 e muito contribuiu para a gênese do hospital. Outro fator que levou a abertura do IRS se deve ao declínio do instituto barbacenense: "O instituto barbacenense já estava sendo considerado inadequado e decadente, e a solução encontrada foi a inauguração de um novo hospital em Belo Horizonte".

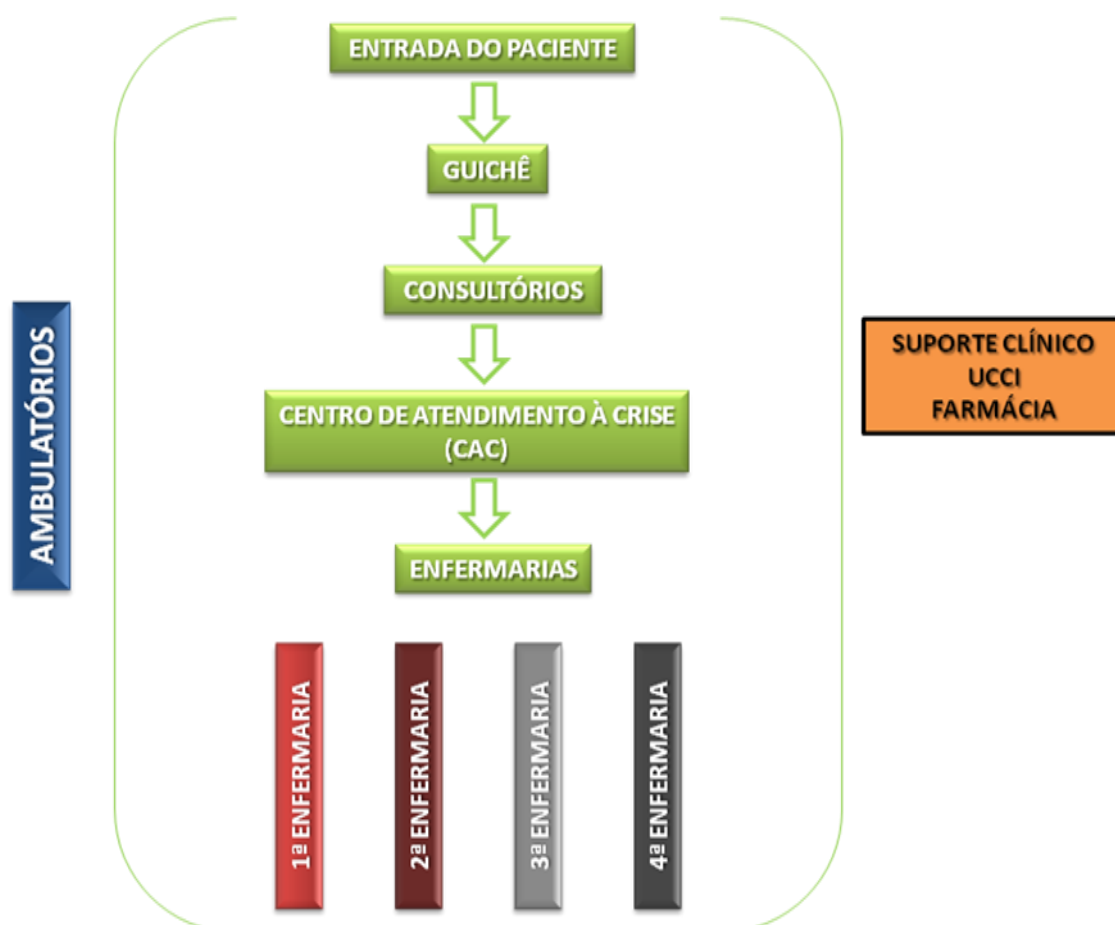
acolher pacientes em crise, avaliar, tratar, referenciar às enfermarias (quando o caso ainda demanda maior permanência) e vincular aos serviços substitutivos da rede de saúde mental, após alta.

Quando indicada a continuidade do tratamento do paciente, após a permanência no Centro de Atendimento à Crise (CAC), há a internação nas enfermarias. São quatro, sendo a 1ª e 2ª enfermarias (feminina) – com 21 leitos cada e a 3ª e 4ª enfermarias (masculina) – com 30 leitos cada. Há, também, a Unidade Clínica de Cuidados Intermediários (UCCI), com 6 leitos – indicada para a permanência de pacientes com instabilidade clínica. Os leitos da UCCI são de retaguarda, quando usados retêm a vaga da enfermaria. No hospital há, portanto, 6 leitos no CAC, 42 nas enfermarias femininas, 60 nas masculinas e 6 na UCCI, num total de 108 leitos.

O atendimento ambulatorial, especializado em saúde mental, vinculado à rede assistencial municipal e estadual, acolhe demandas encaminhadas, prioritariamente, por instituições de saúde (Secretarias de Saúde de cidades do interior do Estado, Centros de Saúde da capital e região metropolitana, CAP'S, CERSAM's) ou judiciárias.

A unidade oferece também aos seus usuários, farmácia para fornecimento de medicação interna/externa e serviço de eletroencefalografia (EEG). Além da prestação da assistência pública em saúde mental, a unidade hospitalar desenvolve ainda atividades de formação profissional e pesquisa. O desenho a seguir ilustra a estrutura assistencial do hospital estudado:

FIGURA 2 – Estrutura Assistencial



Fonte: Elaborado pelo autor, 2014

O fluxo do paciente conforme a estrutura organizacional acima descrita, com a necessária permanência do paciente em crise no CAC para a estabilização do quadro clínico é de extrema importância, sendo o setor estratégico para a gestão de leitos, de riscos para o próprio paciente e terceiros e para a condução da clínica a ser estabelecida. Porém, foi observado uma demanda cada vez maior das internações compulsórias neste hospital e, em razão disso, as estratégias de gestão de leitos e de riscos têm sido comprometidas.

Em relação aos leitos, a população trabalhadora tem vivenciado uma dramática constante em ter que definir prioridades, aquele que deve ou não entrar - exceto aqueles que são encaminhados por mandado judicial que possuem leito reservado. O drama se instaura na medida que chega um novo paciente. Como verbalizado por um técnico de enfermagem numa discussão coletiva da qual participou com um

psiquiatra e dois residentes a respeito da avaliação de uma provável internação de uma paciente vinda de Montes Claros cujo estado clínico exigia cuidados próximos, demandaria internação prolongada, além dos riscos de colocá-la na enfermaria: *"essa paciente demanda uma assistência mais próxima. É um quadro demencial. Não há vaga nas enfermarias e o CAC está lotado. Se deixarmos ela lá, vai ser abusada e agredida pelas pacientes. Vamos segurá-la no CAC, o máximo possível, até ela ter condições de voltar para o município dela e receber tratamento lá"* (Técnico de Enfermagem 6 - CAC).

As escolhas estabelecidas são baseadas em diversos elementos: condição clínica da paciente, vagas, tempo de internação, possibilidade de vinculação com a rede substitutiva e a condução clínica do caso. As decisões ali observadas nunca são individuais. O coletivo se instaura frente a dramática ali vivida e compartilha a decisão baseados nos diversos elementos ligados às normas ali existentes, aos saberes e valores estruturantes e compartilhados pelos diversos grupamentos. Embora haja uma inflação de normas, o que se verifica neste caso é um *"vazio de normas"*. Ao sujeito/coletivo é demandada escolhas, frente as quais não há parâmetros normativos.

Em razão da demanda aumentada pela internação compulsória tem sido observado que alguns pacientes não têm permanecido no CAC e, em situações mais críticas, encaminhados diretamente para as enfermarias, em crise. Esta situação é resultado de políticas públicas que tem favorecido esta internação e ao hospital demandada a assistência aos pacientes ditos *"difíceis"*, encaminhados por medida judicial.

Carneiro & Mendes (2014)⁶, em um estudo realizado na 3ª enfermaria, deste mesmo hospital, revelaram situação parecida, em que os pacientes instáveis, encaminhados por mandado judicial eram encaminhados às enfermarias sem a necessária permanência no CAC, em razão da insuficiência de leitos, provocando o aumento de risco de violência nestes setores. Segundo o estudo, a população trabalhadora do hospital está exposta a diversos constrangimentos, como: baixa autonomia de

⁶ CARNEIRO, B. R.; MENDES, D. P. As estratégias de gestão de riscos em uma unidade de internação psiquiátrica: o impacto na atividade da enfermagem gerado pelo encaminhamento de pacientes instáveis. (mimeo), 2014.

manejo concedida aos auxiliares e técnicos de enfermagem das enfermarias, negligência da gerência em relação aos fatores precursores das disfunções físicas e psíquicas, falta de instrumentação (saber necessário na lida com o paciente daquele contexto), recursos materiais e humanos insuficientes; riscos (para o paciente e para o trabalhador) oriundos da assistência diferenciada ao novo perfil do paciente psiquiátrico, e aumento da carga de trabalho e riscos devido ao encaminhamento de pacientes instáveis para a enfermaria. O estudo demonstra os impactos causados na gestão do trabalho oriundos do encaminhamento de pacientes instáveis provenientes do CAC diretamente para as enfermarias.

De acordo com o estudo, como não há leitos suficientes na ala de urgência, os pacientes que chegam com mandado judicial de internação seguem direto para as enfermarias em estado susceptível à crise. Reafirma a necessária permanência no CAC. Como verbalizado por um técnico de enfermagem do CAC, no estudo de Carneiro & Mendes (2014, p. 5): *"É necessário que se avalie o quadro do paciente e a resposta ao tratamento anterior ao seu direcionamento para as alas internas, para que, ao chegar às enfermarias, a equipe responsável do setor saiba como tratá-lo e abordá-lo da forma mais adequada"*. Também verbalizado pelos técnicos de enfermagem da enfermaria estudada:

As primeiras horas são as mais perigosas. O paciente não quer ser internado. Ele dá trabalho mesmo. Tem que ser medicado e ambientalizado com o tratamento antes de vir pra cá conviver com mais 29 pacientes (Técnico de enfermagem 1 - Enfermaria 3).

Às vezes chega pra gente o paciente do CAC com a marmita na mão. Nem lugar pra ele comer, tem lá (Técnico de enfermagem 3 - Enfermaria 3).

5.2 A população trabalhadora do hospital e os horários de trabalho

O hospital psiquiátrico dispõe de uma equipe de 295 profissionais, sendo 266 (78 homens e 188 mulheres) em regime efetivo e 29 contratados (9 homens e 20 mulheres), distribuídos de acordo com o tipo de serviço – técnico especializado e de apoio.

O serviço técnico especializado é organizado para atender as demandas de

assistência ao paciente em crise, desde a entrada (atendimento no CAC) às internações nas enfermarias, além das atividades-meio na UCCI (Unidade Clínica de Cuidados Intermediários) e no atendimento ambulatorial. Cabe ao serviço técnico especializado acolher os usuários e família, diagnosticar, propor e aplicar condutas terapêuticas e estabelecer vinculação do usuário com os serviços substitutivos da rede. Atua, também, de modo a equacionar problemas inesperados de forma a gerir os *'disfuncionamentos'*. Embora alguns profissionais - auxiliares e técnicos de enfermagem, por exemplo - estejam alocados no quadro abaixo como apoio, compõem a configuração coletiva técnica necessária para a assistência neste contexto.

Os serviços de apoio envolvem os administrativos e os gerais. No âmbito dos serviços administrativos está a recepção, o cuidado e o armazenamento dos prontuários dos pacientes, atendimento telefônico e contatos com a rede assistencial, agendamento de consultas ambulatoriais, bem como os serviços administrativos com pessoal. Em relação aos serviços gerais, encontram-se principalmente as tarefas ligadas à manutenção das instalações.

Os serviços terceirizados são os de vigilância, limpeza e rouparia (69 funcionários) feitos por trabalhadores contratados por empresa terceirizada que presta serviços à fundação estatal. As refeições dos usuários e dos trabalhadores são feitas no próprio local – por funcionários de uma empresa contratada e sob supervisão de uma técnica de nutrição do hospital.

A tabela 1, abaixo, apresenta os trabalhadores divididos por ocupação em cada um dos serviços detalhados anteriormente.

TABELA 1 – Distribuição dos trabalhadores efetivos do hospital de acordo com a ocupação

TIPO DE SERVIÇO	OCUPAÇÃO	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Técnico especializado (N=78)	Psiquiatra	34	24	43,59
	Médico clínico	5	24	6,41
	Médico neurologista	2	24	2,56
	Médico anestesista	1	24	1,28
	Cirurgião dentista	2	24	2,56
	Psicólogo	8	40	10,26
	Terapeuta Ocupacional	4	20	5,13
	Enfermeiro	16	40 20 (plantão)	20,51
	Assistente social	6	40	7,69
Apoio (N=188)	Farmacêutico	2	20 30	1,06
	Pedagoga	1	40	0,53
	Técnico de Enfermagem	49	40	26,06
	Auxiliar de Enfermagem	61	30	32,45
	Técnico de nutrição	1	40	0,53
	Técnico de farmácia	2	40	1,06
	Técnico de informática	1	40	0,53
	Auxiliar administrativo	25	30 40	13,3
	Desvio funcional – enfermagem/ administrativo	11	30 40	5,85
	Oficial de serviços	35	30	18,62
Homens	78			
Mulheres	188			
Efetivo Total	266			

As jornadas de trabalho são variáveis, sendo em sua maioria de 24 horas de trabalho semanais para o pessoal técnico especializado, exceto psicólogo, enfermeiro e assistente social (40 horas/semana). A equipe de apoio trabalha, em sua maioria, com carga horária de 30 horas semanais (plantão de 12 x 60 horas) - caso dos auxiliares de enfermagem ou 40 horas semanais (12 x 36 horas) – técnicos de enfermagem e de farmácia. Esta variação de carga horária também é dependente da época em que o funcionário realizou o concurso – os mais recentes têm estabelecido carga horária de 40 horas para técnicos de enfermagem (plantão de 12 x 36 horas).

A tabela 2, a seguir, apresenta a distribuição dos trabalhadores contratados de

acordo com a ocupação e a carga semanal em horas.

TABELA 2 – Distribuição dos trabalhadores contratados do hospital de acordo com a ocupação

TIPO DE SERVIÇO	OCUPAÇÃO	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Técnico especializado (N=9)	Psiquiatra	1	24	11,11
	Psicólogo	1	30	11,11
	Enfermeiro	4	30	44,44
	Assistente social	3	30	33,33
Apoio (N=20)	Educador físico	1	30	5
	Bibliotecária	1	30	5
	Técnico de Enfermagem	3	40	15
	Auxiliar de Enfermagem	2	40	10
	Auxiliar administrativo	13	40	65
Homens	9			
Mulheres	20			
Contratado Total	29			

5.3 População atendida no hospital

O hospital acolhe pacientes de ambos os sexos, marginalizados socialmente em sua maioria e, em crise. As internações são, prioritariamente, involuntárias e, quando voluntárias, momentâneas – sofrimento em função do uso disfuncional de drogas.

O perfil prevalente dos pacientes que procuram o hospital estudado são adultos jovens, do sexo masculino, com média de idade de 38,05 ($\pm 12,7$) anos. A faixa etária mais prevalente foi aquela entre 25 a 34 anos.

Um estudo realizado no hospital pesquisado (COELHO *et al.*, 2012 d), revelou que dos 65.808 pacientes atendidos na emergência desse hospital, no período de 2002 a 2011, 65,8% foram procedentes de Belo Horizonte, 27,2% da região metropolitana, 6,81% oriundos de outras cidades de Minas Gerais e 0,2% de outros estados. O mesmo estudo observou uma ligeira redução da proporção dos atendimentos a pacientes procedentes de Belo Horizonte (66,9% para 65,8%), enquanto a proporção de pacientes atendidos procedentes da região metropolitana e outras localidades

não apresentaram alterações.

Quanto à distribuição dos pacientes oriundos de Belo Horizonte por Regionais de Saúde, esse mesmo estudo revelou que a Regional Leste apresentou maior número de pacientes atendidos, representando 32,4%, seguida da regional Nordeste com 16,9%, enquanto a regional Pampulha e Barreiro apresentaram os menores índices com 3,7% e 3,8%. No período de 2002 a 2011, manteve-se a predominância da regional Leste e houve um significativo aumento dos pacientes oriundos da regional Pampulha (de 2,8% para 5,0%).

Segundo Coelho (2012 a), dos 65.808 atendimentos realizados entre 2002 e 2011, 34,64% tinham como diagnóstico principal Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e/ou Delirantes (F20-F29); 27,6% Transtornos Mentais e Comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (F10-F19); 20,8% Transtornos do Humor [Afetivos] (F30-F39) e 7,7% Transtornos Neuróticos, Transtornos relacionados ao Estresse e Somatoformes (F40-F49), e 5,9% não tinham hipótese diagnóstica registrada. Esse mesmo estudo mostrou, também, que o número total de atendimentos no hospital caiu em média 3,2% ao ano, a proporção de pacientes diagnosticados como F20-F29 caiu 7,9% a cada ano, a de F40-F49 5,5% ao ano e a de F10-F19 caiu 0,6% a cada ano. Revelou, ainda, que houve uma inversão na prevalência proporcional de hipóteses diagnósticas no período analisado, sendo que em 2002 havia uma prevalência das hipóteses diagnósticas classificadas como F20-F29 (38% do total de atendimentos/ano) e em 2011 a prevalência foi dos atendimentos classificados como F10-F19 (36% do total de atendimentos/ano).

Na urgência e emergência (CAC), por meio de análise documental, verificou-se o predomínio de homens (57,8% das entradas no mês de março/2012) e 32,37% na faixa etária de 30-40 anos, com média de permanência em dias de 2,48 dias. Na instituição, a taxa de ocupação média analisada é de 80,11% e a média de permanência em dias, de 8,76. Segundos dados do CAC, 65% dos pacientes que dão entrada em crise são usuários de drogas que acessam o serviço trazidos pela polícia, pela família, pelo sistema judiciário e, também, por demanda espontânea.

5.4 O trabalho no hospital psiquiátrico: modelo prescritivo da assistência

Ao chegar à instituição, o paciente é acolhido pelo setor de triagem (auxiliar administrativo) que tem como instrumento de trabalho um computador com sistema SIGH (Sistema Integrado de Gestão Hospitalar). Neste sistema estão armazenados dados dos pacientes (nome, filiação, número de documentos, entrada, permanência e alta) de cada acesso nos hospitais que compõem a rede desta fundação hospitalar.

Na triagem, o auxiliar administrativo tem por pretensão primária verificar como o paciente foi trazido (família, polícia, SAMU ou sozinho). Se não vier trazido pela família, aciona-se o médico de plantão. Após este procedimento há a conferência de documentos com o intuito de se buscar no sistema histórico do paciente, caso exista. Se positivo, busca-se prontuário e disponibiliza o atendimento. Se não, gera-se no SIGH um número para o paciente e novo prontuário. Se o paciente não possui documentos, faz-se a anotação na ficha de acolhimento e abre um novo prontuário.

Após o procedimento inicial, há uma entrevista realizada pelo psicólogo com duração de 20 a 40 minutos. Nesta entrevista o psicólogo objetiva colher dados do paciente e família (características da crise, episódios, vinculação a serviço assistencial substitutivo, internação voluntária/involuntária, etc).

A partir da avaliação do psicólogo, o paciente é encaminhado para atendimento a ser realizado pelo psiquiatra de plantão com duração entre 20 e 40 minutos. Nesta consulta é feito o exame físico, o exame do estado de saúde mental e anamnese. Ao término da consulta, o médico deverá tomar uma decisão.

O posicionamento do médico ao fim da consulta é mediado por um conjunto de variáveis que irão influenciar a decisão e que faz parte do saber médico (como ilustrado no fluxograma abaixo). Caso o paciente venha a se internar no hospital, o psiquiatra deverá preencher a autorização de internação hospitalar, o Plano Terapêutico Individual (PTI) (ANEXO C) e a Comunicação de Internação Voluntária (ANEXO D) ou Involuntária (ANEXO E). No SIGH, deverá preencher medicação e dietas.

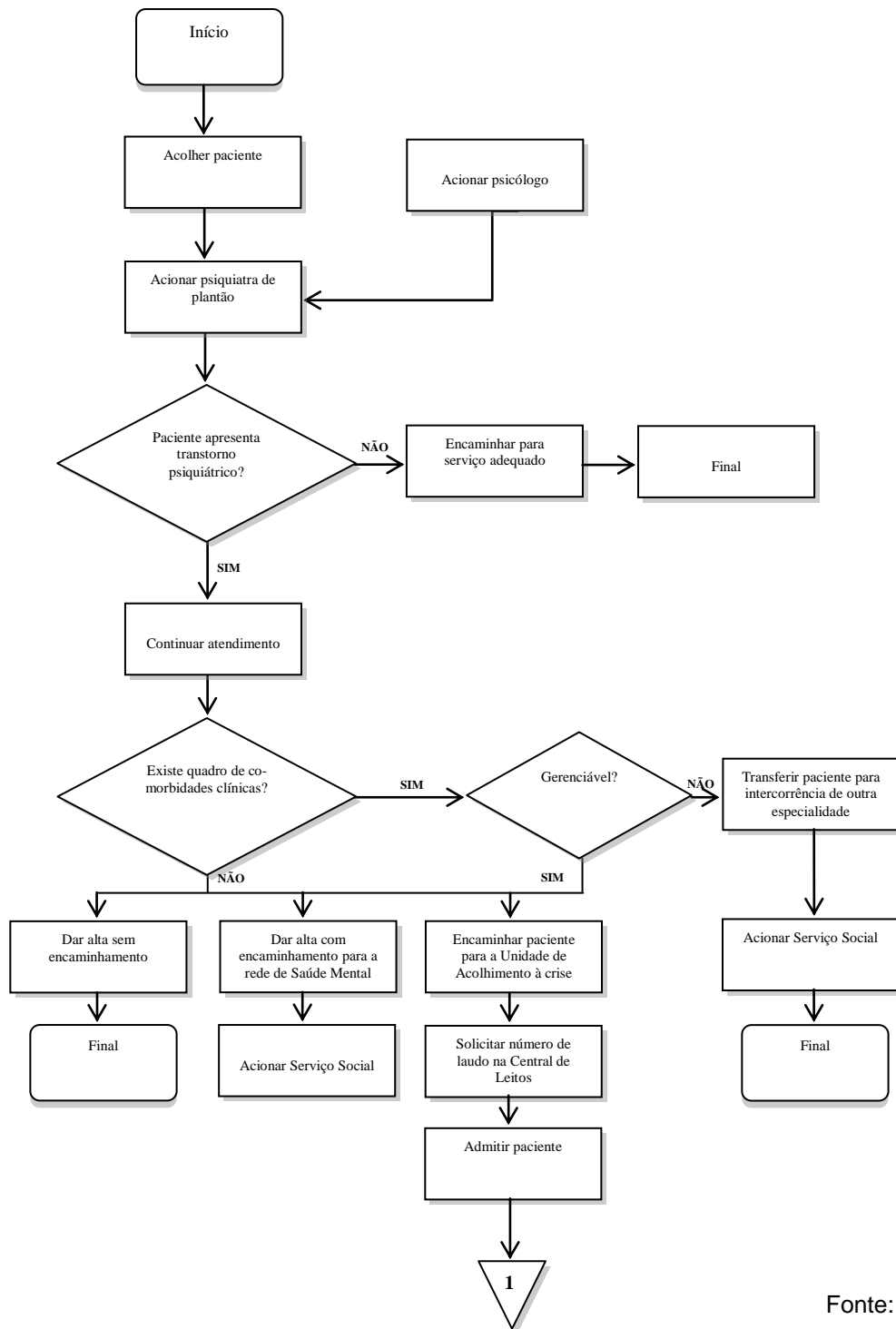
De acordo com o modelo prescritivo da assistência nesta instituição, o serviço social (assistente social) é de suma importância para o estabelecimento de vínculos do paciente com a família, serviços assistenciais substitutivos à internação psiquiátrica e a outros procedimentos de saúde necessários para a integralidade da assistência e a manutenção/restauração da saúde do paciente.

Sendo necessária a internação, o paciente será encaminhado ao Centro de Atendimento à Crise (CAC) e, neste setor, será admitido. O atendimento inicial neste setor, de duração entre 10 e 20 minutos, será feito pelo enfermeiro que fará a anamnese e curativos, se necessário.

Após a admissão do enfermeiro, se faz necessário o atendimento dos técnicos de enfermagem, de duração média de 20 a 40 minutos. Neste atendimento deve-se higienizar o paciente, fornecer vestimenta, aferir dados vitais, glicemia e oferecer/administrar medicamentos e refeições. Nesta etapa, também, durante a higienização (banho) se verifica se o paciente apresenta algum hematoma ou se porta algum material que possa representar risco de agressão a si próprio ou a terceiros, segundo Figura 3 (com continuação).

Os atendimentos de enfermagem e a evolução do paciente são registrados no SIGH e no caderno de enfermagem.

FIGURA 3 – Fluxograma de atendimento no CAC



Fonte: Fhemig, 2011

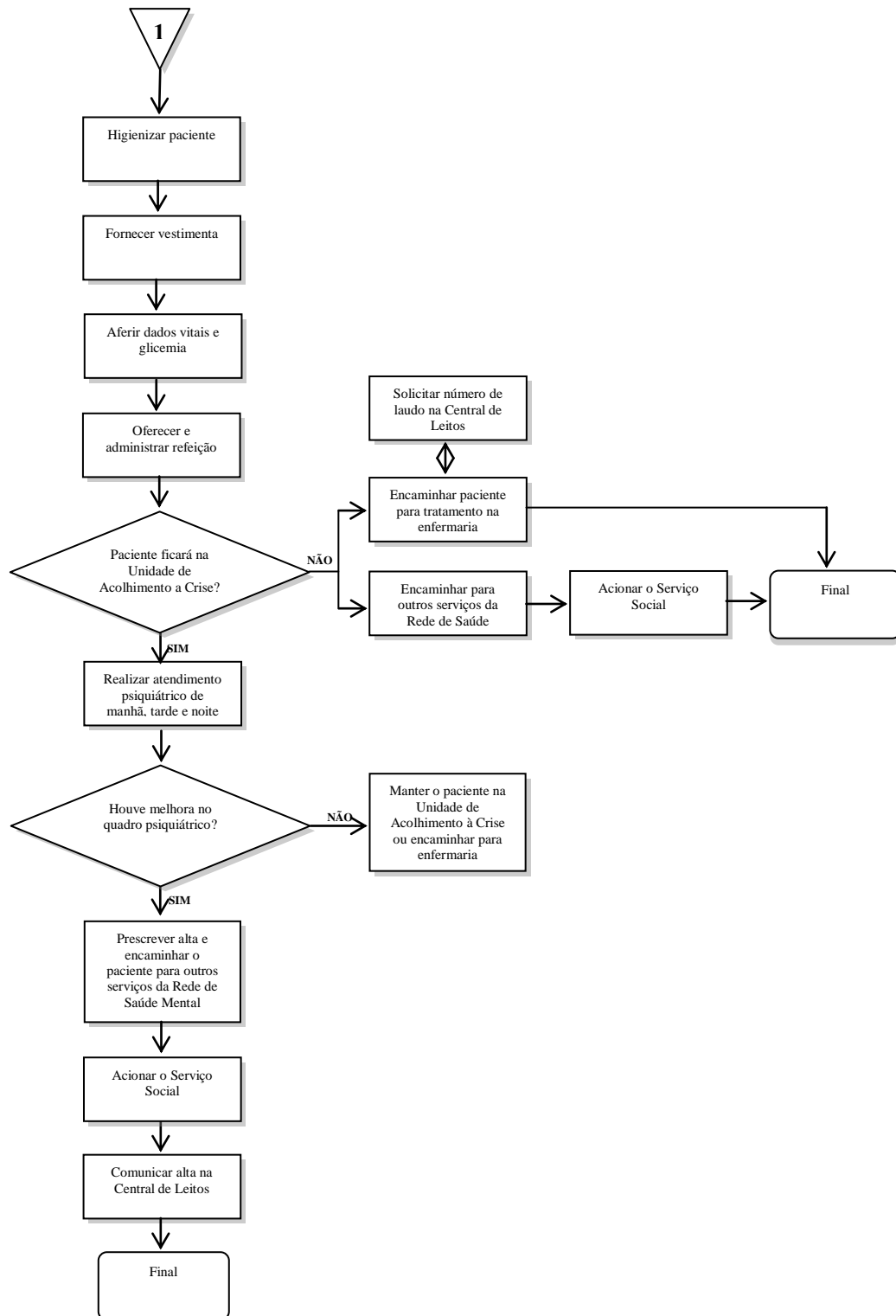
O atendimento de enfermagem é realizado continuamente (24 horas) e a avaliação do paciente, pela equipe médica, é feita rotineiramente pela manhã (psiquiatras e residentes). Há sempre profissionais médicos de plantão que avaliam e reavaliam os pacientes em caso de intercorrências (agitação, comorbidades clínicas ou outras), quando demandada esta assistência.

Nas avaliações médicas diárias, caso não se observe melhora do quadro clínico do paciente, pode-se optar por mantê-lo no CAC ou encaminhá-lo para a enfermaria. Se for observado melhora, faz-se o planejamento de alta com a vinculação do paciente ao serviço substitutivo da Rede de Saúde Mental. Aciona-se o serviço social da instituição.

O assistente social deverá pesquisar os dados de identificação e histórico do paciente. Acionará os familiares, programará alta e fará o encaminhamento e vinculação do paciente à rede substitutiva. Esta ação se concretiza na busca de informações no sistema SIGH, nos arquivos do hospital e em ligações telefônicas. Esta ação dura entre 15 e 40 minutos.

Após alta e vinculação do paciente à rede assistencial, o Auxiliar Administrativo, por intermédio de ligação telefônica, comunicará a alta à Central de Leitos e encaminhará a autorização de internação hospitalar ao setor de faturamento.

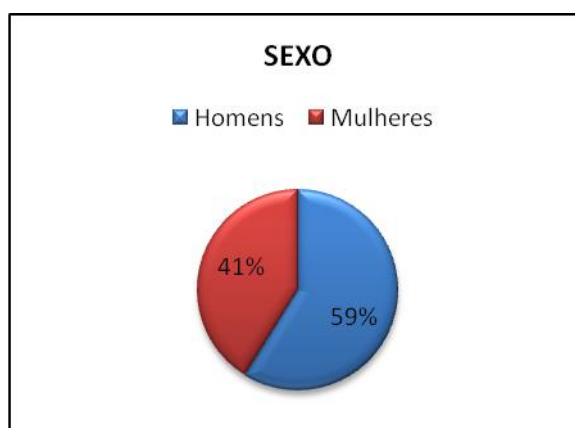
FIGURA 3: Fluxograma de atendimento no CAC (continuação)



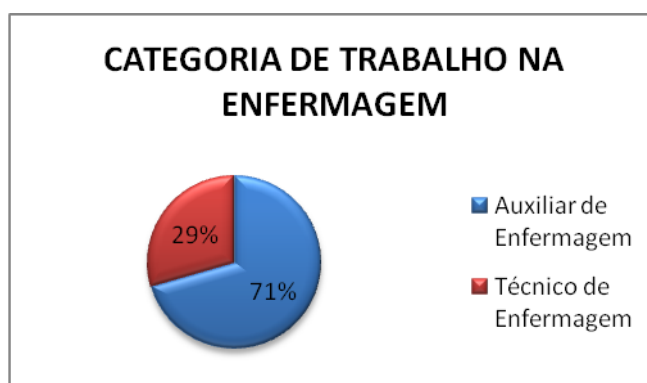
5.5 Sujeitos da pesquisa: os auxiliares e técnicos de enfermagem do CAC

Os sujeitos da pesquisa foram os auxiliares e técnicos de enfermagem que trabalhavam no Centro de Atendimento à Crise (CAC). Eram no total, dezessete, dos quais dez homens (59%) e sete mulheres (41%) (FIGURA 4), de 24 a 67 anos de idade - média 43,41 anos ($\pm 11,41$ anos). Possuíam, ainda, tempo de trabalho como auxiliar ou técnico de enfermagem variando de 4 meses a 35 anos - média 18,67 anos ($\pm 10,71$ anos) e tempo de trabalho na instituição de 2 meses a 30 anos - média 11,86 anos ($\pm 10,74$ anos).

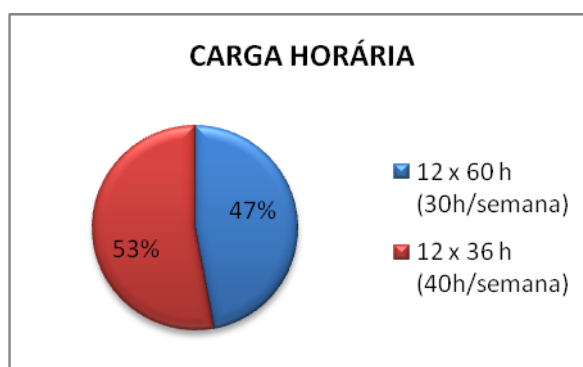
FIGURA 4: Distribuição da população do estudo por sexo



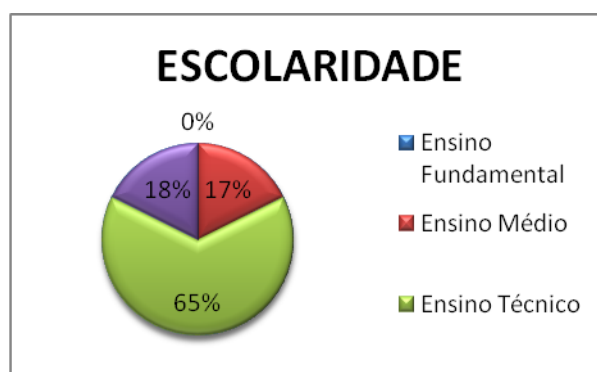
Do total, havia 12 auxiliares e 5 técnicos de enfermagem (71% e 29%, respectivamente) (FIGURA 5), em sua maioria efetivos (88%). Essa diversidade de enquadramento funcional era em função da época e da característica do concurso realizado. Concursos mais antigos somente contratavam auxiliares de enfermagem. Os mais recentes, técnicos de enfermagem. Essa diferença de concursos também influenciava na carga horária semanal. Os últimos concursos estabeleciam carga horária de 40 horas semanais (plantão de 12 x 36 horas). Na prática, as ações desempenhadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem eram as mesmas.

FIGURA 5: Distribuição da população do estudo por categoria de trabalho

A equipe de auxiliares e técnicos do CAC era formada por dois grupos de plantonistas (diurno e noturno) que trabalhavam em escalas feitas pela coordenação de enfermagem. Havia grupos de trabalho com escala de 12 x 36 horas (40 horas semanais) – 53% da população do estudo e 12 x 60 horas (30 horas semanais) – 47% (FIGURA 6). Cada turno de trabalho de 12 horas contava com uma média de 3 técnicos, supervisionados por um enfermeiro, mas também havia plantões de trabalho com 2 e outros com 4 técnicos. Essa variabilidade se dava em função das diferentes cargas horárias de trabalho semanal dos técnicos, além de férias e licenças, resultando em distintas configurações coletivas.

FIGURA 6: Distribuição da população do estudo por carga horária

Em relação à escolaridade, todos os trabalhadores do estudo possuíam formação mínima do ensino médio. Como observado na figura 7, a seguir, 17% possuía o ensino médio, 65% o técnico e 18% o superior.

FIGURA 7: Distribuição da população do estudo por escolaridade

5.5.1 Tarefas do auxiliar/técnico de enfermagem do hospital pesquisado

A prescrição do trabalho dos técnicos de enfermagem consiste na realização das diversas tarefas elencadas a seguir:

1) Cuidados básicos de enfermagem

- Admissão de pacientes:

- ✓ abordagem verbal (coleta de dados);
- ✓ inspeção corporal;
- ✓ orientação quanto às normas da instituição;
- ✓ encaminhamento para o leito;
- ✓ guarda dos pertences com preenchimento da listagem apropriada.

- Aferição de dados vitais (temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, perfusão capilar e glicemia capilar);

- Higienização corporal;

- Oferecimento da dieta prescrita e hidratação oral;

- Mudança de decúbito;

- Arrumação de leitos;

- Curativos simples;

- Sondagem nasogástrica;

- Sondagem vesical de alívio;

- Auxílio na deambulação do paciente;

- Observação e relato de alterações no quadro dos pacientes;

- Punção de acesso venoso periférico;

- Coleta de material biológico para exames;
- Contenção mecânica e monitoramento conforme prescrição médica e protocolo;
- Troca de fralda;
- Auxílio ao médico/enfermeiro na execução de procedimentos no setor;
- Observação dos pacientes no pátio do hospital.

2) Busca, conferência, preparo e administração da medicação prescrita

- Entrega da prescrição na farmácia nos horários padronizados;
- Conferência da medicação conforme prescrição;
- Preparo da medicação;
- Administração conforme prescrição;
- Checagem da medicação na prescrição e no SIGH.

3) Transporte interno e externo

- Conduzir os pacientes para ligação telefônica;
- Acompanhar os pacientes para atividades realizadas dentro do hospital;
- Acompanhar os pacientes para consultas, exames, alta hospitalar, transferência e outras demandas.

4) Registro das atividades de enfermagem

- Lançar dados no SIGH (admissão, evolução e alta);
- Relatórios de enfermagem;
- Relatório de entrada e saída de pacientes;
- Relatório de visitas;
- Relatório de admissão e intercorrências clínicas;
- Censo diário.

5) Organização da unidade

- Organização do posto de enfermagem e demais áreas da unidade;
- Controle de entrada e saída dos pacientes da unidade;
- Envio de prontuários para dar baixa em paciente que saiu de alta hospitalar;
- Conferência de equipamentos;
- Comunicação ao Serviço de Nutrição e Dietética (SND) do número de dietas;
- Passagem de plantão;

- Trabalho em equipe;
- Listagem de materiais em falta no setor;
- Interação com setores de apoio: Serviço de Nutrição e Dietética (SND), farmácia, manutenção, rouparia, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), portaria e outros.

Fonte: Dados internos, 2012

5.6 Mudanças estruturais e o impacto na assistência

A) Quanto à organização da rede de assistência psiquiátrica, foram evidenciados dois principais fatores inferentes:

(1) A distância entre a organização da assistência psiquiátrica preconizada pela Reforma Psiquiátrica e a real estrutura e organização do sistema.

Segundo a Reforma Psiquiátrica, o papel dos hospitais depende da eficiência de uma rede de cuidados em menor complexidade, os serviços substitutivos, públicos e municipais, cujas responsabilidades envolvem o acolhimento e atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, objetivando-se preservar os laços sociais do paciente em seu território.

Neste estudo foi observado que a baixa resolutividade dos serviços substitutivos, associada à insuficiência dessa rede (especialmente para assistência ao usuário de drogas), torna o hospital psiquiátrico a alternativa da população, onde as urgências psiquiátricas são a principal forma de acesso ao sistema. O hospital continua ocupando um espaço social e assistencial em virtude de lacunas instrumentais existentes na configuração da rede de saúde mental.

O termo "lacunas instrumentais" diz respeito aos poros produzidos pelos campos técnico-assistencial, teórico-assistencial e jurídico-político que dificultam a implementação das políticas e a organização dos serviços de saúde mental, impõem dificuldades e desafios aos trabalhadores, revelam a insuficiência das normas, dos instrumentos e dos saberes, os conflitos no cumprimento dos objetivos da reforma psiquiátrica e, em decorrência disso, o recurso justamente ao modelo ao qual se

pretende superar.

Foi observado no campo técnico-assistencial, iniciativas de construção de uma rede de atenção psicossocial, porém, ainda são escassos os dados a respeito da qualidade dos serviços prestados, das condições reais de trabalho tanto em termos de recursos humanos quanto materiais, além das possibilidades concretas de interlocução dos diversos equipamentos da rede⁷. Associado a isso, verifica-se também discrepâncias em relação à montagem da rede assistencial dos municípios - alguns avançaram visivelmente mais do que outros e ainda há um número considerável de leitos em hospitais psiquiátricos.

No campo teórico-assistencial, verifica-se um aumento de volume de publicações, nos anos de 1990, carregadas de otimismo. Estas publicações, em sua maioria, coletâneas de ensaios e relatos de experiências, têm trazido os conceitos e discussões a respeito da Psiquiatria Democrática Italiana, nos quais são propostos os modelos de Reabilitação Psicossocial e a Desinstitucionalização em substituição ao modelo da Psiquiatria Tradicional. Esses pressupostos contribuíram também, de forma ativa, para a consolidação das transformações jurídico-políticas, embora ainda não tenham sido devidamente incorporados no processo de formação profissional dos médicos.

Neste campo observa-se o embate e debate das clínicas preconizadas pela psiquiatria tradicional e a saúde mental. Na figura abaixo, há uma tentativa de demonstrar as diferenças entre a Psiquiatria Tradicional e o Modelo de Saúde Mental.

⁷ Alguns estudos já revelam as situações de trabalho nos serviços substitutivos da rede (SZNELWAR, 2008; SILVA, 2010; RAMMINGER, 2011; ALMEIDA, 2012), as experiências desenvolvidas, as transformações e dificuldades encontradas. Uma questão que emerge neste estudos é se as condições de trabalho nos Caps seriam melhores das até então estabelecidas nos hospitais psiquiátricos. Há ainda carência de estudos sobre a interlocução dos diversos equipamentos da rede de saúde mental.

FIGURA 8 - Diferenças entre a Psiquiatria Tradicional e a Saúde Mental

	PSIQUIATRIA TRADICIONAL	SAÚDE MENTAL
MODELO ASSISTENCIAL	Médico-centrado	Clínica ampliada
ASSISTÊNCIA	Hospitalocêntrica	Rede substitutiva
CUIDADO	Individual	Individual e coletivo
PACIENTE	Passivo	Co-participativo (participação social e cidadania)
REDES SOCIAIS e ASSISTENCIAIS	Isolamento social	Inclusão social (território)
CLÍNICA ESTABELECIDA	Medicalização (contenção)	Suporte social (interdisciplinaridade) * na prática verifica-se uso medicamentoso aumentado
USO DE DROGAS (DEPENDÊNCIA)	Proibicionismo	Redução de danos
ESPAÇOS	Fechados	Abertos

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014

Do ponto de vista teórico se observam as diferenças apresentadas acima. Na prática, verificam-se também algumas similitudes na assistência estabelecida pela Psiquiatria Tradicional e pela Saúde Mental, principalmente no cuidado ao paciente dito "*difícil*", de internação compulsória ou involuntária e, em crise. O uso medicamentoso tem sido alto nos dois modelos (uso intensivo da medicalização como controle) e o médico têm assumido o papel do prescritor e, muitas das vezes, tem se isolado no sistema. O coordenador do CAC do hospital pesquisado, em entrevista, revelou algumas contradições entre o teórico e a realidade de trabalho em relação à clínica estabelecida para o cuidado do paciente em crise. Como verbalizado:

para a assistência ao paciente em crise, o muro deve aparecer. Este paciente deve ser contido. No hospital psiquiátrico, o muro é físico, visível, real. Desta forma, a contenção por meio do uso medicamentoso se torna menor. Já nos serviços substitutivos da rede se observa um uso exacerbado de medicamentos, muitas das vezes, bem maior que no hospital psiquiátrico. O médico que deveria ser mais um membro de uma equipe interdisciplinar é sempre convocado para ser médico, para prescrever, medicar. Isso tem provocado sofrimento.

Do conflito de normas e valores destas clínicas, algumas questões daí se ressaltam:

1) as novas experiências têm sido desenvolvidas, mas como têm sido compartilhadas (tanto no hospital quanto nos serviços substitutivos da rede)?; 2) em que medida o fechamento dos manicômios garante o fim das práticas manicomialis?; 3) a

institucionalização da reforma psiquiátrica como política pública reduz sua potência como movimento instituinte, transformando-a em mais um discurso hegemônico e impermeável?; 4) as condições de trabalho do hospital psiquiátrico são melhores ou mais dignas daquelas vivenciadas nos Caps?; 5) a medicalização no Caps não tem sido usada de forma mais intensificada do que hospital psiquiátrico?; 6) não se estaria reproduzindo o velho no novo?.

No campo jurídico-político, pode-se constatar algumas conquistas, como a Lei 10216 (BRASIL, 2001) que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, além de portarias que propõem diretrizes para a estruturação da assistência e a institucionalização dos novos modelos de funcionamento da rede de cuidados e serviços.

Esta lacuna instrumental, oriunda do processo de estruturação e configuração da rede de saúde mental (em processo de construção) impacta diretamente no cotidiano da assistência e compõe os elementos da tomada de decisão no hospital pesquisado.

(2) Transformações sociais carregam mudanças significativas no perfil dos pacientes, onde os *'drogaditos'* compõem hoje 65% da demanda do hospital pesquisado.

Os pacientes que acessam o serviço são, na maioria das vezes, pacientes ditos "difíceis" por outras instituições e que, portanto, não se vincularam a outros serviços.

A maioria das entradas é involuntária e de paciente em crise, o que aumenta substancialmente os riscos diversos na porta de entrada, principalmente a violência física e psíquica.

A violência é instaurada desde à questão cultural que envolve o paciente psiquiátrico e que circunda todo o emaranhado social, trazendo consequências sobre a visão que se tem desta população. O paciente psiquiátrico é estigmatizado, tratado como criminoso ou vagabundo, que engloba o usuário de drogas e a exclusão social dele decorrente. A própria violência em relação à internação se justifica como uma resposta demandada pelo Estado à Psiquiatria e legitimado pelos familiares.

A violência se instaura remetendo a um fim que jaz no futuro: perspectiva terapêutica que visa ao *"bem"* do sujeito ou que objetiva uma harmonização social. Na maioria das vezes, os psiquiatras sofrem pressão (Estado - justiça/polícia, sociedade, família) para internar seus pacientes. Como dito por um psiquiatra, do hospital, entrevistado:

O governo tem a intenção de esconder esta população de usuários de drogas, especialmente de crack. Desde que esses pacientes não incomodem a sociedade eles vão atuando aí, sendo escondidos, colocados nos hospitais psiquiátricos. Só que isso tá se tornando uma calamidade pública, né? Por exemplo, nós estamos com um paciente aqui hoje no nosso CAC, não vou citar nome pra não constranger a pessoa, mas assim, a demanda aqui é que além de ser usuário de crack é que ele vinha roubando objetos da própria mãe, ameaçando familiares... Um paciente que já passou por centro de saúde, unidades terapêuticas por longa data, tá? De forma involuntária ou voluntária. O voluntarismo que funciona, se realmente existir, é o paciente que inclusive acaba de evadir aqui do CAC, tem cerca de meia hora. Porque pra ele não há necessidade dele permanecer aqui conosco por mais 24 horas. Pra observar esse período de abstinência é necessário permanecer por um período maior de 24, 48, 72 horas, tá? Pra segurança dele e ele estava aqui desde o início do plantão nos abordando, abordando outros do serviço social com a expectativa de ter alta hoje, da mãe vir aqui. A mãe já tinha estado aqui ontem falando da dificuldade de manejo dele, falando das próprias orientações das outras pessoas, *"porque que a senhora não abandona?"*. E ela: *"pra mim é difícil"*. Mesmo ela sendo vítima, né? Sendo objeto dele numa situação dessas. Porque ser mãe é isso, né? É dar suporte. Então, o projeto de vida dela é sair dessa casa onde tem esses outros familiares e alugar um cômodo que ela possa morar sozinha com ele, mesmo esse filho estando nessa situação de roubá-la dentro da própria casa para o consumo de droga. A família pressiona para a internação, respirar, mas ao mesmo tempo a mãe, quando ainda suporta a situação, quer cuidar, reverter o quadro e o paciente quer sair, exacerba a violência e até foge.

No hospital pesquisado, foi revelado que o principal critério de internação involuntária ou compulsória do paciente é a noção do risco de violência contra si e contra outros. Os pacientes que chegam, trazem consigo, insígnias próprias do estigma social: *"pacientes agitados, agressivos, alcoolizados, perigosos, presidiários, pacientes que já mataram e podem matar"* (Técnico de Enfermagem 5 - CAC). Percebe-se também a violência nas técnicas de controle (polícia, SAMU, família).

A violência social que se coloca para o paciente se reverte para a assistência e instaura uma condição de risco de violência para a população trabalhadora do hospital pesquisado. O hospital ocupa o *"lôcus"* (a porta de entrada) da manifestação da violência. O paciente "difícil", de internação compulsória ou involuntária, potencialmente, vai se colocar em risco e expor outras pessoas a esta condição de

risco. Cabe à população trabalhadora, especialmente, os técnicos de enfermagem, gerirem o objetivo formativo (a violência e o cuidado com o sujeito/paciente). Como verbalizado por um psiquiatra:

o paciente que chega, está no limite. É trazido porque está totalmente desagregado, agredido, perdido. É trazido pela polícia, na maioria das vezes. A família já não aguenta mais. Já tem um monte de boletins de ocorrência, está tumultuando a cidade, roubando a família, agredindo. E agride mesmo. Inclusive nós, pessoal da assistência, temos sofrido muitas agressões - violência física e psíquica (ameaças de que vão nos "pegar" lá fora). Temos que cuidar do sujeito que sofre e de nós mesmos que também temos sofrido.

Observa-se que decisões supostamente diagnósticas respondem a uma demanda social de controle e normalização em que há um manejo populacional realizado pela psiquiatria.

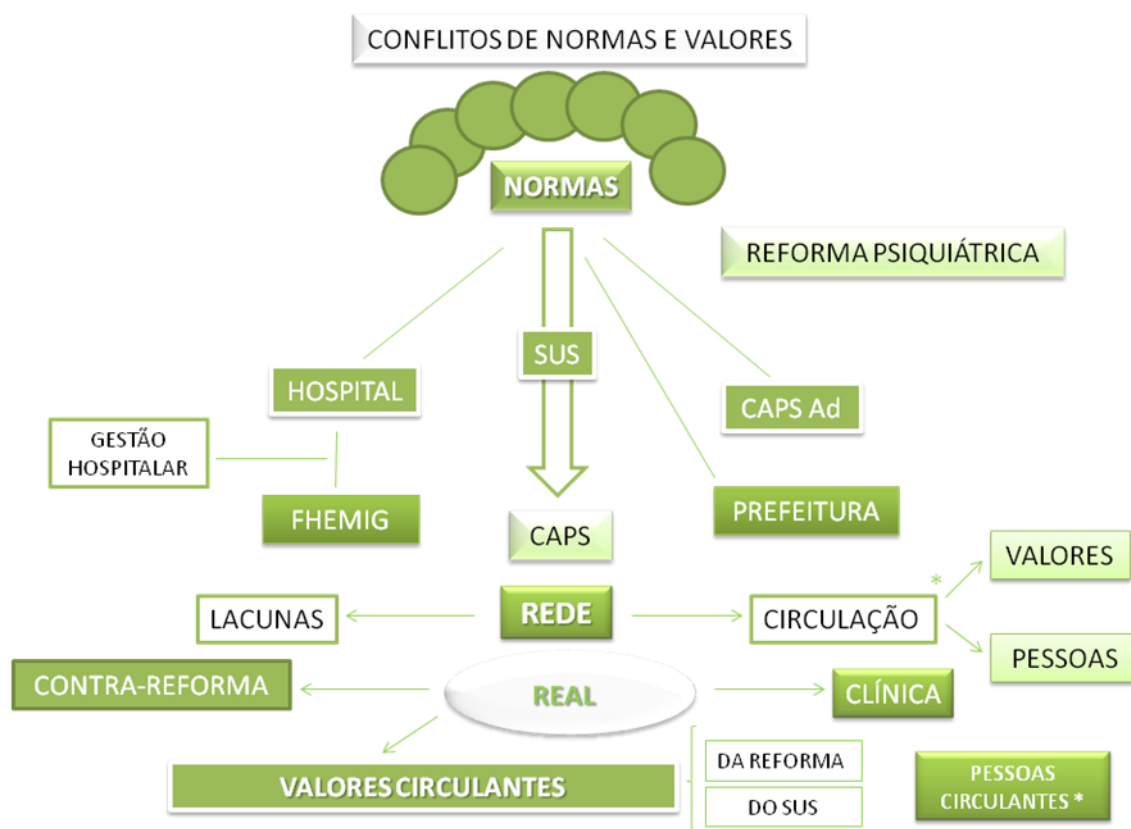
B) Quanto ao conflito de normas originado nos debates entre a Psiquiatria e a Saúde Mental – distintos campos disciplinares que sustentam as práticas do cuidado e sua instrumentalidade, pode-se destacar os seguintes fatores:

(1) Em consequência da Reforma Psiquiátrica foram criadas novas formas (prescrições) de trabalho no campo da Saúde Mental, impostas aos trabalhadores, muitas das vezes, de forma abrupta, o que não permitiu um campo de manobra na gestão do trabalho. Porém, houve também situações em que as prescrições foram colocadas de forma frouxa, em que se permitiu a reprodução do velho no novo, em que as relações de saber-poder instituídas não foram movimentadas - desconstruiu-se o muro do manicômio que estava no território, mas não o que estava enraizado na cultura. A Saúde Mental tem trazido consigo a sua clínica, a necessidade de superação do valor atribuído ao modelo centrado nos hospitais, o debate científico relativo à evidência e valor dos resultados do trabalho empreendido em torno da reabilitação psicossocial e da redução de danos e a importância da consolidação do trabalho interdisciplinar e intersetorial, além, é claro, da formação de recursos humanos para o trabalho na área. Já a Psiquiatria, traz consigo um movimento de contra-reforma em que vem questionar a proposta da desinstitucionalização e extinção dos hospitais psiquiátricos e defender a sua própria reforma, por meio da humanização da assistência e uma maior articulação com a rede de cuidados. A

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) defende uma proposta de assistência integral baseada na desintoxicação, manutenção da abstinência e prevenção de recaída em que o hospital psiquiátrico seja parte integrante da rede de cuidados.

Os embates e debates compõem as normas e valores que permeiam o trabalho em saúde mental e atravessam a atividade, impactando nas dimensões da cuidado, tanto no hospital, quanto nos CAPS. A figura 9, abaixo, tem por objetivo demonstrar a dimensão macro e micro no contexto analisado. Observe:

FIGURA 9 - Normas antecedentes do trabalho na assistência psiquiátrica



Fonte: Elaborado pelo autor, 2014

Este conflito de normas tem atravessado o cotidiano da assistência e impactado na atividade da população trabalhadora que assiste os pacientes tanto no hospital psiquiátrico quanto nos serviços substitutivos da rede. Tanto o hospital analisado quanto os CAPS integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e configuram a rede assistencial em saúde mental. O hospital é parte integrante de uma fundação estatal (FHEMIG) e, desta forma, é gerido por gestão hospitalar baseada em políticas

estaduais que favorecem a produtividade, terceirização de serviços e o cumprimento de metas. Os serviços substitutivos da rede são organizados e estruturados pelo município e, desta forma, submetidos às políticas da prefeitura. Há pontos de divergência entre as duas políticas e desta forma, abrem-se lacunas estruturais e instrumentais. O hospital psiquiátrico, do ponto de vista da reforma, não faz parte da rede de saúde mental. Porém, na prática, preenche o espaço estrutural e instrumental deixado pela rede para a assistência ao paciente em crise.

A instrumentalidade utilizada nas dimensões de cuidado na assistência hospitalar, principalmente no CAC, ao paciente em crise, revela o uso de tecnologias duras, por meio da contenção. A ação frente à crise e ao risco dela decorrente, se efetiva na contenção química (medicamentos), física (uso de faixas) ou psíquicas (limites estabelecidos pela ameaça).

Situação observada durante a abordagem de um técnico, ainda no guichê de entrada, a um paciente em crise trazido pela polícia. Como verbalizado:

A assistente social chegou pra mim e me comunicou que a médica estava ocupada e que tinha chegado um paciente alterado, algemado por policiais e que demandava contenção. Me pediu para conter o paciente para que depois a médica pudesse avaliá-lo. A rotina daqui quando o paciente chega muito exaltado é a gente conter o paciente porque às vezes nem tem como você conversar com ele, está muito alterado. Cheguei, olhei, vi que o paciente estava tranquilo, deu pra dialogar com ele. O paciente não 'tava' xingando a gente, ele tava mais revoltado era com a polícia. E é um paciente que eu conversei com ele, e ele já esteve aqui duas vezes. Resolvi não contê-lo! Olhei a pressão dele, porque se estivesse alta nem seria atendido aqui e depois encaminhei ele para a médica com os dados coletados e bem mais calmo. (Técnico de Enfermagem 2 - CAC).

Ao ser confrontado, o técnico de enfermagem revelou alguns elementos considerados na tomada de decisão:

a rotina daqui, quando o paciente chega muito exaltado, é a gente conter o paciente. Porque às vezes nem tem como você conversar com o paciente, o paciente está muito alterado. Então a rotina é essa. De repente a médica tá ocupada, ela já pede a gente pra conter, depois ela vai e avalia o paciente.

E também os elementos da situação considerados ao decidir não conter.

Cheguei, olhei, vi que o paciente estava tranquilo. Eu achei que o paciente

estava tranquilo, deu pra dialogar com ele. Não uso a contenção física num primeiro momento. Agita ainda mais o paciente e faz lembrar o manicômio. É a última alternativa.

Revela também a importância da contenção psíquica. Como verbalizado:

Ele (**o paciente**) sabe que se precisasse a gente ia pegar ele, que se precisasse a gente ia amarrar, porque ele já esteve aqui, ele sabe a conduta nossa, entendeu? A maioria dos pacientes que já esteve aqui sabe. Então, eu avaliei, pedi pra comunicar a médica a pressão, se ia conter ou se ia mandar pra outro hospital e ela falou que era pra conter, só que eu achei que não era necessário. A gente ia fazer uma força desnecessária pra conter o paciente, o paciente estava imundo e não ia dar pra encaminhar ele pro banho, aquela coisa geral. Você viu que deu pra levar numa boa, mas às vezes pode acontecer sim de achar que o paciente está tranquilo e, de repente, ele se alterar. Se ele se alterasse a gente ia ser obrigado a pegar ele, conter, e aí a médica faria uma medicação mais sedativa, tal... Tanto é que esse paciente nem foi medicado com uma medicação mais profunda, com um Gordon ou com uma Prometazina que quase sempre é feito.

Antes mesmo de ser avaliado, o paciente foi encaminhado para o banho e, durante o trajeto até o banheiro e no banho, foram feitas algumas perguntas pelo técnico. Ao ser confrontado, revelou:

Não são todos não, mas a maioria da urgência, já tem essa rotina de fazer essas perguntas, por exemplo, "que dia que é hoje?", "Qual o mês?", "Qual o ano?", "Onde que ele está?"... Pra ver se ele está orientado no tempo e no espaço, entendeu? Se ele está sabendo mais ou menos, né? Se ele está ligado na data certa, de tudo. Pergunto os dados pessoais dele pra ver se ele consegue relatar bem os dados pessoais, se não está confuso e se não está desorientado.

E se estas informações são compartilhadas com a equipe, declara: *"estas informações são compartilhadas, tanto escrita quanto oral - quando os médicos perguntam, claro"*. E continua:

Quando o paciente dá entrada aqui, a gente tem que fazer uma evolução, né? Na hora que o paciente vai lá e retira a roupa, a gente observa ele na hora que ele está tirando a roupa, se ele tem algum machucado... Porque chega paciente aqui com policiais, que os PM "*cobriram o cacete*" nele, então se o paciente tá machucado, tá com hematoma, tá com... De repente sofreu um corte, sofreu alguma coisa a gente relata que ele entrou aqui assim, porque depois eles vão falar que a gente que fez isso aqui. Então, a gente já observa isso, entendeu? Pra gente fazer a anotação. Observa também na hora que ele está tirando a roupa, aí a gente já fica lá na frente, porque paciente, igual eu tô te falando, muito drogadito esconde a droga. O paciente às vezes está com faca. A gente já pegou paciente com faca aqui, se a gente não observar, ele esconde a faca na hora de trocar de roupa. Às

vezes interna o cara com uma faca e na hora que vai ter um contato frente a frente com ele, complica. Já aconteceu várias vezes. Então, a gente observa as questões todas, entendeu? Tanto pra gente ter segurança como também pra segurança do paciente. Porque às vezes o paciente tá com ideia de perseguição, tá com ideia de auto-extermínio. Então, a gente observa essas questões todas.

Predomina, neste contexto, a psiquiatria tradicional – medicalização, onde também se observam as configurações coletivas para a gestão da assistência e do risco. A contenção se coloca como o instrumento para a ação eficiente para a estabilização do quadro do paciente. Trata-se de técnicas mediadas por valores cujos debates acontecem permanentemente, por exemplo, a contenção física - usada, porém, não comum, por remeter ao manicômio. A contenção se instaura como a gestão individual/coletiva do risco mediada pelos valores compartilhados no contexto analisado. Essa circulação de valores permeia o trabalho tanto no hospital quanto nos serviços substitutivos da rede. Há também circulação de pessoas entre o hospital psiquiátrico e CAPS, entre os diversos CAPS, entre distintos hospitais psiquiátricos o que faz emergir a produção da "contenção" nos CAPS e no hospital psiquiátrico. O "real" do trabalho em cada contexto irá trazer consigo os valores circulantes da Reforma Psiquiátrica, do SUS e das pessoas circulantes e impactar diretamente na forma de gerir a assistência e o controle do risco em cada situação. A clínica produzida será o resultado das renormalizações estabelecidas e confrontadas por estes valores produzidos.

Problematizar a gestão do trabalho em saúde envolve reconhecer essa dinâmica entre a produção de normas antecedentes e o vazio de normas, que exige estas renormalizações. No contexto analisado foi percebido também, apesar de todos os protocolos e manuais, uma "*ausência de normas*", além do vazio de normas (resultado da impossibilidade total de antecipação, própria da vida), na medida em que faltam alguns referenciais fundamentais para a atividade. Os trabalhadores do hospital psiquiátrico encontram-se, por um lado, frente a uma inflação de normas (políticas, diretrizes e portarias, dentre outros documentos, construídos com o intuito de gerir a qualidade da atenção à saúde dos usuários, as metas a serem alcançadas, além das várias regulamentações contempladas) e, de outro, faltam-lhe normas essenciais para realizar a sua atividade. Para se alcançar esses objetivos de

forma coerente com os valores da reforma psiquiátrica brasileira, muitos são os desafios para a população trabalhadora, sendo alguns deles relativos à ausência destas normas fundamentais.

(2) O predomínio de entrada de pacientes com internação involuntária ou voluntária momentânea, reforça a abordagem utilizada diante do risco potencial. Observa-se, como estratégia diante do risco iminente, a classificação de risco na entrada, feita pelo psiquiatra, associado ao Plano Terapêutico Individual (PTI). Esta classificação revela risco potencial de auto-extermínio, fuga, fissura, roubo, agressividade, atuação sexual e piromania que direciona as práticas necessárias no CAC e nas enfermarias e, de certa forma, orienta a instrumentalidade necessária para a assistência.

C) Quanto às configurações coletivas no cotidiano da assistência e as competências do técnico de enfermagem:

O processo de produção na saúde é realizado por meio do 'trabalho vivo em ato' (MEHRY, 1992) ou seja, é produzido no exato momento em que é consumido e, desta forma, determina a produção do cuidado. Neste processo há a interação contínua de diversos tipos de tecnologias, como: instrumentos, o saber técnico estruturado e as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato. O trabalho em saúde é sempre coletivo e, independente da formação ou profissão, os diversos atores desta construção do cuidado são portadores de valises tecnológicas.

O modelo tecnológico de produção da saúde é estruturado por sujeitos com possibilidades e capacidades distintas de operar pactuações entre si, de forma que a resultante dessas forças é sempre produto da correlação de forças que se estabelece no processo. Na decisão entre conter ou não conter um paciente agitado, esta pactuação pode ser visualizada. Como verbalizado por um técnico de enfermagem do CAC:

Saí e comuniquei a médica. Isso, por quê? Eu comuniquei a médica porque ela perguntou como é que o paciente estava, já que no momento ela tava ocupada, aí eu falei: "Não, o paciente está parcialmente orientado, que igual, ele respondeu algumas questões. Está tranquilo!, mas eu já tinha comunicado pra ela. "Ô doutora, eu não contive o paciente porque eu achei

que ele estava tranquilo e não achei necessário". Agora se ela virasse e falasse "vai conter" eu ia ter que conter. (Técnico de Enfermagem 2 - CAC).

E continua:

E aí, o que que acontece? Depois ela foi um pouquinho, não sei se você notou, ela chegou lá, conversou com ele, depois me falou: "você já acalmou o paciente". Foi lá porque ela tem que ter uma avaliação dela, né? Ela vai conversar com o paciente e ver, não quer dizer que a minha palavra totalmente é o que ela vai...

Revela também as estratégias utilizadas para diminuir a agitação do paciente, o conflito de regras entre os setores do hospital e as renormalizações distintas entre o experiente e o novato:

a gente deu um café... Porque o paciente, às vezes, uma comida já acalma o paciente, entendeu? Um cigarro aqui às vezes já acalma o paciente. Se não tiver um cigarro o paciente já agita, porque o paciente fuma demais, é drogadito, essas coisas todas, entendeu? Então assim, isso depende muito de momento. Aqui tem regras, lá dentro dá cigarro só de uma em uma hora, aqui a gente controla mais ou menos como a gente acha necessário, eu acho errado essa conduta de cigarro em uma em uma hora, eu pessoalmente acho errado. Não quero dizer que todo mundo não aceite também não, mas é porque às vezes um cigarro que você dá ao paciente vai te evitar tanto problema no plantão inteiro que eu vou te falar, entendeu? Por isso que eu te falo que a questão de agir com mais experiência, igual aos contratos que saíram faziam, mas tem gente que já segue o que a supervisão mandou. Bem característico isso às vezes... Se você der o cigarro ele vai ficar tranquilo sô, entendeu? Se você não der ele vai agitar mesmo, se ele está acostumado a fumar de minuto em minuto, o cara tem o cigarro lá que a família trouxe 3, 4 maços de cigarro, ele pede o cigarro, "não, só daqui a uma hora", o cara vai agitar mesmo. (Técnico de Enfermagem 2 - CAC).

Especificamente no CAC, a instrumentalidade dos técnicos de enfermagem necessária para a assistência se efetiva na interação das diversas tecnologias que configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado. O agir frente à imprevisibilidade da assistência psiquiátrica requer historicidade, competência na lida com o paciente - potencial iminente de risco de agressão.

Do ponto de vista estrutural, o CAC funciona de forma diferente da manhã para a noite. Pela manhã há uma configuração coletiva necessária para gerir a saída de pacientes em função do número de leitos local e a disponibilidade de leitos nas enfermarias: antecipa-se em função da maior demanda de entrada de pacientes no

período da tarde. Como desvelado nas micro-histórias da atividade no CAC: *“hoje está feio! Vamos ficar lotados o dia todo no CAC e não há vagas nas enfermarias. Se chegarem todos vamos ter que dar um jeito”*. (Técnico de Enfermagem 3 - CAC).

A discussão de saída dos casos ocorre rotineiramente pela manhã e os técnicos ocupam função fundamental no repasse de informações de (in)/evolução dos pacientes. A sequência de prontuários estabelecida para a avaliação médica não é feita de forma aleatória: o posicionamento dos prontuários de cima para baixo é devido à avaliação prévia dos técnicos quanto à possibilidade de alta. E sempre ao pegar o prontuário, estabelece-se com o médico um diálogo e um confronto de competências para a tomada de decisão. A equipe de enfermagem traz à tona a experiência do dia-a-dia com o paciente, o uso e a resposta medicamentosa, o estado geral do paciente. Há um posicionamento acerca da conduta a ser estabelecida que é ouvida pelo(a) médico(a). Após essa escuta o médico avalia o paciente e se posiciona. É comum a frase: *“é uma opinião minha, mas o senhor sabe o que faz!”*. O saber/poder é do médico e a ele cabe a resposta final! Os psiquiatras seguem esta rotina, bem como os residentes 2 e 3. Os residentes 1 (novatos), em um primeiro momento, não participam da discussão coletiva. Após uma permanência maior no contexto percebem a importância do compartilhamento de saberes. Esse agir competente, estratégico para a saída dos pacientes, segundo os técnicos, é importante para acelerar a alta dos pacientes e, de certa forma, regular a carga de trabalho.

À tarde há uma demanda de entrada o que faz montar um coletivo operatório para decidir o caminho assistencial do paciente na instituição: entrada e atendimento; atendimento, medicação e alta – com referenciamento em rede substitutiva; atendimento, medicação e permanência no CAC.

Como demonstrado na crônica 2:

O telefone toca. Rafael é informado de que há dois pacientes contidos na quarta enfermaria por causa de briga entre eles. O técnico sai do posto de enfermagem e vai até os consultórios e informa a situação da enfermaria aos médicos. **Eles (psiquiatra e dois residentes) estão na porta de um dos consultórios discutindo um caso de uma paciente de Montes Claros com demência, agitação e dificuldade para se alimentar. A**

técnica Regina se aproxima do grupo e participa da discussão. Assim que se afasta dos médicos, pergunto o motivo da discussão. Segundo ela, a discussão era devido à solicitação de internação vinda de Montes Claros cuja demanda tinha chegado naquele momento. O motivo da discussão era o estado clínico da paciente por exigir cuidados próximos e da dificuldade de colocá-la nas enfermarias pelo risco de agressão. Os médicos finalizam a discussão e a psiquiatra se dirige ao posto de enfermagem.

Para gerir o número de leitos há um fluxo de informações que se inicia na triagem e CAC e é alimentado e retro-alimentado continuamente nas enfermarias. Trata-se de um papel que é afixado nos diversos postos de enfermagem – CAC e enfermarias - (FIGURA 10) e no setor de triagem que subsidia, muitas vezes, as condutas e decisões assumidas, como: atendimento e alta; atendimento, internação no CAC e enfermarias; alta antecipada em função de um paciente em crise grave; não aceitação de pacientes menos graves, dentre outras condutas. O local em que este papel está colocado se torna sede de debates permanentes, fonte de dramáticas, individuais e coletivas, cuja conduta e decisão deve ser estabelecida e que, diretamente, vão influenciar a clínica a ser implementada e impactar sobre a saúde da população assistida e trabalhadora do hospital.

FIGURA 10: Gerenciamento de leitos no CAC



Fonte: Elaborado pelo autor, 2014

Como verbalizado por um técnico de enfermagem do CAC:

Tá vendo aquela folha ali? Hoje estamos praticamente lotados. Há três vagas na primeira enfermaria, duas na segunda, uma na terceira e duas na quarta. O CAC, nesta hora, já praticamente lotado. Temos que abrir vagas. Olhar aqui quem já pode ter alta, vinculá-lo à rede, encaminhar os daqui que realmente precisam ir para as enfermarias, antes que apareçam vagas de mandado. A todo instante o coletivo se organiza para tomar as decisões. Mas, a decisão final é sempre do médico. Ainda está bom! O "*bicho pega*" é quando não há nenhuma vaga e o paciente precisando entrar. A negativa de entrada é risco para todo mundo, inclusive para o diretor. Embora o risco dele seja diferente, né? (Técnico de Enfermagem 9 - CAC).

Em razão de mudanças no perfil dos pacientes que dão entrada no contexto analisado e da característica de risco da assistência, fez-se necessário ao coletivo de trabalho estruturar novas práticas e competências diante da especificidade do "*cuidar*" ao usuário de drogas. Na configuração coletiva do trabalho, as competências de explicitação, de intervenção e de avaliação dos técnicos associadas às competências da equipe técnica especializada são recursos de fundamental importância para a avaliação do risco de violência e de definição de estratégias de abordagem diante do risco iminente.

A figura 11, a seguir, ilustra o agir humano (atividade), no contexto do estudo, mediado por um conjunto de normas antecedentes que atravessam e impactam o cotidiano da assistência. Há uma necessária coerência entre o indivíduo e o meio, entre a vida individual e social. A matriz da atividade humana é o corpo de um sujeito, porém, um sujeito encarnado, impregnado de saberes e valores gerais e locais que direcionarão o seu agir. Essa subjetividade influencia as escolhas que se faz por meio da atividade e determinam a relação com os outros e com o mundo no qual se quer viver.

FIGURA 11 - Demanda de reconfiguração necessária para a gestão do risco



Fonte: Elaborado pelo autor, 2014

Este debate coletivo diante da gestão de leitos e do risco potencial de agressão tem estruturado a organização da assistência no hospital pesquisado. A instrumentalidade se opera diante da avaliação coletiva do risco e se materializa por meio das diversas tecnologias. O uso de tecnologias duras (instrumentos), de forma alguma está dissociada das outras tecnologias, como as leve-duras (saberes) e leves (relações) (MEHRY, 1992). Em razão do risco de violência "diferenciado" deste contexto, há a utilização de instrumentos aceitáveis estabelecidos na clínica, por exemplo, a medicalização - forma de contenção química necessária para a estabilização dos pacientes. A contenção física, embora utilizada, não é muito comum por remeter ao manicômio e confrontar os valores circulantes da reforma que permeiam o meio.

A referência à atividade se remete à esfera de múltiplas micro-gestões da situação (feitas por sujeitos e sujeitos coletivos), às tomadas de referência sintéticas, ao tratamento das variabilidades, à hierarquização dos atos e dos gestos, às construções de trocas com a vizinhança humana, num vaivém constante entre os horizontes mais próximos e os mais afastados do ato de trabalho e que traz efeitos sobre a produção e à saúde humana.

Como observado pelo trecho extraído de uma das crônicas utilizadas no estudo:

... “sexta-feira fizemos milagre aqui! Tinham doze pacientes, com seis leitos chão. Este paciente que você está vendo a confusão é porque nós tivemos que interná-lo para abrir vaga aqui. Nós é que fomos rápido porque o diretor já tinha reservado três vagas lá (enfermaria)”. Não entendendo a situação dita, ou seja, internamos o paciente lá e eu observo o paciente no CAC, fui obrigado a perguntar ao técnico: como internaram o paciente na enfermaria e ele está aqui? Não entendi! Raul verbaliza: a questão é a seguinte: “no momento em que estava lotado aqui tivemos que abrir vaga! O paciente que mostrava indicativos de internação era o Gustavo. Porém, não podíamos mandá-lo para a enfermaria porque do jeito como ele está seria abusado sexualmente ou agredido. O que fizemos então foi mandá-lo para a UCCL e, enquanto aqui estava lotado, o mantivemos lá! Ele provocou um tumulto enorme lá também. Assim que esvaziou aqui o trouxemos de volta para o CAC em função do maior controle. Logo que melhorar as condições dele e o risco diminuir será encaminhado para a enfermaria”.

O trecho expõe os conflitos de normas existentes na situação de trabalho do estudo. Embora haja um conjunto de regras e procedimentos a seguir, observa-se ao mesmo tempo uma ausência de normas fundamentais para balizar a ação ali instituída. Ao sujeito/coletivo se instaura uma dramática permeada de todos os elementos que compõem a norma antecedente daquele contexto, como: as regras, procedimentos e instrumental de trabalho; os saberes técnicos e os das experiências naquele momento demandados e os valores circulantes no/do meio. Gerir os leitos se apresenta enquanto uma arte. Porém, não se trata somente de alocar pacientes entre setores. Não é uma mudança quantitativa e operacional somente. Há um conjunto de valores necessários, ali compartilhados, que irão influenciar a qualidade da assistência e os riscos para o paciente, outros pacientes e a população trabalhadora daquele e de outros setores.

A ausência de normas se apresenta no contexto de forma contínua e se observa uma necessidade imediata de se fazer aflorar a atividade, como aqui apresentada,

de forma a demonstrar o agir humano no trabalho que, frente a todos os constrangimentos daquele contexto, ainda produz segurança, qualidade na/da assistência e saúde.

O técnico de enfermagem, enquanto membro da equipe que permanece mais tempo junto ao paciente, ocupa função fundamental na avaliação da evolução, dos possíveis efeitos colaterais da medicação e do risco de reações violentas por parte do paciente, além de participar como co-gestor das interfaces médico/paciente.

5.7 A invisibilidade do trabalho dos técnicos de enfermagem

O trabalho de assistência aos usuários do CAC é fortemente caracterizado pelo trabalho em equipe, especialmente na confrontação de saberes dos médicos e técnicos, mediados muitas vezes por outros profissionais como os enfermeiros, assistentes sociais, pessoal administrativo e porteiro, ou seja, a equipe ultrapassa o corpo técnico e envolve também os trabalhadores do serviço de apoio e terceirizado.

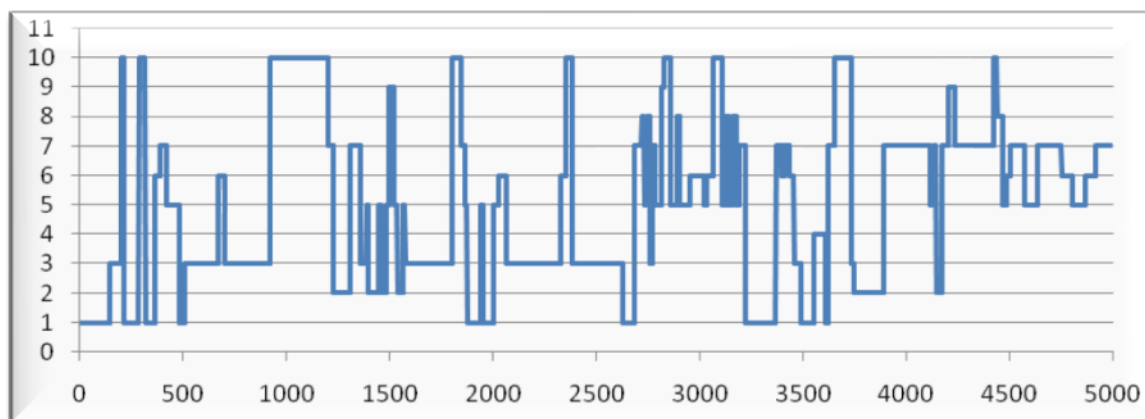
A transformação de uma população de diferentes formações e distintas histórias de vida e realidades em uma equipe coesa não é um processo rápido e fácil. Essa construção se efetiva no dia a dia de trabalho e requer competências para a cooperação além do desenvolvimento de habilidades coletivas. Daí, a importância do aprendizado a partir da experiência, seja na vivência do trabalhador no dia a dia de trabalho no CAC, ou por meio de trocas com os demais integrantes da equipe, promovendo um retorno à experiência e fortalecimento do coletivo.

Ao observar as atividades dos técnicos de enfermagem do CAC, emergiram as diversas interações necessárias para troca de informações, os deslocamentos em busca de medicamentos e condução de pacientes às enfermarias, o levantamento de dados de sistemas e folhas de salas e os diversos momentos de interrupção, como atender ao telefone ou assistir a um paciente mais urgente que chega e demanda ação mais imediata: rompe-se assim, mesmo que momentaneamente, uma ação em curso. As interações são recorrentes, o que permite afirmar que a atividade de trabalho ultrapassa a visão funcionalista da tarefa e permite a gestão do fluxo de informações no serviço.

A figura 12, a seguir, é resultado de observação do trabalho de um técnico de enfermagem do CAC, experiente (30 anos de trabalho na instituição), durante 84 minutos e revela as diversas atividades realizadas que não são conhecidas pela estrutura organizacional - para os gestores locais essas estratégias de regulação são “*invisíveis*”.

Cerca de 51% do tempo mensurado foi utilizado para discussão de casos com o coletivo de trabalho (médicos, equipe de enfermagem – enfermeiro e outros técnicos, assistente social e pessoal administrativo – guichê de entrada). O restante do tempo se concretizou nos deslocamentos entre setores, atendimentos aos pacientes, consulta de dados e anotação de tarefas, organização de prontuários e solicitação de recursos de outros setores. Há ainda 12% das atividades que foram alocadas como ‘outros’ em função da diversidade de ações realizadas, como: atender telefone, solicitar liberação de vagas pelo telefone, verificar folha de vagas, esperar, refletir, anotar em folha de mão, etc. Vale aqui também ressaltar que 44% do tempo total medido se deu na interação efetivada com os enfermeiros e médicos – confrontação de saberes da experiência, do dia a dia do paciente na enfermaria – evolução, interação medicamentosa e riscos, com os saberes especialistas dos enfermeiros e médicos.

FIGURA 12: Antecipações, deslocamentos e trocas de informações no trabalho (Atividades x Tempo)



ATIVIDADES REALIZADAS	T analisado (seg)	min)	%
1. Discussão do caso com Equipe Médica, (EM).	680	11,33	13,6
2. Discussão do caso com Equipe do Guichê de entrada, (EG).	346	5,77	6,92
3. Discussão do caso com Equipe de Enfermagem, (EE).	1513	25,22	30,27
4. Discute caso com Assistente Social, (AS).	54	0,9	1,08
5. Deslocamento entre setores, (DS).	537	8,95	10,7
6. Atendimento aos pacientes, (AP).	376	6,27	7,52
7. Consulta de dados e anotação das tarefas, (CA). (Caderno de enfermagem, sistema SIGH, e folha de gestão de leitos).	736	12,27	14,72
8. Organização de prontuários, (OP).	94	1,57	1,88
9. Solicitação de recursos de outros setores, (SR).	70	1,17	1,4
10. Outros, (O).	593	9,88	11,86
Total:	4999	83,33	100

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014

O gráfico tem por objetivo demonstrar a atividade contínua do técnico de enfermagem, na sua rotina diária de antecipações, deslocamentos e trocas de informações para gerir a própria atividade e a de outros, numa busca permanente de eficácia no trabalho. A coleta destas informações, demonstradas no gráfico, se deu pela manhã, em um momento de pico, cujo intuito momentâneo era gerir o número de leitos, em que o coletivo se articulou para discutir as altas possíveis, internações, novas condutas e encaminhamentos, antecipando-se às necessárias entradas que se daria no período da tarde. A não liberação de leitos para a possível entrada de pacientes no período da tarde provocaria um constrangimento muito grande à equipe e aumentaria ainda mais o risco na porta de entrada pela possibilidade de recusa de pacientes.

Pode-se observar, no gráfico, que a maior parte do tempo “despendido” na atividade de trabalho se deu com as antecipações necessárias para gerir alguns disfuncionamentos previstos. Aqueles não previstos, assim que emergiam, também eram abordados e, a partir daí, a coletividade se instaurava para reprocessar os valores, como um caldeirão de dinâmica do uso de si, numa tentativa de se produzir efeitos. Uma boa parte do tempo foi utilizado com discussão de casos com a equipe de enfermagem, anotações de dados e compartilhamento de informações em sistemas e folhas, discussão de casos e troca de informações com a equipe médica, além de outros como atender telefone, principalmente. Essa gestão se mostrou necessária para regular o contexto e diminuir a carga de trabalho tanto individual quanto coletiva por meio da ampliação dos campos de possibilidades de ação e regulação, o que pode ser observado pelo trecho abaixo, extraído da crônica 1:

... A técnica Regina revela ao Raul que não observou no prontuário, após ter verificado no sistema SIGH, as medidas de glicemia do paciente. Observam nas anotações de enfermagem que a pressão arterial (PA) do paciente está em 160x100 mmHg. A médica retorna ao posto de enfermagem e os técnicos discutem com ela sobre a pressão arterial do paciente. Revelam a necessidade de se entrar com medicamentos se a pressão permanecer alta como está. O técnico Raul verbaliza com a médica: “medica e faça um relatório para o serviço substitutivo. Eles é que devem conduzir o processo. Se é hipertenso e está vindo de lá, já deveria vir medicado”. A médica escuta e decide medicar o paciente.

Revela-se aqui o agir competente como estratégia de gestão no trabalho. Houve uma apropriação das normas antecedentes associadas ao histórico e à singularidade da ação situada baseada em valores dimensionáveis e não dimensionáveis. Essa gestão refletida aqui como individual, mas instaurada coletivamente nas ECRP, dimensiona a gestão de leitos (dinâmica de entrada e saída de pacientes), qualidade da assistência e clínica a ser estabelecida, além da gestão de saúde e segurança.

Certos números de ingredientes devem então se articular no agir em competência. Na fonte da eficácia no trabalho é que se encontram esses coletivos de contornos

variáveis, relativamente pertinentes e essenciais. Trata-se de uma criação local dos diferentes protagonistas da situação, de um certo modo de “viver”, de construir a vida no trabalho.

Quando se vislumbram as variabilidades, os acasos e todas as gestões que se fazem necessárias, ainda mesmo que algumas soluções fracassem, pode-se compreender que não basta apenas se situar no CAC (Centro de Atendimento à Crise) para gerir os disfuncionamentos. Para tirar proveito do meio e agir competente, é necessário sair do local onde está situado, buscar e confrontar informações, fazer ligações telefônicas, dirigir-se ao guichê de entrada, compartilhar saberes práticos e técnicos com outros enfermeiros e com a equipe médica, levantar informações de sistemas e folhas de anotações. Essas antecipações são necessárias para gerir a atividade. Gestão observada no trecho de crônica, a seguir:

... O técnico Raul pega o telefone e liga para o CMT. Pergunta se a ambulância já veio buscar os pacientes de lá. Ao mesmo tempo tampa o bocal do telefone e fala com o médico da necessidade de se abrir vagas no CAC porque, segundo o técnico, daqui a pouco entrarão mais pacientes. Como dito: *"Fui lá fora e vi diversas pessoas agitadas, que demandarão entrar"*. Olha ali na folha, falando para os técnicos (dois que estavam no setor) e o médico. E continua: *"As vagas das enfermarias já estão todas reservadas pelo diretor"* (vagas reservadas de mandado judicial). Volta-se ao telefone, fala, anota e responde ao outro técnico que a ambulância já vem e que ele pode levar o paciente para o CMT. Desliga o telefone, procura prontuários e os organiza em sequência escolhida por ele e entrega ao médico que retorna ao setor. Após a saída do médico, fala: *"há pacientes com indicativo de alta, mas como não podemos decidir isso, já colocamos os prontuários em ordem de acordo com aqueles que achamos que podem sair. Assim, estes pacientes são avaliados primeiro e liberam as vagas mais rapidamente. É o único jeito de dar conta deste setor. Se não for assim, imagina se o prontuário do paciente de alta for o último? Daqui a pouco começa a entrar gente sem passar pelo CAC. A experiência nos faz construir os caminhos..."*.

A origem das disfunções (atraso da ambulância para transferir pacientes, chegada

de diversos casos novos, etc) e de todos outros tipos de dificuldades pode ser decorrente de algo bem distante no tempo e no espaço. Segundo Schwartz e Durrive (2010, p. 158), “**uma entidade coletiva** é também assim: não se pode jamais circunscrever, com antecipação, no espaço e no tempo, aquilo que é pertinente como zona de troca, de comunicação, para conduzir uma ação a seu ritmo em condições quase corretas”. Essas ações realizadas coletivamente no contexto do CAC é uma reinvenção permanente. É uma verdadeira sinfonia sem maestro, ou seja, cada um aqui toca a sua partitura (sabe o que tem que fazer), mas, ao mesmo tempo, é necessário que a partitura seja sincrônica, portanto que tenha marcações para que se saiba quando cada um entra na partitura, já que não há um maestro (SCHWARTZ E DURRIVE, 2010, p. 161).

O gráfico e os fragmentos de crônica acima apresentados demonstram tipicamente o trabalho específico, imprevisível e imprescritível, de uma *entidade coletiva relativamente pertinente* (ECRP). Se o coletivo não estiver harmônico, seja em função de faltas e/ou rotatividade de trabalhadores, e houver ‘*dessincronização*’, falhas e riscos no trabalho aparecerão e o hospital, trabalhadores e pacientes pagarão o custo disso. A construção de competências e sua atualização é uma necessidade fundamental de gestão de riscos neste contexto.

5.8 Desvelando as micro-histórias: crônicas da Atividade⁸

A construção das crônicas da atividade teve por objetivo demonstrar a dinamicidade e a imprevisibilidade inerente à condição de trabalho do estudo em que o sujeito vivencia essa problemática da atividade humana, nas condições reais de trabalho e se engaja como sujeito encarnado (psique e corpo), onde se estabelece um fio de coerência entre o indivíduo e o meio, entre a vida individual e social. A opção por estas duas crônicas não foi feita por acaso. A crônica 1 foi construída por meio da observação da coletividade trabalhadora do CAC (médicos e técnicos) no período da manhã, em momento de pico, cujo objetivo principal se centrava na assistência e evolução dos pacientes e na necessária estratégia de gestão de leitos - saída dos pacientes do CAC (alta ou referenciamento para as enfermarias) com o intuito de

⁸ As crônicas apresentam nomes fictícios a fim de se preservar a identidade dos participantes do estudo.

"abrir vagas" para a entrada de pacientes em crise, o que acontece (na sua maioria) à tarde. Já na crônica 2, a coleta dos dados se deu no período da tarde, após a entrada dos pacientes - momento em que a gestão de riscos se coloca como imprescindível e necessária, já que os pacientes chegam em crise. É um período também de grande pico. Optou-se por não apresentar no texto as crônicas na íntegra (estão inseridas como APÊNDICE C - Crônica 1 e D - Crônica 2). A seguir, é feita a análise das crônicas 1 e 2.

5.8.1 Análise da crônica 1

Nas crônicas pode-se perceber que a atividade tem algo de sempre indefinível na medida que ela é permanentemente micro *"re-criadora"*. Revela-se um encontro *"de encontros"*, de singularidades, de variabilidades a gerir. A atividade é sempre o centro desta espécie de dialética entre o *impossível* e o *invivível*.

Observa-se na crônica 1 a apropriação, pelos sujeitos, de um certo número de normas antecedentes, algo do âmbito do relativamente codificado, do transmissível, bem conceitualizado e que estrutura toda situação de trabalho. Como citado: **"... O telefone toca. Perguntam se o paciente Paulo tem restrição no café. A técnica Regina tampa o bocal do telefone com as mãos, olha para Raul e revela que o paciente citado, ao dar entrada no hospital, apresentava glicemia de 291 mg/dL"**. Do ponto de vista prescritivo, uma glicemia de 291 mg/dl é indicativa de *diabetes mellitus*. Mas, o dado isolado não é suficiente para a tomada de decisão. Em toda atividade há, também, a necessidade de domínio relativo àquilo que uma situação pode ter de histórico e de inédito, o que a torna inteiramente diferente. Como verbalizado pelo técnico de enfermagem: **"Ao escutar o valor da glicemia do paciente, o técnico Raul verbaliza: "não falei que a glicemia era devido ao teor alcoólico?". E continua: "a gente está acostumado com isso aqui! O paciente alcoólatra ao chegar é assim"**.

Há ainda um terceiro elemento, necessário para gerir o inédito: a pessoa é remetida a si própria e, portanto, remetida a escolhas. Uma dimensão de valores, incontornável, vem cruzar ou se intercalar, com as outras duas dimensões. Como ilustrado na crônica: **"No mesmo momento chega ao setor o café dos pacientes.**

Discutem entre eles (Raul e Regina) e decidem oferecer o café da manhã ao paciente sem restrição. A médica questiona o técnico Raul sobre o café do paciente. Raul fala com a médica: ***“Dra, o paciente chegou com glicemia alterada e no momento está boa. Não acredito em diabetes e não há histórico de diabetes. Nós já conhecemos o paciente e sabemos da cachaça dele com groselha. Vamos dar o café e acompanhar!”***. A médica pergunta e observa o prontuário do paciente: quanto deu a última medida? O técnico olha em um papel que havia anotado e informa: 97 mg/dL. A médica libera o café sem restrição e fala com o técnico. ***“Dê o café e logo em seguida o remédio para pressão!”***. O técnico pega o café e oferece ao paciente. A médica verbaliza em voz alta com todos os técnicos que estavam na sala (Raul, Regina e Geraldo): ***“como ele está no serviço substitutivo, deve voltar à noite. Vamos acompanhar a evolução dele e ver as condutas assumidas lá”***.

A verbalização acima também revela as interações necessárias para o agir em competência nesse contexto. O papel do técnico de enfermagem é central para o compartilhamento de informações cotidianas da assistência com a equipe médica. O saber/poder é estabelecido e acompanhado por um poder quase absoluto dos médicos. A palavra final é sempre do médico, mesmo que, na maioria das vezes, mediada por informações fornecidas pelos outros *feudos*. Porém, o saber médico isolado é insuficiente para garantir a assistência e gerir os riscos nesse processo de trabalho. Embora a organização seja estabelecida num 'mosaico de feudos' (interfaceamento de uma considerável quantidade de diferentes campos técnicos - cada um em seu território bem delimitado e de certa forma protegido), essa configuração se desfaz nas imprevisibilidades. O trabalho em saúde é necessariamente coletivo e se estrutura nas ECRP's.

A dimensão temporal é associada às urgências e emergências decorrentes da imprevisibilidade dos eventos. As antecipações são necessárias para se ter uma certa "sobra" de tempo já se vislumbrando disfuncionamentos futuros. Fato demonstrado na crônica 1, quando o técnico gere a situação da entrada para já estruturar a ação futura próxima e de prováveis condições de saturação por vir. Como citado: ***"O técnico sai e vai ao guichê de entrada. Verifica que a funcionária ainda não chegou. Volta ao posto de enfermagem, pega o telefone***

e liga na direção. Diz ao telefone: *“estou avisando que a funcionária do guichê não chegou e há três pessoas esperando: uma perícia e dois atendimentos de ambulatório”*. Desliga o telefone e inicia conversa com outros técnicos. Diz: *“mas, também, antes eram três funcionários, depois dois, agora um. Daqui a pouco, nenhum!”*.

A gestão de tempo/espço é permanente e aparece em outros trechos da crônica, como: *“Raul sai e vai ao guichê de entrada. Parece incomodado com os pacientes que estão aguardando lá. Volta e verbaliza com os outros técnicos (Regina e Geraldo): “um paciente que está aguardando é perícia, o outro é aquela vaga reservada para internação, de Sabinópolis, lembra? Tem um outro ainda que é atendimento ambulatorial”*. O técnico Raul está com uma folha na mão. Iniciam, após a fala do Raul, uma discussão sobre vagas reservadas pelo sistema judiciário e verificam (todos eles) numa folha que está sempre presente no posto de enfermagem, as vagas ainda existentes nas enfermarias. Conferem na folha do paciente (folha trazida pelo Raul da entrada) a autorização dada pelo diretor do hospital e se certificam de que se trata mesmo da vaga reservada pelo sistema judiciário e que o paciente vem de Sabinópolis. Falam que ainda há reserva de duas vagas e a técnica Regina olha novamente na folha de anotações de vagas e diz: *“hoje está feio! Vamos ficar lotados o dia todo no CAC e não há vagas nas enfermarias. Se chegarem todos vamos ter que dar um jeito”*.

Há, também, antecipações cujo intuito é gerir riscos e que se revelam no compartilhamento de valores comuns, do viver juntos, do bem estar de todos e da qualidade da assistência, da saúde (profissional e do paciente) e da segurança. Ilustrado a seguir: *“Enquanto conversam, o técnico Raul observa à distância os pacientes no leito. Fala com os outros técnicos: “o paciente Gustavo está erotizado. Atenção nele!”*. Ao mesmo tempo, Regina verbaliza: *“já estou de olho nele!”*.

Podemos dizer que o sujeito, reconstituído no coletivo, vive uma verdadeira dramática ao ter que gerir diferentes normas antecedentes: aquelas ligadas aos saberes técnicos de sua profissão, associadas aos índices de produtividade e

rotinas prescritas aos trabalhadores do CAC, os acordos entre os trabalhadores de distintos setores do hospital e serviços da rede, às expectativas dos usuários e família, entre outros. As escolhas assumidas se revelam quase na clandestinidade, sendo expostos e fragilizados e que se concretizam por meio do trabalho realizado. Trata-se de uma sabedoria do corpo, de um saber-fazer inscrito no corpo, de difícil verbalização. A regulamentação administrativa rígida não condiz com a plasticidade exigida no serviço, essencial para a gestão da assistência e do risco de violência.

5.8.2 Análise da crônica 2

Diversos estudos têm revelado risco de violência no trabalho e a relação assistencial com pacientes afetados por doença mental e/ou afetados por álcool e outras drogas tem aumentado esse risco. Os técnicos de enfermagem, como o maior grupo da força de trabalho em saúde, experimentam também, a maior carga de violência no trabalho e aqueles que atuam nas urgências e emergências apresentam, também, o maior risco⁹.

Saúde e doença são realidades construídas a partir de uma complexa interação entre as concretudes da condição humana e a elaboração de sentidos (ECHTERNACHT, 2008). Segundo Canguilhem (2010), *"a vida não é indiferente às suas próprias condições, ao contrário, viver é se posicionar"*.

Considerando a competência enquanto um agir aqui e agora, onde a atividade consiste em um encontro de singularidades, de variabilidades a gerir, no centro da dialética entre o impossível e o invivível, o que leva o técnico de enfermagem agir em competência nessa atividade?

O agir em competência é o modo possível de se produzir saúde, gerir a assistência (com eficácia e qualidade) e modular os riscos. Quanto mais os princípios da gestão prescrita dos riscos afastam-se da singularidade das situações de trabalho e das ressingularizações aí operadas, menores se tornam as chances de uma eficiência preventiva. Paradoxalmente, é este mesmo afastamento que origina a gestão dos

⁹ Assunto explorado mais profundamente no item 2.2 desta tese: *"Riscos da atividade de trabalho de enfermagem e as demandas necessárias de reconfiguração: a questão da violência"*.

riscos enquanto instância especializada.

A instrumentalidade utilizada nas dimensões do cuidado, baseada na Psiquiatria tradicional, revela o uso de métodos de contenção química, física e psíquica por meio do uso de medicamentos, faixas de contenção e limites estabelecidos pela ameaça, respectivamente. Como visto na crônica 2: **"Um dos pacientes caminha de um lado a outro. Parece delirante. O paciente se aproxima do posto de enfermagem e pergunta ao técnico Rafael pela jaqueta dele. Instantaneamente, a técnica Regina solicita ao paciente para ir para o leito, que recusa. A técnica verbaliza: "Vá para o leito que não tem jaqueta aqui!". O paciente retruca e diz que a técnica não gosta dele. Em seguida o técnico Rafael se impõe e ordena o paciente a ir para o leito".**

A atividade do técnico de enfermagem no CAC se estrutura a partir de diversos elementos, como uma mistura de ingredientes, necessários para o agir em competência. Ao se colocar frente a uma dramática, na qual é convocado agir, ao sujeito é demandado um raciocínio que envolva de um lado os saberes instituídos, o relativo domínio dos protocolos numa situação de trabalho (ingrediente 1). Como citado no trecho, a seguir, da crônica 2: **"O técnico Fernando observa à distância o paciente João e pega o prontuário dele. Diz a todos: "esse paciente não está bem!". Regina dialoga com ele e fala que do tempo que está no CAC (paciente João), não há porque estar com estes sintomas (vira-se para mim e fala dos sintomas de abstinência). Fernando escuta e parece concordar ao visualizar o prontuário".**

O ingrediente 1 é colocado em dialética com os saberes investidos, a relativa incorporação do histórico de uma situação de trabalho (ingrediente 2). O segundo ingrediente é a capacidade de se deixar apropriar - quase ser impregnado pela dimensão singular da situação, pelo histórico, pela dimensão de *"encontro de encontros"*. Ilustrado, a seguir: **"O paciente João continua agitado. Anda pelo setor e incomoda os outros pacientes. Questiono os técnicos a respeito da agitação do paciente. Segundo eles há também muito teatro. Pergunto do porquê disso. A resposta é rápida e de ambos (Rafael e Regina): não respeitar as regras do setor".**

Segundo os técnicos, pelo tempo de permanência do paciente no setor e de acordo com a medicalização estabelecida, não havia justificativa para o paciente estar agitado do modo como se apresentava (singularidade da situação associada ao histórico, à experiência local/global). Ao serem confrontados, trouxeram elementos do histórico do paciente, internações anteriores e a estratégia comum do paciente de não respeitar as regras do setor, como possibilidade de ganho secundário na obtenção de cigarro - estratégia muito utilizada para diminuir a agitação do paciente.

Todas essas informações permitem elaborar um esquema mental geral que antecipa um certo número de eventos e de problemas a gerir. O terceiro ingrediente é a capacidade de articular a face protocolar e a face singular de cada situação de trabalho. Conforme aponta Schwartz (2010, p. 211): *"fazer circular um caso típico e a pessoa [...], um trabalho mais complicado que consiste em tentar resolver de imediato, em estabelecer uma relação entre o tipo, definido abstratamente, e a pessoa singular"*. Como ilustrado pelo trecho abaixo, extraído da crônica 2: **"A técnica termina a entrada de dados no sistema SIGH, faz anotações no caderno de enfermagem e vai ao guichê de entrada. Lá ela observa mais um paciente trazido pela polícia. Volta para o posto de enfermagem e diz para mim: *"chegou mais uma coisa boa! Agitada, agressiva. Hoje aqui o povo vai ter trabalho. O Fernando e o Felipe não vão ter moleza. E se o João continuar assim vai ficar nas cordas"*. Volta-se para o caderno de enfermagem e faz anotações. Informa ao paciente Joaquim de que ele não pode mais ir lá fora"**.

Ao ser confrontada sobre a possibilidade da contenção física, a técnica verbalizou: *"somente deixamos o paciente contido em último caso. Tentamos, conversamos, levamos numa boa. Porém, pela experiência, já sabemos como será o plantão. Hoje aqui só tem F.10. Falei em ficar nas cordas, mas esta é a última alternativa. A maioria só de ouvir falar no HF¹⁰ já se acalma, daí não precisamos contê-los, ficam quietos. Eles também têm pavor de ficarem amarrados e nós também, de ter que amarrá-los"*.

O ingrediente 3 traz elementos para a caracterização do contexto momentâneo local,

¹⁰ Haldol e Fernegan (Nota do autor).

da história clínica, anamnese, tratamentos anteriores, conflitos e riscos gerados pelo paciente e, por consequência, dá indícios das ações necessárias futuras.

O ingrediente 4, ligado ao debate de normas que cada um de nós vive em seu meio de trabalho, conserva um tipo de laço de retroação sobre os ingredientes precedentes. Em outras palavras, a partir do momento que um meio tem valor para a pessoa, todos os ingredientes da competência podem ser potencializados e desenvolvidos. Para aqueles cujo meio não permite obter prazer e reconhecimento, onde não há o compartilhamento dos valores pessoais, o ingrediente 4 opera uma descontinuidade que pode da mesma forma dificultar a potencialização dos ingredientes anteriores.

No fragmento da crônica e na verbalização acima apresentada, a contenção física (*"ficar nas cordas"*), trazida na fala da técnica de enfermagem, era uma estratégia a ser utilizada, porém, não comum por remeter à psiquiatria tradicional e ao manicômio. Tratavam-se de valores que ali não eram compartilhados, já que a clínica estabelecida naquela situação, estava atravessada pelos valores circulantes da Reforma Psiquiátrica em que trazia à tona a integralidade da assistência, a participação do paciente/família no cuidado, o suporte social, a ação no território, etc. Embora existisse ali um formulário específico de registro de contenção física (Anexo F), este procedimento não foi comumente visualizado durante a pesquisa. A contenção física, naquele contexto, se colocava como um procedimento que incomodava e muito, o coletivo de trabalho. Foi observado que a ameaça do uso da contenção física era um procedimento comum e que não se concretizava na ação (a contenção em si) e se colocava para o indivíduo e o coletivo como estratégia de impor limite ao outro e, conseqüentemente, gerir o risco de violência.

O agir em competência é muito profundamente determinado por aquilo que pode valer para a pessoa. Segundo Schwartz (2010, p. 213), *"valer no sentido próprio, como meio de trabalho, isso é, em que medida ela pode fazer de forma que este meio de trabalho seja em parte 'o seu' "*. O processo de decisão remete também *"ao estado de uma relação entre a pessoa e o meio, no qual lhe é demandado agir"* (ingrediente 4), o que remete às normas e objetivos com os quais se compartilha, de se apropriar do serviço no qual trabalha, de transformar em patrimônio, do quanto o

meio lhe permite agir, do prazer no trabalho (ingrediente 5).

Exemplificado na crônica 2: **"Rafael chega ao setor e pergunta à Regina se os pacientes do CMT já chegaram. É informado pela técnica que sim. No mesmo instante chega o Fernando (técnico do plantão noturno), que cumprimenta todos e pergunta à Regina como foi o plantão. Inicia a passagem de plantão. Pergunta quantos pacientes há no setor. É informado de que há cinco pacientes, mais dois do CMT. Regina inicia a descrição dos pacientes do setor, um a um: *“esse primeiro é o Mário, do CMT, que deveria ter ido embora pela manhã, mas devido à crise de abstinência permaneceu o dia no setor. Aliás, todos aqui são F.10. O segundo é o Geraldo que está tranqüilo. F.10 também!”*. Fernando interrompe a fala da técnica e pergunta se há algum hipertenso ou diabético. É informado que não. A técnica continua: *“José Raimundo chegou agora, foi medicado e está tranqüilo também. O outro é o Jonas que teve vômitos de grande volume e foi medicado. Está tranqüilo agora. A penúltima paciente é a Patrícia, lembra? Aquela que tem ideação persecutória com você!”*. Fernando interrompe a técnica e pergunta: *“ela aqui de novo? O que ela aprontou agora? Quebrou a casa de novo?”*. Regina revela que sim, citando os mesmos problemas de sempre e, segundo a técnica, a mesma súplica de piedade. E continua: *“o último é o João que estava agitado, meio teatral, mas agora está mais tranqüilo. O que está fumando é o Joaquim, F.10 também, que também está bem”*. Rafael chega ao setor e comenta com o técnico Fernando sobre os medicamentos dados, dificuldades encontradas e o estado geral dos pacientes. É perguntado pelo Fernando se todos os pacientes aceitaram a janta e é informado que sim. Em seguida, o técnico Fernando se dirige a cada um dos pacientes que estão acordados e os questiona sobre o estado geral deles".**

Para o técnico é de extrema importância levantar os dados do setor, a condição de cada paciente, confrontar com o coletivo o que foi feito e o que está por fazer, ao mesmo tempo em que questiona os pacientes ali internados. Confronta o aqui e o agora com o seu patrimônio (projeto-herança) - acúmulo e interface de singularidades. O objeto da ação do técnico, naquele momento, é levantar informações, comparar, confrontar, estruturar a sua ação e agir, individual e

coletivamente. Esta ação está atravessada por um conjunto de valores ligadas à qualidade da assistência e da gestão de riscos para os pacientes e os trabalhadores ali situados. Esta ação de vigilância e atenção cria a possibilidade de antecipar e, desta forma, gerir o quantitativo de leitos, a qualidade da assistência e os riscos de violência daquele setor.

O quinto ingrediente de uma competência diz respeito a ativação ou a duplicação do potencial da pessoa, com suas incidências sobre cada ingrediente. Exemplicado no recorte da crônica 2: **"A técnica Regina vai até o guichê de entrada e acompanha o acolhimento da paciente. Lá já estava a médica Jussara que, ao ser informada pelo porteiro da chegada da viatura, se antecipa e logo inicia o atendimento no guichê de entrada. Iniciam o acolhimento da paciente, colhendo informações sócio-demográficas no sistema SIGH (trabalho feito pelo auxiliar administrativo do guichê). No mesmo instante, a médica inicia a coleta de informações da paciente que diz ser diabética. A técnica Regina que estava no setor, escuta essa informação e volta ao posto de enfermagem do CAC. Confere o aparelho de glicemia e se há fita. A funcionária do guichê verifica que a paciente já fora atendida no hospital e vai ao SAME buscar o prontuário da mesma. Volta e deixa com a médica que chama a paciente para avaliação. É feita avaliação psiquiátrica, prescrição e a paciente é encaminhada para o CAC".**

O trabalho da técnica Regina é no CAC. Porém, ao perceber a chegada de uma nova paciente trazida pela polícia e por compartilhar valores comuns, se encaminha ao guichê de entrada. Ela estava à espreita e fez uma síntese de diversos elementos necessários à situação: como e por quem a paciente foi trazida, estado geral da paciente, riscos, antecipações para gestão do leito, compartilhamento de informações (enfermagem, porteiro, médicos), etc. A técnica e o porteiro não se tornam intrusos no meio, porque compartilham os mesmos valores, fazem parte do meio, mesmo que aquele local específico não seja o seu local de trabalho. Operou-se, naquele momento, o compartilhamento do serviço, uma instauração do coletivo, com distintas possibilidades de trocas, fonte de eficácia no trabalho.

O sexto ingrediente diz respeito à capacidade de se engajar no trabalho coletivo, de

tirar partido das sinergias de competências em situação de trabalho. O trabalho coletivo hoje - na medida em que ele atravessa sempre todos esses ingredientes - supõe uma espécie de pôr em sinergia esses diferentes ingredientes, não em si mesmo, mas coletivamente (SCHWARTZ, 2010, p. 219).

As decisões são construídas coletivamente, mas dependem das competências individuais. As variabilidades podem ser trabalhadas por coletividades relativamente pertinentes ou pelo próprio sujeito da atividade. Em momentos de maior demanda e variabilidades se observa a montagem destas Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). Segundo Schwartz & Durrive (2010, p. 151), *“uma ECRP não se assenta num coletivo predefinido. Suas fronteiras são as da atividade, num momento dado”*.

É na ECRP que se aloja a eficácia coletiva do trabalho, como também os valores socialmente partilhados. As múltiplas circulações ocorrem entre “os operadores” da assistência no CAC (e também entre eles e aqueles que se encontram numa área imprecisa que ninguém pode circunscrever) e, que de certa forma não podem ser antecipadas por nenhuma regra. A idéia de trabalhar juntos na definição de bens comuns tem uma pertinência, uma significação. Se os valores colocados em debate têm aderência e força para criar as entidades pertinentes pode-se deduzir numa participação coerente dessas pessoas nos debates, nos campos político e dos valores. Há uma dialética do local e do global em duplo sentido. Para Schwartz & Durrive (2010, p. 151), *“uma ECRP é como uma sinfonia sem maestro”*.

Como verbalizado por um técnico de enfermagem do CAC:

Aqui é como um corpo, cada um tem sua função mesmo sendo outro. Tem hora que você manda, tem hora que você obedece. Tem hora que eu vou estar na parte administrativa, tem hora que eu vou estar na parte dos pequenos cuidados (banhos, higienização). Tem hora que eu vou estar na medicação, mas aquilo tudo é um todo. Nós trabalhamos como um todo, não tem como trabalhar sozinho. Na contenção de um paciente, nós sabemos das restrições, das limitações das mulheres. Então nós vamos entrar na parte mais física e as mulheres vão entregando as contenções pra gente, ajudando na medicação... Cada um tem sua função, alguns mais restritos. Isso vai muito da característica do profissional, têm uns que são mais duros outros são mais alegres, outros mais fechados, mas tudo vira um todo. (Técnico de Enfermagem 4 - CAC).

O uso de si no trabalho não pára de tentar pôr em sinergia esses ingredientes heterogêneos. O agir em competência integra o conjunto das relações entre, de uma parte, os homens e as mulheres e de outra parte o seu meio, seu meio de vida, no seio do qual se encontra o seu meio de trabalho. Segundo Schwartz (2010, p. 207): *"... ingredientes, para melhor mostrar que, como em uma boa mistura, é preciso um pouco de cada um deles; mostrar que eles são diferentes uns dos outros, que a pimenta não é a noz moscada, ou o gengibre, que é diferente; contudo, em uma boa culinária se deve saber colocar uma pitada de cada um desses ingredientes"*.

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A categorização das organizações hospitalares enquanto sistemas complexos se estende aos hospitais psiquiátricos (PAVARD, 2000; BENCHEKROUN, 2000; GOMES, J.O, 2000), onde os fluxos de informação em rede e a configuração coletiva do trabalho são condições para a eficiência do sistema (GROSJEAN & LACOSTE, 1999) que é estruturado por sujeitos (desejos, necessidades e interesses), processos de trabalho (saberes e instrumentos), poder (modos de estabelecer as relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações) (BARROS, 2007).

Pavard & Dugdale (2003), estudando a contribuição da teoria da complexidade para sistemas sócio-técnicos entendem que um sistema é dito complexo se for difícil, senão impossível, reduzir o número de parâmetros ou características variáveis sem perder suas propriedades funcionais globais essenciais. Outro conceito que pode definir o ambiente hospitalar como complexo vem de Wisner (1984), ao citar que “*a relação com seres humanos é muito mais difícil de definir, de organizar, de racionalizar do que aquela que lida com a transformação da matéria*”.

As mudanças estruturais estabelecidas pela Reforma Psiquiátrica têm apresentado resultados, revelados no hospital analisado, pela diminuição do número de atendimentos (queda em média de 3,2% ao ano) e pela inversão na prevalência proporcional de hipóteses diagnósticas: em 2002 havia uma prevalência das hipóteses diagnósticas classificadas como Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e/ou Delirantes (F20-F29) - 38% do total de atendimentos/ano - e, em 2011, a prevalência foi dos atendimentos classificados como Transtornos Mentais e Comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (F10-F19) - 65% do total de atendimentos/ano (COELHO, 2012).

Nesse cenário de intensas transformações sociais, assim como identificaram Lancman e Pereira (2008), a construção de um novo modelo de atenção convive com a desconstrução do antigo modelo, o que pressupõe a desorganização do sistema como um todo. Entre os problemas apontados nesse processo, os autores

destacam um potencial desequilíbrio entre demanda e oferta; um desenvolvimento parcial, incompleto e provisório das ações assistenciais e uma necessidade de desenvolvimento de processos inovadores de trabalho e capacitação. Além do impacto na qualidade do trabalho, a sobrecarga de trabalho no cotidiano laboral, a fragmentação dos coletivos e o sofrimento psíquico dos profissionais também podem ser apontados como consequência dessa transição (ALMEIDA, 2012).

A clínica estabelecida nos serviços substitutivos tem enfatizado a humanização do cuidado por meio do acolhimento e das relações mais horizontalizadas entre técnicos e usuários, favorecido o protagonismo dos sujeitos, assistidos em seu território, próximo da família e no seu espaço social e, de certa forma, sido resolutiva (SZNELWAR, 2008; SILVA, 2010; ALMEIDA, 2012).

O hospital também tem passado por transformações: tem se tornado cada vez menos um local de permanência e cada vez mais um local de passagem - principalmente nas urgências e emergências (MENDES *et al.*, 2008). O paciente que chega em crise no hospital analisado é assistido, controlado e encaminhado para a continuidade da assistência nos serviços substitutivos da rede de saúde mental (MENDES, 2010; 2011). Portanto, o hospital analisado integra e reforça essa rede.

Segundo o gestor da instituição, *“o CAC é fundamental por fazer o atendimento de urgência e avaliar a possibilidade de internação e/ou vinculação de pacientes aos serviços substitutivos após o período de crise”*. Segundo o mesmo gestor, para se trabalhar no CAC é necessário uma *expertise* ou um corpo de conhecimento histórico para lidar com o risco inerente da atividade naquele contexto. Como afirmado: *“sem o CAC e o levantamento de risco na porta de entrada, o número e a gravidade das agressões aumentaria absurdamente nas enfermarias”*.

Esta afirmativa vai ao encontro da própria noção de risco (NOUROUDINE, 2004) na medida em que ela se encontra retida entre dois tipos de constatação: *“por um lado, uma hipertrofia de normas de segurança definidas antes da atividade; por outro, os saberes fazer de prudência que se constituem quase na clandestinidade no decorrer das atividades”*.

Segundo Echternacht (2008, p. 51), *“trabalhar é gerir-se em um meio circunscrito por normas de ordem técnica, organizacional, gerencial, por entre estruturas produtivas que hetero-determinam os objetivos do trabalho humano, seus instrumentos, seu tempo, seu espaço”*. Porém, tais níveis de hetero-determinação não excluem a atividade humana em sua mobilização de saberes e valores incorporados nas práticas, condição para o agir em competência.

A Ergologia, partindo do pressuposto ergonômico de que o trabalho real é diferente do prescrito, acrescenta que não só é impossível como é *“invivível”* reproduzir inteiramente as normas (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010, p.189). De modo a gerir as variabilidades, é preciso fazer *“uso de si, das próprias capacidades, dos próprios recursos e escolhas”*, o que se configura numa *“dramática de uso de si”*. Segundo Schwartz & Durrive, *“trabalhar é arriscar-se, fazer ‘uso de si’”* (Idem, p. 191).

Dramática verbalizada por um técnico de enfermagem da instituição ao lidar com o paciente:

O problema principal é o seguinte: chega o paciente drogadito, o rapaz que fumou, tal e tal. O paciente não aceita ficar de jeito nenhum. Então a gente é obrigado a usar a força, entendeu? Então a gente é obrigado a usar a força física, não tem jeito. Agora o problema maior que gera principalmente entre a gente e o paciente muitas vezes o que acontece aqui é o seguinte: o médico vai ali e avalia o paciente, aí põe a conduta de internação. Alguns têm a posição correta, chega para o paciente e fala, "Você vai ficar internado", porque ele aceitando ou não se a gente tiver de pegar a gente vai pegar. Muitos médicos não comunicam isso para o paciente, deixa pra gente da enfermagem comunicar, o que eu acho totalmente errado, entendeu?. (Técnico de Enfermagem 1 - CAC).

No trabalho, dá-se continuamente um debate entre as normas que são antecedentes – saberes relativamente estabilizados e protocolares e saberes da experiência dos trabalhadores - e as normas internas. A partir desse debate de normas, faz-se escolhas, nem sempre conscientes, sustentadas pelos valores. A *renormalização* se dá quando há uma ruptura entre os valores que permeiam a organização e, conseqüentemente, a norma antecedente e os valores dos trabalhadores.

Segundo Cunha (2007, p. 2), *“mesmo obedecer às normas antecedentes já é praticar escolhas. E ao operar nos interstícios das normas antecedentes, o homem faz história”*. Tais escolhas determinam *“a relação com os outros ou o mundo no qual*

você quer viver” (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010, p. 192). Se por um lado, trabalhar é sempre um processo de singularização e ressingularização, por outro, as escolhas são sempre atravessadas pela dimensão coletiva, entidade cujos contornos variáveis se constituem espontaneamente “*com relação a ou em relação com a organização prescrita*” (Idem, p.193).

Se na atividade há um caldeirão de patrimônios constituído principalmente de competências e de saberes-fazer de prudência, a renormatização é um processo de invenção de soluções localizadas e, em seguida, consolidadas e transmitidas para a eficácia e para a saúde (NOUROUDINE, 2004).

Segundo Nouroudine (2004), as zonas de desenvolvimento da ação, da atividade, das representações, da memória, da consciência, do inconsciente, poderiam ligar-se entre si na instância denominada *corpo-si*.

Para Schwartz (2001, p. 664):

O *corpo-si* é história, história como memória sedimentada, organizada na miríade dos circuitos da pessoa; mas também história como matriz, energia produtora de inédito: na medida em que a ambição renormatizante é ao mesmo tempo *imposta* ao ser [...] e também *demandada* como exigência de vida, como apelo nele próprio da saúde, instrumentando-o sem cessar para tentar transformar o que é objetivamente para ele meio [...] naquilo em que poderia constituir *seu* meio.

É neste sentido que as atividades humanas são lugar de engajamento daqueles que são seus autores. Para Echternacht (2008), arbitrar entre “o uso de si por si mesmo e o uso de si por outros” implica em renormatizações, em que as normas antecedentes serão re-interpretadas com o objetivo de reajustá-las a si mesmo e à situação presente.

Na instituição analisada houve uma mudança no perfil do paciente ocorrido na última década e que provocou aumento no risco potencial de agressão na porta de entrada. Como verbalizado por um técnico de enfermagem:

... isso aqui virou uma penitenciária, a verdade é essa! A maioria dos nossos pacientes é ‘*drogadita*’, alcoólatras e muito paciente judiciário; paciente com morte nas costas, paciente que rouba, que faz diabo a quatro. Então, aqui

na urgência ameaça de morte é constante, entendeu? Constante mesmo! Paciente ameaçando que vai matar a gente... Ou cada um arruma estratégias para lidar com isso ou morre. Uma outra alternativa é sair antes. Fato que é comum aqui para os novatos. (Técnico de Enfermagem 3 - CAC).

No contexto em questão, as mudanças no perfil dos pacientes exigem a reconfiguração das práticas e das competências (ROGALSKI, RABARDEL & JANIN, 2001) frente à especificidade da assistência psiquiátrica aos usuários de drogas, onde as reações de violência são comumente registradas.

Boyé e Robert (1994) definem competência como *“conjuntos de saber-fazer requeridos pelas tarefas, ligados às pessoas que os põe em prática, reconhecidos como tais pelo ambiente no qual são exercidos, diretamente dependentes do contexto sócio-técnico e cultural de aplicação”*.

Montmollin (2001, p.11), numa tentativa de se conceituar competência, assim a define: *“conjuntos estabilizados de saberes e de saber-fazer, de condutas-tipo, de procedimentos padrão, de tipos de raciocínio que se pode aplicar sem um novo aprendizado”*. Segundo o autor, as competências sedimentam e estruturam as aquisições da história profissional, permitem a antecipação dos fenômenos, o implícito das instruções, a variabilidade das tarefas.

Competência observada durante a abordagem de uma técnica de enfermagem, ainda no guichê de entrada, onde o coletivo se constituiu e estruturou o agir em competência frente ao risco e, desta forma, configurou um modo de oferecer o cuidado e estabelecer a clínica a um paciente em crise trazido pelo SAMU e escoltado pela polícia. Como observado por meio do fragmento de crônica, exposto a seguir:

[...] Os técnicos de enfermagem estavam no CAC numa discussão coletiva com o médico de plantão a respeito do quantitativo de vagas nas enfermarias. O setor de urgência já estava lotado, com dois leitos-chão. O técnico Dair escuta uma sirene tocando e observa, pela janela, a chegada de duas viaturas: um SAMU e um carro de polícia. Olham entre eles e sem nenhum diálogo, a técnica Regina caminha em direção aos pacientes do CAC, o técnico Dair e o médico

se dirigem ao guichê de entrada onde o porteiro já colhia as primeiras informações e repassava para a funcionária do guichê. Trazem um único paciente, escoltado. Em poucos segundos o porteiro repassa o caso para a funcionária que é informada de que se tratava de um morador de rua, drogado, em crise e que estava tentando escalar os arcos do viaduto de Santa Tereza. Informa também que o paciente não tem documento e que está muito agitado. No mesmo instante o médico pede para conter o paciente. Chega ao local a técnica Regina, que se aproxima, colhe informações do SAMU e polícia e conversa com o paciente. Dialoga com o Dair e resolvem não conter o paciente. Conversa com o paciente, dá a mão a ele e o direciona ao banho. No caminho comenta com os técnicos e o médico sobre o paciente, o histórico dele na instituição. Pede ao técnico Gil para ir na recepção, após citar o nome do paciente (que desde o início já o chamava pelo nome), para que a funcionária localizasse o prontuário. Na porta do banheiro afere pressão arterial e glicemia (o técnico Felipe trouxe os instrumentos para ela). Faz diversas observações durante o banho, como o estado geral e se o paciente portava algum instrumento ou droga. Verbaliza: *"Esse caso é antigo. Velho paciente nosso. Caso de uso de drogas e das pesadas. Não adianta deixá-lo solto, não conseguimos vinculá-lo ao CAPS. Está doente. A doença é de família, de estrutura social. O biológico é o que manifesta e choca. Imagina o sofrimento dele já com toda esta situação. Precisa é de carinho, está pedindo ajuda! É justo impor mais violência aqui ainda? Sinto-me arrasada cada vez que vejo um caso desse retornar"*. Termina o banho, oferece o alimento e leva o paciente para avaliação psiquiátrica [...].

Esses debates e negociações, mesmo quando a decisão é individual, são sempre coletivos. Se a gestão do trabalho envolve a gestão de múltiplas gestões, vale aqui ressaltar que não há igualdade de condições nesse debate e negociação de eficácias. As relações de poder-saber estabelecidas influenciam diretamente as decisões em um campo de disputa acirrado. O técnico de enfermagem compartilha o seu saber com o coletivo, antecipa, gere os riscos e a assistência, discute, opina, confronta, porém, a decisão final e as condutas a serem assumidas cabem ao médico.

Estes modos de organização dos serviços e das equipes de saúde mental, ainda fortemente centradas na figura do médico, foi também revelado no estudo de Ramminger & Brito (2011) em um Caps do interior do Rio de Janeiro. Segundo as autoras, o médico (no serviço substitutivo citado) ocupa papel central, cuja função a ele demandada é da medicalização, realizando muitas vezes, "*altas administrativas*" (sem caráter terapêutico, mas essencialmente punitivas), com julgamentos morais travestidos de argumentação clínica, com a impossibilidade de atendimento às crises (surto), encaminhamentos sumários para internação e a "*docilização*" pelo encarceramento químico. Outros estudos (SZNELWAR, 2008; SILVA; 2010; ALMEIDA, 2012) também revelam quadro parecido.

Em certo sentido, pode-se dizer que qualquer ação organizada obriga os operadores a desenvolver o potencial de gestão das competências, ou seja, perceber e traduzir os elementos da situação - competências de tradução da ação em curso – e fazer emergir os saberes para a ação/reação.

As competências permitem desenvolver e utilizar estratégias de exploração dos conhecimentos ou dos recursos cognitivos e sociais para uma determinada ação. Esta exploração consiste em preparar a ação, ou seja, combinar os conhecimentos adquiridos, selecionar e orientar a ação (planejamento, distribuição, realização, controle), bem como, combinar conhecimentos derivados da experiência passada com expectativas racionais sobre eventos futuros (TERSSAC, 2001). *Tais arbitragens atestam que se trata de seres vivos humanos agindo em meios afetados por múltiplas [micro] variabilidades* (CUNHA, 2007, p. 2).

Na dinâmica coletiva do trabalho, a partir da entrada do paciente no fluxo hospitalar, as competências de explicitação, de intervenção e de avaliação (TERSSAC, 2001) dos técnicos associadas às competências da equipe técnica especializada são recursos fundamentais para avaliação do risco de violência e definição de estratégias de abordagem diante da iminência do risco.

O risco neste contexto seria a réplica lógica de uma dupla impossibilidade ligada à natureza da atividade humana quaisquer que sejam a forma e a organização histórica que ela assume: impossibilidade de neutralização das singularidades nas

atividades humanas e de antecipação total dos elementos constitutivos do processo da atividade (NOURODINE, 2004). É nesse sentido que as atividades humanas são lugar de engajamento daqueles que são seus autores.

As práticas do cuidado e a instrumentalidade estabelecida no CAC se estruturam a partir dos conflitos de normas originados entre a Psiquiatria e a Saúde Mental e que atravessam a prática cotidiana do contexto analisado. Os pressupostos da Reforma Psiquiátrica estão ali enraizados, o que se percebe nas verbalizações dos sujeitos, ao sempre trazer à tona a questão da vinculação à rede, à territorialização e o suporte social. Como verbalizado por um técnico de enfermagem: *"se tivéssemos uma rede que desse suporte a estes pacientes daqui ficaria mais fácil. São pacientes que ninguém quer. O próprio CAPS encaminha os pacientes deles para nós. Estamos no fim da linha. Se não resolvermos... Este tipo de paciente está solto no sistema"*. (Técnico de Enfermagem 12 - CAC).

Revelam também as lacunas instrumentais verificadas. Como dito: *"No interior faltam CAPS. Em BH também. Se deixarmos, todos encaminham os pacientes para cá. Não damos conta. Alguns pacientes nem sabemos como lidar com eles. Aprendemos fazendo, apanhando, sofrendo. Sofrendo também por vê-los sofrer"*. (Técnico de Enfermagem 7 - CAC).

Angústia também gerada em função do novo, do imprevisto e do risco associado à mudança no perfil dos pacientes. Como verbalizado por um técnico de enfermagem: *"Temos cumprido um papel que não é nosso. Bandido com a justificativa de doido não é aqui"*. (Técnico de Enfermagem 3 - CAC).

E as estratégias construídas: *"Você vai vendo o que o cara quer. Tenta levar na conversa mesmo para não ter que pegar. Se nós não anteciparmos, evitar que o paciente agite, somos agredidos"*. (Técnico de Enfermagem 1 - CAC).

A instrumentalidade utilizada nas dimensões do cuidado revela a clínica baseada na psiquiatria tradicional e uso de meios de contenção distintos. Como desvelado nas crônicas da atividade, caso de contenção psíquica:

O paciente João levanta agitado e se aproxima do posto de enfermagem - carregando travesseiro e cobertor – e pergunta à técnica Regina se ele está de alta. Ela diz que não e o paciente se exalta, dizendo: *“que desgraça! Eu estou quieto e me chamam!”*. **A técnica Regina se impõe, exige respeito ao paciente e ordena que ele volte para o leito.** O paciente obedece, volta para o leito e verbaliza em voz alta à distância: *“eu não estou nem aí se estou no hospital. Vou dar porrada. Vem interromper o meu sono”*. Regina, que estava mexendo no computador (inserindo dados dos pacientes no sistema SIGH), continua o que estava fazendo, sem dar importância à fala do paciente - ao mesmo tempo que passa orientações ao Fernando que está assumindo o plantão.

Em função da intensificação do trabalho observa-se empobrecimento da clínica e uma alta rotatividade de pacientes. Como verbalizado por um técnico de enfermagem:

*sexta-feira fizemos milagre aqui! **Tinham doze pacientes, com seis leitos chão.** Este paciente que você está vendo a confusão é porque nós tivemos que **interná-lo para abrir vaga aqui.** Nós é que fomos rápido porque o diretor já tinha reservado três vagas lá (enfermaria) (Técnico de Enfermagem 6 - CAC).*

No contexto analisado observa-se uma clínica em que os profissionais estão cotidianamente confrontados com limites: por um lado, limite do desejo do próprio paciente (demanda do tratamento - internação involuntária e/ou compulsória) e de outro, a insuficiência de estrutura da rede no sentido de oferecer dispositivos mais eficientes e específicos (a uma população ainda mais específica) para o cuidado, proteção e maior articulação entre os serviços. A precariedade da rede engendra e potencializa um sofrimento/penosidade que já é inerente aos limites da própria clínica.

À medida que o trabalhador adquire experiência, desenvolve também estratégias individuais e coletivas para o gerenciamento das situações cotidianas de trabalho, a *familiaridade* (SATO, 1993) - processo gradativo de aproximação com o trabalho mediante a construção de um saber que permite antecipar e gerenciar as variabilidades próprias da clínica e, de certo modo, favorecer o controle do risco de violência e do sofrimento.

O trabalhador dispor de poder para organizar e cumprir as tarefas da clínica com relativa autonomia tende a favorecer o desenvolvimento de estratégias de regulação, mesmo que a ação seja sobre um objeto no qual não se tenha muito controle. A

familiaridade com a situação contribuía para o controle e a diminuição do sofrimento inicial, porém, ao custo da banalização do próprio sofrimento - situações sobre as quais o poder para interferir era restrito ou inexistente e o trabalhador obrigado a suportar, tolerar e submeter-se às condições de trabalho insatisfatórias.

Como verbalizado por um técnico de enfermagem do CAC, a respeito da importância do coletivo e a experiência necessária para o estabelecimento da clínica naquele setor :

Eles somam, somam muito. E quando é necessário vir funcionário de outras unidades para atuar no CAC por falta de profissional, porque aconteceu alguma coisa, teve que sair, teve que ir ao médico, você sente drasticamente o serviço ficando mais complicado. Porque a pessoa não tem experiência, não tem! Não é que eles não têm dinamismo, mas é que o dinamismo do CAC é diferente. Você já sabe assim, o paciente chegou, um já começa a aferir sinais vitais, outro já o encaminha para o banho. Este que encaminha para o banho já vai pegando os pertences dele e separando; outro já vai fazendo admissão dele no computador. Tem que ser uma coisa assim, ágil! Porque se você enfermeiro pega para fazer tudo sozinho e chega outro paciente, e aí? Aí vai ficar tumultuado, você não pode deixar ele tumultuar o serviço. (Técnico de Enfermagem 4 - CAC).

E, em relação ao risco de violência, verbaliza:

Eu acho que quando nós chegamos aqui de manhã, a gente tem que dar uma freada. Você já chega esperando ser tudo imprevisível, violento, que vai ser agredido. Aí com o tempo, que não está acontecendo isso, estas demandas, você começa a se frear um pouco mais, você já chega com uma certa agitação para entrar naquele clima ali com o CAC. A violência é intensa. O coletivo tem que aparecer. Você está sempre em demanda, em alerta. Quando tá tudo tranquilo, você tem que ir se freando, mas não quer dizer que essa imprevisibilidade não aconteça, isso aí já está presente em você. A qualquer momento, o interruptor vai ser aceso e essa demanda de todos os profissionais vai ocorrer. Essa roda, né? Vai começar a funcionar e é como se fosse uma roda de dentes, tudo vai ter que ser encaixado ali, e todos já sabem o seu lugar neste momento. (Técnico de Enfermagem 7 - CAC).

Ao ser questionado o que significava "ir se freando", revelou: *"ir se freando não é ficar parado. É estar alerta, vigilante, fazendo as antecipações para suportar os problemas. É ter um olhar sobre o todo. É entender a fala do parceiro sem ele falar. É saber a equipe que irá atuar. Se a equipe médica é parceira ou impositiva. É fazer"*.

Para o diagnóstico deste contexto foi necessário uma postura de rigor e humildade para valorizar o saber dos trabalhadores sobre a sua própria atividade e, ao mesmo tempo, colocá-lo para dialogar com os saberes instituídos, o que de certa forma, fez emergir *"o que se faz e não pode ser dito. O que é dito que deve ser feito não pode fazer-se"* (LHUILIER, 2012, p.29).

A construção de competências e sua atualização é uma necessidade fundamental de gestão de riscos de violência neste contexto. As soluções possíveis das disfunções locais, do risco de violência não estão no aumento da regulamentação e de meios de proteção local (necessários muitas vezes para certos tipos de risco), mas na definição de formas organizacionais que façam emergir a capacidade de gestão dos protagonistas do trabalho no curso da atividade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação da política de Reforma Psiquiátrica trouxe mudanças estruturais e instrumentais que impactou na assistência e nas clínicas estabelecidas nos diversos equipamentos da rede, inclusive no hospital psiquiátrico. Neste estudo foi verificada uma distância entre a organização da assistência psiquiátrica e a real estrutura e organização do sistema.

O modelo de Reforma se apresenta bastante vulnerável na atual conjuntura política brasileira. Os questionamentos se referem à configuração da rede assistencial - insuficiência de serviços específicos para tratamento de usuários de álcool e drogas e a redução de leitos psiquiátricos - para alguns com risco de desassistência. Há grande resistência dos serviços e dos profissionais que se queixam de que os toxicômanos perturbam a ordem das unidades básicas de saúde, dos serviços substitutivos, dos hospitais psiquiátricos e demais serviços de saúde mental, precipitando encaminhamentos para serviços especializados, o que de certa forma, configura-se numa *"reinvenção do velho no novo"*. Há um grupo de pacientes que ninguém quer (internação involuntária/compulsória) e, desta forma, ao hospital é demandada esta assistência.

Desse modo, justamente por se tratar de um processo, embora tenham sido identificados grandes avanços, grandes desafios ainda precisam ser enfrentados para a concretização do novo modelo. Os embates e debates estabelecidos entre Redução de Danos x Proibicionismo, Saúde Mental x Psiquiatria, Clínica Ampliada x Modelo Biomédico que aparecem no nível macro, atravessam as práticas e desencadeiam dramáticas nas atividades de trabalho.

A contradição aí se instala: a política que nega a existência do hospital psiquiátrico e propõe a sua substituição é a mesma política que reforça o papel desses hospitais. O hospital é convocado a ocupar um espaço social e assistencial em razão de lacunas instrumentais existentes na configuração da rede de saúde mental.

Diante disso, surge novamente a questão colocada na introdução deste texto e que será retomada aqui: a clínica preconizada pelos Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS) tem dado conta da diversidade dos pacientes? Será que os pacientes que têm chegado aos hospitais psiquiátricos não são aqueles que não têm sido assistidos pela rede substitutiva em razão da complexidade da assistência e do risco de agressão? Os pacientes de internação involuntária têm sido acolhidos pelos CAPS? A desmontagem do sistema não tem sido muita rápida, levando à desassistência?

Não há uma resposta direta e única para estes questionamentos. A questão é extremamente complexa. A grande maioria dos pacientes que demandam assistência no hospital psiquiátrico chegam em crise e com risco potencial de violência para si e para outros. A clínica preconizada pelos CAPS cumpre o seu papel, porém, há uma especificidade de pacientes que tem demandado uma clínica específica (mesmo que seja no período de crise). O paciente de internação involuntária é de difícil controle e exige uma instrumentalidade diferenciada.

A abordagem do risco verificada no contexto analisado se restringia aos riscos profissionais. A relação entre o risco e a atividade humana não permite restringir-se a uma abordagem que objetiva o risco. Há no trabalho uma *dimensão enigmática*. Os riscos no trabalho são riscos locais realmente corridos, relacionados às negociações das pessoas e dos coletivos com as "condições de trabalho", sempre mais ou menos retrabalhadas.

No CAC e, conseqüentemente, no hospital analisado, observou-se por um lado, uma hipertrofia de normas, inclusive de segurança definidas antes da atividade e, por outro, saberes-fazer construídos e instituídos quase na clandestinidade no decorrer das atividades: a infração se colocava ali como condição necessária para a produção do saber-fazer de prudência, útil para a eficácia e saúde no trabalho.

A instrumentalidade utilizada nas dimensões do cuidado, estabelecidas no CAC, reforça a abordagem utilizada diante do risco potencial. A ampliação dos campos de possibilidade de gestão do risco de violência depende das condições organizacionais para atualização das competências do coletivo onde os técnicos de enfermagem ocupam função fundamental. Para tanto, a valorização do trabalho desses técnicos, o que envolve a adequação do efetivo, a estabilidade dos vínculos,

a equidade da carga horária de trabalho e da remuneração do conjunto dos técnicos são procedimentos essenciais.

A Análise Ergonômica do Trabalho foi de fundamental importância para a propedêutica da situação de trabalho analisada e fez emergir a atividade (os constrangimentos e suas (im) possibilidades de gestão, principalmente o risco de violência, na assistência ao paciente dito difícil), revelar as estratégias até então construídas, mesmo precárias e incipientes, mas momentaneamente capazes de produzir saúde, produtividade/qualidade e gerir a segurança (a que custo!).

A Ergologia favoreceu o aprofundamento epistemológico, revelando as dramáticas e os valores circulantes envolvidos nas tomadas de decisão analisadas. As renormalizações demonstradas em diversas situações não se tratavam somente de tentativas de gestão das variabilidades. Havia ali debate de normas e valores que atravessavam o cotidiano de trabalho, os quais provinham ao mesmo tempo dos trabalhadores e das construções sociais que marcaram a estruturação das situações de trabalho. Nas renormalizações como possibilidade concreta de gestão da saúde, segurança (risco de violência contra si e terceiros) e qualidade da assistência, associavam-se os valores pessoais, retrabalhando aqueles provenientes da reforma psiquiátrica e dos modelos de atenção à saúde ofertados no país. Dessa forma, conhecer melhor a relação de cada um com o trabalho e com os valores nos permite impregnar da ideia de que quando vemos alguém trabalhar, é necessário tentar reconstruir em parte as dramáticas do uso de si.

Esta abordagem ascendente do risco, utilizada neste estudo, com a metodologia então adotada que fez aflorar a atividade, é um caminho a ser seguido! Em relação às normas, a segurança pode ser produzida a partir da produção de normas localizadas que considerem as características da singularidade das situações de trabalho, diminuindo a distância entre o prescrito e o real, evoluindo permanentemente as regras a partir das ressignificações feitas e validadas na prática, mesmo sabendo que a norma já nasce **DEFASADA**.

A população trabalhadora analisada no estudo não é vítima e nem algoz do sistema, ou seja, a ação estabelecida se regulava dentro de um horizonte possível. Numa

necessidade de se buscar permanentemente renormalizar as 'restrições' produtivas, em função desta pressão sobre os valores, redesenhava a forma de trabalhar e, portanto, em parte, também a natureza dos riscos: sem se desconectar dos riscos profissionais, renovava os seus contornos.

O estudo não tem a pretensão de trazer elementos para fomentar a contra-reforma. Ao contrário, objetiva-se pela análise da atividade revelar os conflitos de normas que permeiam o agir de cada um destes "*autores sociais*" nestes debates da sociedade - atravessados pelos níveis macroscópicos e microscópicos da vida social - desde o nível mais local ao mais geral do viver juntos. Neste debate de normas, local e geral, os valores tomam forma e sentido e, assim, direcionam as práticas assistenciais.

A reforma psiquiátrica é importante e necessária e o presente estudo traz contribuições para o desenvolvimento de políticas, dispositivos e estratégias que permitam tanto melhorar a atenção à saúde dos usuários quanto as condições de trabalho para os trabalhadores, considerando as variabilidades enfrentadas no cotidiano de trabalho. Não há como universalizar os dados deste estudo, mas abre-se a possibilidade de confrontar os dados com outros contextos de trabalho submetidos às condições parecidas de risco, especialmente o risco de violência tão comum hoje no setor de serviços.

Os resultados aqui apresentados precisam ser confrontados com outras pesquisas realizadas nos diversos equipamentos da rede de saúde mental e com foco nos outros profissionais, como o médico, por exemplo. O trabalho em campo teve como perspectiva *compreender para tentar transformar* – tanto a assistência quanto o perfil de risco que esta população está exposta por meio da confrontação dos saberes especialistas e dos imanentes da atividade (investidos por quem trabalha e atualizados no dia a dia de trabalho).

REFERÊNCIAS

- ABOU-YD, M.N. (org.) *Hospitais psiquiátricos: saídas para o fim*. Seminário FHEMIG, 2002.
- ACIK, Y. *et al. Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey*. *Occupational Medicine*, n.58, 361-366, 2008.
- ALMEIDA, D. T. *Análise do trabalho de uma equipe multiprofissional em um centro psicossocial álcool e drogas* [manuscrito]. Dissertação (mestrado em Engenharia de Produção) - DEP/Universidade Federal de Minas Gerais. 207 p. 2012.
- ALVES, M.; GOGOY, S. C.; SANTANA, D. M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(2), p. 195-200, mar-abr, 2006.
- ALVES, W. F. ; CUNHA, D. . Da atividade humana entre Paideia e Politeia: saberes, valores e trabalho docente. In: *34ª Reunião Anual da Anped*, 2011, Natal. Educação e Justiça Social - 34ª Reunião Anual da Anped, 2011.
- AMALBERTI, R. *La conduite de systèmes à risques*. Paris, PUF,1996.
- AMALBERTI, R. Le modele de compétence. In: LEPLAT, J.; MONTMOLLIN, M. (orgs). *Les compétences en ergonomie* (pp 89-94).Toulouse, France: Octarès Éditions, 2001.
- AMARANTE, P. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: M. KALIL (Org.), *Saúde Mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde* (pp. 103-109). São Paulo/Salvador: Editora Hucitec/ Cooperação Italiana em Saúde, 1992.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública*, 11(3), 491-494, 1995.
- AMARANTE, P. (Coord). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- ANDERSON, L.; FITZGERALD, M.; LUCK, L. An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2520-2530, 2010.
- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.
- ARAÚJO, T.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 424-33, 2003.
- AREOSA, J. *O risco no âmbito da teoria social*. Anais do VI Congresso Português de Sociologia. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2008.

AREOSA, J. *A importância das percepções de riscos dos trabalhadores*. International Journal on Working Conditions, Institute of Sociology/University of Porto, n.3, p.55- 64, 2012.

ATAN, S. *et al. Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, n.20, 882-889, 2013.

ARMSTRONG, F. Keeping nurses safe: an industry perspective. *Contemporary Nurse* 21, 209–211, 2006.

ASSUNÇÃO, A. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.; PENA, P. (orgs). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2011.

AWA, W.; PLAUMANN, M.; WALTER, U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Education and Counselling*, 78(2), 184–190, 2010.

BARROS; M.; MORI, M.; BASTOS, S. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: o dispositivo “Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST”. In: SANTOS-FILHO, S.; BARROS, M. (orgs). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismos dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

BAUMAN, Z. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BAUMAN, Z. *Vida Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

BENCHEKROUN, T.H. Les espaces de coopération proxémique. In: BENCHEKROUN, T.H.; WEILL-FASSINA, A. (Orgs), *Le travail collectif: Perspectives actuelles en ergonomie* (pp 19-34). Toulouse, France: Octarès Éditions, 2000.

BERNFELD, G. *L'hôpital et son avenir: l'université de tous les savoir*. Paris: Odile Jacob, 2000.

BOURRIER, M.; BIEDER, C. *Trapping Safety into Rules*. How Desirable or Avoidable is Proceduralization? Ashgate Publishing Limited, Farnham, 302p, 2013.

BOYÉ, M.; ROBERT, G. *Gérer les compétences dans les services publics*. Paris: Les Éditions d'Organisation, 1994.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*, Brasília, 1987.

BRASIL. *Lei 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília/DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria/GM n.336, de 19 de fevereiro de 2002*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*, Brasília, 2004.

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

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Indicadores de Gestão em Trabalho em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Manual de apoio para Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão de Trabalho e Educação no SUS – ProgeSUS).

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego/MTE. *Guia de análise Acidentes de Trabalho*. Brasília/DF, 2010. Disponível em <<http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812D8C0D42012D94E6D33776D7/Guia%20AT%20pdf%20para%20internet.pdf>>. Acesso em 02 ago. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 10, Ano VII, nº 10, março de 2012b*. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em <www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em 02 ago. 2012.

BRITO, J. E. Reflexões epistemológicas sobre a ergologia. In: Reunião anual da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação, 29, 2006, Caxambu. *Anais...* Rio de Janeiro: ANPED, 2006. CD-Rom.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

CANGUILHEM, G. Meios e Normas do homem no trabalho. In: *Revista Pro-posições*, v. 12 (35-36), jul-nov, 2001.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital*. 3ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 14(1), p. 61-69, jan-fev, 2006.

CATLETTE M. A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers [sic]. *Journal of Emergency Nursing* 31, 519–525, 2005.

CERF, M.; VALLÉRY, G.; BOUCHEIX, J. As atividades de serviço: desafios e desenvolvimentos. In: FALZON, P (Org.). *Ergonomia*. Ed. Blucher, 2007.

CEZAR-VAZ, M. *et al.* Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no sul do Brasil. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. v.17, n.6, 2009.

CHAPMAN, R. *et al.* Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary setting. *Journal of Clinical Nursing*, n.19, 479-488, 2010.

CHEN, W.; HWU, H.; KUNG, S.; CHIU, H.; WANG, J. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal of Occupational Health*, 50: 288-293, 2008.

COELHO, V. *et al.* Análise descritiva das hipóteses diagnósticas dos pacientes atendidos na emergência do Instituto Raul Soares, 2002-2011. *Revista Médica de Minas Gerais*, v.22, s.2, maio, 2012 a.

COELHO, V. *et al.* Análise descritiva dos tipos de atendimentos realizados no Instituto Raul Soares segundo o tempo de permanência na instituição, 2002-2011. *Revista Médica de Minas Gerais*, v.22, s.2, maio, 2012 b.

COELHO, V. *et al.* Descrição do perfil dos pacientes atendidos no Instituto Raul Soares no setor de emergência psiquiátrica no período de 2002 a 2011 quanto às variáveis sexo e idade. *Revista Médica de Minas Gerais*, v.22, s.2, maio, 2012 c.

COELHO, V. *et al.* Procedência da clientela atendida no serviço de emergência psiquiátrica do Instituto Raul Soares nos anos de 2002 a 2011. *Revista Médica de Minas Gerais*, v.22, s.2, maio, 2012 d.

COOMBER, S. *et al.* Stress in UK intensive care unit doctors. *British Journal of Anaesthesia*, 89(6): 873-881, 2002.

CORDEIRO, R. Suggestion of an inverse relationship between perception of occupational risks and work-related injuries. *Cadernos de Saúde Pública*, n.18, p. 45-54, 2002.

CRU, D.; BERTHET, M. Avec des évolutions de la prescription, comment se transforme le travail et comment enrichir nos démarches et instruments d'analyse? In: Congrès de La SELF, 37., Les Évolutions de la prescription. Actes...Aix-en-Provence: Greact, 2002, p.106-119.

CUNHA, D. M. Notas conceituais sobre atividade e corpo-si na abordagem ergológica do trabalho. In: 30ª Reunião anual da ANPED, 2007, Caxambu. Anped: 30 anos de pesquisa e compromisso social, 2007.

CUNHA, D. M. (org.). *Trabalho: minas de saberes e valores*. Belo Horizonte: NETE/FAE/UFMG, 2007. 279p. (kit Conexões de Saberes sobre Trabalho).

CUNHA, D. M. (Coord.) *Conexões de Saberes sobre Trabalho: Saúde e Segurança na Mineração*. Projeto de pesquisa. UFMG, 2010.

DANIELLOU, F. Introdução. Questões epidemiológicas acerca da Ergonomia. In: DANIELLOU, F. *A Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgar Blücher, 2004, p. 1-18.

DAVID, H. *et al.* Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Abr-Jun; 18(2): 206-14, 2009

DEANS, C. Nurses and occupational violence: the role of organizational support in moderating professional competence. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, v.22, n.2, 14-18, 2004.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5.ed. São Paulo, Cortez, 1992.

DELANEY, K.; CARLSON-SABELLI, L.; SHEPHARD, R.; RIDGE, A. Competency based to create the 21st century mental health workforce: strides, stumbles, and solutions. *Archives of Psychiatric Nursing*, v. 25, n.4, 225-334, 2011

DEMEROUTI, E. *et al.* A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2): 454-464, 2000.

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. O trabalho na saúde – 1998-2008. *Boletim Trabalho na Saúde*: n.1, dez, 2009.

DIMITRI, L.; FIGÀ TALAMANCA, I.; SALERNO, S. *Hospital as a factory: Working and environmental risks: a need for a integrated approach*. In: Proceedings of the International Conference Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety. London: Taylor & Francis, p. 347-50, 2005.

DOLAN, M.; DOYLE, M. *Violence risk prediction*. Clinical and actuarial measures and the role of the psychopathy checklist. *Br J Psychiatry* 177:303-11, 2000.

DURAFFOURG, Jacques. Um robô, o trabalho e os queijos: algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho. In: *Emprego e desenvolvimento tecnológico – Brasil e contexto internacional*. São Paulo: DIEESE, 1998.

DURAFFOURG, J. *Santé au travail, santé du travail: les assises de la prevention*, 2003.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 47-67, 2011.

ECHTERNACHT, E. ; OLIVEIRA, C. *O Hospital e o Pessoal: Um estudo de caso sobre a produção de lesões por esforços repetitivos na lida com a organização temporal hospitalar*. *Ação Ergonômica*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 79-90, 2000

ECHTERNACHT, E. Atividade humana e gestão da saúde no trabalho: elementos para reflexão a partir da abordagem ergológica. *Laboreal*, v.4, n.1, p. 46-55, 2008.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. *A relação entre trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola*. Revista Latino-americana de enfermagem, 14(4), 517-25, julho, 2006.

ESCOREL, S. Revirada na saúde. *Tema/Radis*. Rio de Janeiro, 11:57, 1988.

ESCOUPELOUP, J.; MARTIN, C.; BARTHELOT, F.; DANIELLOU, F. Deux ou trois choses sur l'hôpital...qui peuvent faire gagner du temps aux ergonomes. *Performances Humaines et Techniques*, Toulouse, n.85, 1996.

FALZON, P (Org.). *Ergonomia*. Ed. Blucher, 2007. 640 p.

FALZON, P.; LAPEYRIÈRE, S. L'usager et l'opérateur: ergonomie et relations de service. *Le travail Humain*, Paris, v. 61, n.1, 1998.

FARRELL, G.; BOBROWSKI, C.; BOBROWSKI, P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*: 55, 778–787, 2006.

FERNANDES, C. *et al.* Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *Canadian Medical Association Journal* 161, 1245–1248, 1999.

FERNANDES, J. D. *et al.* Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 10(2), p. 199-206, mar-abr, 2002.

FERNS, T. Violence in the accident and emergency department– an international perspective. *Accident and Emergency Nursing* 13,180–185, 2005.

FERREIRA, A. *Novo Aurélio Século XXI: dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FHEMIG - *Fundação Hospitalar de Minas Gerais*. Dados internos, abril, 2012.

FHEMIG - *Fundação Hospitalar de Minas Gerais*. *Estudo de Custos pelo método ABC – Activity Based Costing*. Instituto Raul Soares/IRS, 2011.

FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (orgs). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

FOLEY, M. Caring for those who care: a tribute to nurses and their safety. *Online Journal of Issues in Nursing* 9, Manuscript 1, 2004.

FONTANA, R.; LAUTERT, L. *A situação de trabalho da enfermagem e os riscos ocupacionais na perspectiva da ergologia*. Revista Latino-americana de Enfermagem. v.21, n.6, 1306-1313, 2013.

FORNÉS, J.; CARDOSO, M.; CASTELLÓ, J. A.; GILI, M. Psychological harassment in the nursing workplace: an observational study. *Archives of Psychiatric Nursing*, v. 25, n. 3, 185-194, 2011.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRANZ, S.; ZEH, A.; SCHABLON, A.; KUHNERT, S.; NIENHAUS, A. Agression and violence against health care workers in Germany – a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*, 10:51, 2010.

GADREY, J.; ZARIFIAN, P. *L'urgence d'un modèle du service: enjeux et réalités*. Paris: Liaisons, 2002.

GATES DM, ROSS CS & MCQUEEN L. Violence against emergency department workers. *Journal of Emergency Medicine* 31, 331–337, 2006.

GERBERICH, S. *et al.* An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*: 61, 495–503, 2004.

GIDDENS, A. *Sociologia*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIL-MONTE, P. Riesgos Psicosociales En El Trabajo Y Salud Ocupacional. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*: 29(2): 237-41, 2012.

GOETSCH, D. *Occupational Safety and Health for Technologists, Engineers, and Managers*. Prentice Hall, 2007.

GOFFMAN, E. *Asiles: étude sur La condition sociale des malade mentaux*. Paris: Minuit, 1968.

GOMES, J.O.; VIDAL, M.C.; BENCHEKROUN, T.H. A terceirização em um hospital de grande porte sob a ótica da Ergonomia de sistemas complexos: contribuições teóricas e metodológicas para uma macroergonomia situada de organizações em rede. *Ação Ergonômica*. v. 1, n. 1, p.11–36, 2000.

GONDIM, G. *Do Conceito de Risco ao da Prevenção: entre determinismos e incertezas*. In: O território e o processo saúde-doença. Educação Profissional e Docência em Saúde. A formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Fiocruz, 2008.

GOULART, M. S. B. A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 1, n. 1, São João del-Rei, jun. 2006.

GOULART, M. S. B. *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GOULART, M. S. B.; DURAES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicol. Soc.* [online]. v. 22, n.1, pp. 112-120, 2010.

GROSJEAN, M.; LACOSTE, M. *Communication et intelligence collective: Le travail à L'hôpital*. Paris, France: PUF, 1999.

GUÉRIN, FRANÇOIS *et. al.* *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: USP, Fundação Vanzolini, Edgard Blücher, 2005.

GUERRA, J. *Loucos por você: a participação dos usuários e familiares na luta pela desinstitucionalização*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFMG. Belo Horizonte, 2005.

HAHN, S. *et al.* *Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospital in Switzerland: a cross-sectional survey*. *Journal of Clinical Nursing*, n.19, 3535-3546, 2010.

HENNINGTON, E. Entre o criativo e o precário: reflexões sobre constrangimentos e possibilidades do trabalhador da saúde em tempos líquidos. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.; PENA, P. (orgs). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2011.

HUBAULT, F. Do que a ergonomia pode fazer a análise? In: DANIELLOU, F. *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgar Blücher, 2004.

ILO. International Labour Office/ International Council of Nurses/ World Health Organization/ Public Services (ILO/ICN/WHO/PS). *International Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. International Labour Office, Geneva, 2002.

KESER-OZCAN, N.; BILGIN, H. *Violence towards healthcare workers in Turkey: a systematic review*. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, n.31, 1442-1456, 2011.

LANCMAN, S. (org). *Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental*. Brasília: Paralelo 15, 2008.

LAU, J.; MAGAREY, J. Review of research methods used to investigate violence in the emergency department. *Accident and Emergency Nursing* 14, 111–116, 2006.

LEPLAT, J.; MONTMOLLIN, M. (orgs), *Les compétences en ergonomie*. France: Octarès Éditions, 2001.

LEPLAT, J. *Questions autour de la notion de risque*. In: KOUABENAN, D.R.; DUBOIS, M. *Les risques professionnels: evolutions des approches, nouvelles perspectives*. Toulouse: Octarès, 2003.

LHUILIER, D. A invisibilidade do trabalho real e a opacidade das relações saúde-trabalho. *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, v.21, n.1, p.13-38, jan./abr.2012.

LOBOSQUE, A. M. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*: v. 10, n. 20, jul-dez, 2006.

MACIEL, E.; TELLES, F. *Ensaio sobre a relação epistemológica entre probabilidade e método científico*. Cadernos de Saúde Pública, 16 (2): 487-497, 2000.

MADINE, K.; SMITH, B. WorkForce and your workforce. *Emergency Nurse* 13, 10–11, 2005.

MAGGI, B. Do agir organizacional: um ponto de vista sobre o trabalho, o bem estar, a aprendizagem. São Paulo: *Edgard Blucher*, 2006.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M .L. Revisando os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. Fortaleza, v.9, n.1. p.111-119, jan./mar., 2008.

MASLACH, C. Burnout: A multidimensional perspective. In: SCHAUFELI, W.; MASLACH, C.; MAREK, T. (orgs.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp.19–32). Washington, DC: Taylor & Francis, 1993.

MASLACH, C.; JACKSON, S.; LEITER, M. Maslach burnout inventory manual. Palo Alto, California: *Consulting Psychologists Press*, 1996.

MARTIN, C.; GADBOIS, C. *A ergonomia no hospital*. In: FALZON, P. (org.). Ergonomia. São Paulo: Ed. Blucher, 2007.

MARTINS, J.; ROBAZZI, M.; BOBROFF, M. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. *Rev Esc Enferm USP*; 44(4):1107-1, 2010.

MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. São Paulo: Bertrand Brasil: DIFEL, Livro 1, 1987.

MAZEAU, M. Acquisition, maintien et développement des compétences. In: LEPLAT, J.; MONTMOLLIN, M.(Orgs), *Les compétences en ergonomie* (pp 89-94).Toulouse, France: Octarès Éditions, 2001.

MAZET, C.; GUILLERMAIN, H. Concepts de base. In: AMALBERTI, R.; MOSNERON-DUPIN, F. *Facteurs humains et fiabilité*. Toulouse: Octares, 1997.

MCPHAUL, K.; LIPSCOMB, J. Workplace violence in health care: recognised but not regulated. *Online Journal of Issues in Nursing* 9, Manuscript 6, 2004.

MEIRELLES, D. O conceito de serviço. *Revista de Economia Política*, v.26, n.1. p. 119-136, 2006.

MELO, H. P.; MARQUES, O. R. B. Serviço e trabalho precário: um olhar sobre o Rio de Janeiro. In: DIEESE; CESIT (Org.). *O trabalho no setor terciário: emprego e desenvolvimento tecnológico*. São Paulo, p. 177-192, 2005.

MELO, E.; ASSUNÇÃO, A.; FERREIRA, R. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (12): 3000-3010, 2007.

MELO, R. A. C. Onde o mal está na civilização? *CliniCAPS*, Vol 4, nº 10 , 2010, p 1-9.

MENDES, D.; SILVA, A.; BARBOSA, C.; LIMA, J.; OLIVEIRA, M.; MATOS, V. *Um olhar sobre a atividade de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem de uma instituição psiquiátrica: em busca de transformações*. Anais do XV Congresso Brasileiro de Ergonomia, Porto Seguro, Bahia, 2008.

MENDES, D. P. ; ECHTERNACHT, E. H. . Gestão do risco de violência em hospitais públicos psiquiátricos e as competências dos técnicos de enfermagem. In: III Congresso Latino-Americano de Ergonomia/XVI Congresso Brasileiro de Ergonomia, 2010, Rio de Janeiro. *Anais...*, 2010.

MENDES, D.; MORAES, G.; MENDES, J. Análise da gestão de risco no trabalho de enfermagem em uma instituição psiquiátrica. *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, v.20, n.1, p.73-84, jan./abr, 2011.

MENDES, E. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. (org.). *Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Ed. Hucitec, São Paulo, 1994.

MERECZ, D. *et al.* Violence at the workplace – a questionnaire survey of nurses. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists* 21, 442–450, 2006.

MERHY, E; CECÍLIO, L.; NOGUEIRA, R. *Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde*. Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. Vol. 1. Brasília, 1992.

MERHY, E.; MALTA, D.; SANTOS, F. *Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão*. In: Freese E, organizador. *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: UFPE; 2004. p. 45-76.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269 p.

MONTMOLLIN, M.; LEPLAT, J. (orgs). *Les competences en ergonomie*. Toulouse, Octarès, 2001.

MORSE, G. *et al.* Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation. *Adm Policy Ment Health*, 39:341–352, 2012.

NOGUEIRA, R. (2007). *O trabalho em Serviços de Saúde*. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Textos_3.pdf>. Acesso em 16 set. 2012.

NOUROUDINE, A. Risco e atividades humanas: acerca da possível positividade aí presente. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (orgs). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

OLIVEIRA, A.; ALESSI, N. Trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Latino-am Enfermagem*, maio-junho; 11(3):333-40, 2003.

OLIVEIRA, B.R.G.de; MUROFUSE, N.T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev. latino-am. enfermagem*. Ribeirão Preto - v. 9 - n. 1 - p. 109-115 - janeiro, 2001.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Estabelecendo um Diálogo sobre Riscos de Campos Eletromagnéticos*. Genebra: OMS, 2002.

ORBAN, E. O serviço é um produto? In: DIEESE; CESIT (Org.). *O trabalho no setor terciário: emprego e desenvolvimento tecnológico*. São Paulo, p. 11-20, 2005.

PAIM, J. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: Rouquayrol & Almeida. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª Edição. MEDSI, Rio de Janeiro, 489 – 503, 1999.

PAPADOPOULOS, G. *et al*. Occupational and public health and safety in a changing work environment: an integrated approach for risk assessment and prevention. *Safety Science*, 48 (8): 943-949, 2010.

PAVARD, B. Apport des théories de La complexité à l'étude des systèmes coopératifs. In: BENCHEKROUN, T.H.; WEILL-FASSINA, A. (Orgs), *Le travail collectif: Perspectives actuelles en ergonomie* (pp 19-34). Toulouse, France: Octarès Éditions, 2000.

PAVARD, B.; DUGDALE, J. *The contribution of complexity theory to the study of social-technical cooperative systems*. COTCOS, 2003.

PEEK-ASA C, CUBBIN L & HUBBELL K. Violent events and security programs in California emergency departments before and after the 1993 Hospital Security Act. *Journal of Emergency Nursing* 28, 420–426, 2002.

PEEK-ASA, C.; CASTEEL, C.; ALLAREDDY, V.; NOCERA, M.; GOLDMACHER, S.; OHAGAN, E.; BLANDO, J.; VALIANTE, D.; GILLEN, M.; HARRISON, R. Workplace violence prevention programs in psychiatric units and facilities. *Archives of Psychiatric Nursing*, v. 23, n. 2, 166-176, 2009.

PENA, P.; MINAYO-GOMEZ, C. Premissas para a compreensão da saúde dos trabalhadores no setor serviço. *Saúde e Sociedade* 19, n. 2, p. 371-385, 2010.

PENA, P. Aspectos conceituais do setor de serviços e a saúde do trabalhador. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.; PENA, P. (orgs). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2011.

PEREIRA, M. F. A participação dos usuários. In: Conselho Federal de Psicologia (org.), *Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

PRONI, M. W.; SILVA, R. A.; OLIVEIRA, H. S. A modernização econômica no setor terciário no Brasil. In: DIEESE; CESIT (Org.). *O trabalho no setor terciário: emprego e desenvolvimento tecnológico*. São Paulo, p. 11-20, 2005.

RABARDEL, P. *et al.* (org.). *Ergonomie, concepts et méthodes*. Toulouse, França: Editions Octarès, 1998.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. Cada Caps é um Caps: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de Saúde Mental. *Psicologia & Sociedade*; 23 (n. spe.), 150-160, 2011.

RAMOS, F. *Em Busca do Modelo Ampliado de Saúde Mental*, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/modeloampliado.pdf>. Acesso em 08 nov. 2011.

ROGALSKI, J.; RABARDEL, P.; JANIN, R. L'identification des dimensions des changements de technologie, d'organisation du travail et d'évolution des compétences. In: LEPLAT, J.; MONTMOLLIN, M. (orgs), *Les compétences en ergonomie* (p. 95-100). Toulouse, France: Octarès Éditions, 2001.

RYAN, D; MAGUIRE, J. Aggression and violence – a problem in Irish Accident and Emergency departments? *Journal of Nursing Management* 14, 106–115, 2006.

SALERNO, S.; DIMITRI, L.; TALAMANCA, I. Occupational risk due to violence in a psychiatric ward. *Journal of occupational health*, 51: 349-354, 2009.

SANTOS-FILHO, S.; BARROS, M. (orgs). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismos dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. 272 p.

SARACENO, B. *Libertando Identidades: Da Reabilitação Psicossocial à cidadania possível*, 2.ed Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 2001.

SATO, L. A. Representação social do trabalho penoso. In: SPINK, M. J. P (org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993, p. 188-211.

SCHWARTZ, Y. (1995). De l'inconfort intellectuel ou: comment penser les activités humaines. In: *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse: Octarès, 2001.

SCHWARTZ, Y. Ergonomie, philosophie et exterritorialité. In: DANIELLOU, F. (Org.). *L'Ergonomie en Quête de ses Principes: débats épistémologiques*. Toulouse: Octarès, p. 141-182, 1996.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. In: *Revista Educação & Sociedade*, n. 65, pp 101-139, 1998.

SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Revista Trabalho e Educação*, jul-dez, n.7, p. 38-46, 2000.

SCHWARTZ, Y. *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse: Octarès Éditions, 2000a.

SCHWARTZ, Y. *Trabalho e uso de si*. Revista Proposições, Campinas (Unicamp), v. 11, p 34-50, jul., 2000b.

SCHWARTZ, Y. "Trabalho e saber", in: *Revista Trabalho e Educação*, Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação, número temático "Processos de Produção e Legitimação de Saberes", jan/jul, vol. 12, n.1, 2003.

SCHWARTZ, Y. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industriosa. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2 (1): 33-55, 2004.

SCHWARTZ, Y. *O enigma do trabalho: riscos ocupacionais e riscos do trabalho*. (mimeo), 2014.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. Trabalho e Ergologia: conversas sobre atividade humana. 1.ed. Niterói: EdUFF, 2010.

SCHWARTZ, Y.; ECHTERNACHT, E.H.O. Le corps-soi dans les milieux de travail: comment se spécifie sa compétence à vivre ? *Corps au travail*, n. 6, Mars/ 2009, p31-37.

SHEN, H. *et al. Occupational stress in nurses in psychiatric institutions in Taiwan*. Journal of Occupational Health, n.47, 218-225, 2005.

SILVA, C. Trabalho e subjetividade no hospital geral. *Rev Psicol, Ciência e Profissão*; 18(2): 26-33, 1998.

SILVA, M. V. O. O Movimento antimanicomial e o Movimento de Usuários. In: Conselho Federal de Psicologia (org.), *Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SILVA, E. R. *A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial: pois é José...* Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

SMITH, D.R.; LEGGAT, P.A.; ARAKI, S. Emerging occupational hazards among health care workers in the new millennium. *Industrial Health*, 45(5): 595-597, 2007.

SOBRINHO, C. *et al.* Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(1): 131-140, 2006.

STIRLING, G.; HIGGINS, J.; COOKE, M.. Violence in A&E departments: a systematic review of the literature. *Accident and Emergency Nursing* 9, 77–85, 2001.

SULZBACHER, E.; FONTANA, R. T. Concepções da equipe de enfermagem sobre a exposição a riscos físicos e químicos no ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.66, n.1., jan./feb., 2013.

SZNELWAR, S. *et al.* Análise Ergonômica do Trabalho: ação ergonômica. In: LANCMAN, S. (org). *Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental*. Brasília: Paralelo 15, 2008.

TELLES, A. L.; ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia-ergologia: discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (orgs). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

TERSSAC, G. Compétences et travail: compétences d'explicitation, d'intervention et d'évaluation. In LEPLAT, J.; MONTMOLLIN, M.(Orgs), *Les compétences en ergonomie* (pp 95-100).Toulouse, France: Octarès Éditions, 2001.

TERSSAC, G.; MAGGI, B. O trabalho e a abordagem Ergonômica. In: DANIELLOU, F. *A Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgar Blücher, 2004, p. 79-104.

TRINQUET, P. Trabalho e Educação: o método ergológico. *Revista HISTEDBR online*, número especial, ago/2010, p. 93-113.

VALIM, M.; MARZIALE, M. Avaliação da exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde. *Texto contexto – enfermagem*. v. 20 , p. 138-146, 2011.

VELTZ, P.; ZARIFIAN, P. Vers de nouveaux modèles d'organisation. *Sociologie du Travail*, Paris, n. 1, p. 3-25, 1993.

VENTURINI, E. Prefácio à primeira edição. In: AMARANTE, P. (org.). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

VIEIRA, M. A. Autoconfrontação e análise da atividade. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (orgs). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

WISNER, A. *Anthropotechnologie, outil ou leurre?* Technologies, Idéologies Pratiques, 5, pp. 28-59, 1984.

ZARIFIAN, P. Le travail et l'événement. Essai sociologique sur le travail industriel à l'époque actuelle. Paris: *Harmattan*, 1995.

ZARIFIAN, P. *Objectif compétence*. Paris: Liaisons, 1999.

ANEXO A - PARECER ÉTICO DO COEP UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer do Processo ETIC 492/11

Recebido pelo COEP: 23/09/2011

Recebido pelo parecerista: 5/10/2011

Título: O agir como estratégia de gestão frente ao risco no trabalho: o ponto de vista da atividade humana de trabalho dos técnicos de enfermagem de uma instituição pública psiquiátrica

Área de conhecimento: Educação

Proponentes: Daisy Moreira Cunha e Davidson Passo Mendes

Instituição aonde o trabalho será realizado: Faculdade de Educação e o Instituto Raul Soares

Documentação: Carta de encaminhamento para o COEP, Folha de rosto do CONEP devidamente assinada; Protocolo do COEP; Termo de Compromisso dos pesquisadores; currículo lattes do pesquisador disponível na plataforma Lattes; TCLE; Termo de utilização de imagem; Parecer consubstanciado do Programa de Pós-graduação em Educação; anuência do Instituto Raul Soares.

Sumário do Projeto:

Data de início: fevereiro 2012

Data de término: março 2015

O estudo propõe investigar a atividade de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem, no Centro de Atendimento à Crise (CAC), de um hospital público de emergência psiquiátrica (o Instituto Raul Soares). Tem-se por objetivo determinar a carga de trabalho a que a população alvo do estudo está sendo submetida e de que forma esta carga interfere na capacidade de ação e regulação destes trabalhadores frente a diferentes condições. Será utilizada a metodologia de Análise Ergonômica do Trabalho (AET), composta por observação do local do trabalho, entrevistas gravadas com técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, gestores chefes e enfermeiros(as) chefes, a filmagem das atividades dos auxiliares e técnicos em enfermagem e o posterior entrevista denominada de “auto-confrontação” na qual o sujeito filmado explicita os modos operatórios assumidos nas atividades de trabalho. O TCLE e Termo da gravação são claros e com linguagem adequada

Mérito:

O projeto é de relevância científica e os métodos são pertinentes com os objetivos propostos.

Voto:

Somos, s.m.j., pela **aprovação** do projeto.

ANEXO B - PARECER ÉTICO DO CEP FHEMIG



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 096-B/2011

Solução de Pendências

1 – Título:

“O agir competente como estratégia de gestão frente ao risco no trabalho: o ponto de vista da atividade humana de trabalho dos técnicos de enfermagem de uma instituição pública psiquiátrica.”

Folha de Rosto: 468693

2 – Pesquisador: Daisy Moreira Cunha

Titulação: Pedagoga – Pós-Doutora na Área de Filosofia e Educação

3 – Histórico:

Recebimento do projeto pelo CEP – **07 de Novembro de 2011.**

Envio do relatório ao NEP – **16 de Novembro de 2011.**

Recebimento das soluções de pendências pelo CEP – **25 de Novembro de 2011.**

Envio do relatório ao NEP – **28 de Novembro de 2011.**

4 – Pendências de 16 de Novembro de 2011:

A) Tendo em vista a complexidade do atendimento do IRS como serão abordados os pacientes psiquiátricos que participaram das filmagens e/ou fotografias? Estes receberam informações sobre a pesquisa? Como será feita a divulgação de imagens com estes pacientes?

B) Justifique a necessidade de divulgação das filmagens e fotografias.

C) Como serão feitas as entrevistas de auto-confrontação? Que tipo de dilema pessoal pode surgir nos participantes? Nestes casos como será a abordagem psicológica destes?

5 – Solução de Pendências:

A) Os autores afirmam que em nenhum momento os pacientes são foco do estudo e que em nenhuma hipótese será feita a sua identificação. Além disto, caso algum paciente sinta-se ameaçado com a presença do pesquisador e/ou da câmera a coleta de dados será interrompida em detrimento ao melhor atendimento ao paciente.

B) Não será feita nenhuma divulgação das imagens. Estas serão utilizadas exclusivamente na entrevista de auto-confrontação e ainda sim com utilização de técnicas computacionais que distorcem a face dos envolvidos. O descarte das imagens também foi garantido.

C) Esta metodologia requer uma postura ativa do entrevistado, porém caso este sinta algum constrangimento a entrevista será interrompida, como devidamente resguardado no TCLE.

6 – Considerações e Mérito:

- **Projeto:** Relevante, pertinente e de valor científico;

- **Metodologia:** Adequada para se alcançar o objetivo proposto;

- **Currículos:** Com competência reconhecida para a condução do estudo;



- **Cronograma:** Adequado;
- **Folha de Rosto:** Devidamente preenchida e assinada;
- **Orçamento:** Adequado, de responsabilidade dos autores;
- **TCLE:** Adequado;
- **Aspectos Éticos:** O projeto está de acordo com a Res.196/1996 do CNS-MS.

7 – **Parecer:**

- **APROVADO.**

Belo Horizonte, 28 de Novembro de 2011.


Vanderson Assis Romualdo
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa / FHEMIG

Vanderson Assis Romualdo
COORDENADOR DO CEP/FHEMIG

ANEXO C - PLANO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL (PTI)





Programa Terapêutico Individual (Lauar, H. 2008)



PRIMEIRA PARTE - CAC / IRS																						
Identificação, aspectos legais, diagnóstico, programa terapêutico inicial, cuidados, avaliação do risco e precaução à internação.																						
NOME:	PRONTUÁRIO:	CID Principal: CID Secundário:																				
INTERNAÇÃO:/...../..... <input type="checkbox"/> voluntária (Doc. Anexo) <input type="checkbox"/> involuntária (Doc. Anexo) <input type="checkbox"/> compulsória (Doc. Anexo)	DIETA <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Hipossódica <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Especial - especificar	DADOS VITAIS e peso Especificar: <input type="checkbox"/> Pulso, <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> Temp, <input type="checkbox"/> PA, <input type="checkbox"/> Peso Intervalo de aferição:																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">RISCOS</th> <th style="width: 10%;">GRAU</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>suicídio</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr><td>piromania</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr><td>agressividade</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr><td>fissura</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr><td>fuga</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr><td>roubo</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr><td>atuação sexual</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr><td>queda</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> <tr><td>Outro (especificar)</td><td>0 1 2 3 4</td></tr> </tbody> </table>	RISCOS	GRAU	suicídio	0 1 2 3 4	piromania	0 1 2 3 4	agressividade	0 1 2 3 4	fissura	0 1 2 3 4	fuga	0 1 2 3 4	roubo	0 1 2 3 4	atuação sexual	0 1 2 3 4	queda	0 1 2 3 4	Outro (especificar)	0 1 2 3 4	PREVENÇÃO DE RISCO <input type="checkbox"/> restrito a unidade <input type="checkbox"/> observação próxima <input type="checkbox"/> monitoração periódica - especificar..... <input type="checkbox"/> acompanhamento familiar <input type="checkbox"/> recolher perfuro cortantes <input type="checkbox"/> recolher infamáveis <input type="checkbox"/> recolher outros materiais de risco <input type="checkbox"/> revisão de pertences <input type="checkbox"/> sedação química (anexo) <input type="checkbox"/> contenção mecânica (protocolo anexo) <input type="checkbox"/> controle de visitas	PROGRAMA: <input type="checkbox"/> Transtornos psicóticos <input type="checkbox"/> Transtornos de humor <input type="checkbox"/> Transtornos ansiosos <input type="checkbox"/> Transtornos depressivos <input type="checkbox"/> Dependência química <input type="checkbox"/> Demência <input type="checkbox"/> Transtornos de personalidade <input type="checkbox"/> Reabilitação social <input type="checkbox"/> Crônicos <input type="checkbox"/> Judiciário <input type="checkbox"/> Transtornos de impulso <input type="checkbox"/> Outro Especificar:
RISCOS	GRAU																					
suicídio	0 1 2 3 4																					
piromania	0 1 2 3 4																					
agressividade	0 1 2 3 4																					
fissura	0 1 2 3 4																					
fuga	0 1 2 3 4																					
roubo	0 1 2 3 4																					
atuação sexual	0 1 2 3 4																					
queda	0 1 2 3 4																					
Outro (especificar)	0 1 2 3 4																					
PROGRAMAÇÃO DE VISITAS <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Somente para familiares <input type="checkbox"/> Com supervisão enfermagem <input type="checkbox"/> proibida até reavaliação	PROGRAMAÇÃO DE TELEFONEMAS <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Somente familiares <input type="checkbox"/> Com supervisão enfermagem <input type="checkbox"/> proibida até reavaliação	PROGRAMAÇÃO DE SAÍDAS <input type="checkbox"/> restrito a unidade <input type="checkbox"/> pátio <input type="checkbox"/> atividades terapêuticas <input type="checkbox"/> atividades externas <input type="checkbox"/> com equipe <input type="checkbox"/> com familiares <input type="checkbox"/> domicílio (especificar) Dia da saída: Hora da saída: Dia do retorno: Hora do retorno: Responsável:																				
SINTOMAS ALVO	MEDICAÇÃO HIERARQUIZADA (prescrever de modo hierarquizado, especificando nome genérico, doses e intervalos)																					
Discutido com a equipe <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Discutido com a rede <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																					
RESP. PREENCHIMENTO (assinatura e carimbo):		Data: ____/____/____																				

SEGUNDA PARTE – UNIDADE DE INTERNAÇÃO IRS		
Programa terapêutico com metas para o tratamento e previsão de critérios para alta.		
NOME:		PRONTUÁRIO:
CID 10 (psiquiátricos e clínicos):		
1- Resumo das atividades terapêuticas indicadas:		
Cuidados de enfermagem	Grupo de familiares	Interconsulta odontológica
Medicação	Grupos psicoterápicos	Interconsulta clínica
Atendimento de família	Grupos de auto ajuda	Escola de informática (ATA)
Psicoterapia individual	Educação para saúde	Escola de beleza e estética (ATA)
Terapia ocupacional	Programa de dependência química	
Assembléia (socioterapia)	Especificar:	
2- Metas para o tratamento e responsáveis		
Metas	NA	Responsável
Cuidados de Enfermagem		
Definição de sintomas alvo para medicação e terapêuticas biológicas		
Psicológicas		
Familiares		
Ocupacionais		
Clínicas e ou odontológicas		
Benefícios		
Judiciais		

ANEXO D - COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA

 <small>FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS</small>	 <small>Sistema Único de Saúde</small>	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA	NÚMERO
<p>Belo Horizonte,</p> <p>Ao Ministério Público do Estado de Minas Gerais.</p> <p>Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 7º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a Internação do(a) paciente abaixo relacionado(a):</p>			
1- ESTABELECIMENTO			
Nome:		CNPJ:	
2- PACIENTE			
Nome:		REGISTRO:	
Nome do Pai:		Nome da Mãe:	
Identidade Nº:	Órgão exp.:	UF:	CIC:
Naturalidade:		UF:	Nacionalidade:
Endereço do paciente:			Bairro:
Município:	UF:	Profissão:	
3- INTERNAÇÃO			
Data:	Hora:	CID:	Setor:
Justificativa:			
Médico responsável pela internação		Assinatura e Carimbo com nº do CRM:	
FAMILIAR RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:			
Nome:		Grau de Parentesco:	
Endereço:			Telefone:
Documento	Nº do Documento	Assinatura do responsável:	
4- CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO			
<p>Concordo com minha internação neste hospital, tendo em vista as informações que me foram prestadas pelo médico responsável, sobre a necessidade de internação e também sobre os meus direitos, garantidos na Lei 10216..</p>			
Belo Horizonte,		Assinatura ou polegar do paciente	
5- OBSERVAÇÕES: (se necessário utilize o verso da folha)			

ANEXO E - COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

 <small>FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS</small>	 <small>Sistema Único de Saúde</small>	COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA	NÚMERO
<p>Belo Horizonte,</p> <p>Ao Ministério Público do Estado de Minas Gerais.</p> <p>Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a Internação do(a) paciente abaixo relacionado(a):</p>			
1- ESTABELECIMENTO			
Nome:		CNPJ:	
2- PACIENTE			
Nome:		REGISTRO:	
Nome do Pai:		Nome da Mãe:	
Identidade Nº:	Órgão exp.:	UF:	CIC:
Naturalidade:		UF:	Nacionalidade:
Data de Nascimento:		Estado Civil:	
Endereço do paciente:			Bairro:
Município:	UF:	Profissão:	
ACOMPANHANTE / RESPONSÁVEL			
Nome:		Grau de Parentesco	
Endereço:		Bairro:	
Município:	UF:	Documento	Nº do Documento
CEP:	Telefone:		
3- INTERNAÇÃO			
Data:	Hora:	CID:	Setor:

Motivo da Internação:	
Justificativa da Involuntariedade:	
Motivo da discordância do paciente quanto à internação:	
Antecedentes psiquiátricos:	
Tempo estimado de internação (dias) : () 1 a 5 dias () 6 a 14 dias () 15 a 21 dias () 22 a 30 dias () mais de 30 dias	
Médico responsável pela internação:	Assinatura e Carimbo com nº do CRM:
Contexto familiar:	
4- SITUAÇÃO JURÍDICA DO PACIENTE: Interditado? () Sim () Não () Informação Ignorada	
5- DADOS SOBRE INSS:	
6- OBSERVAÇÕES:	

ANEXO F - REGISTRO DE CONTENÇÃO FÍSICA



Fundação Hospitalar de Minas Gerais

Instituto Raul Soares



Responsabilidade Social com assistência, ensino e pesquisa em Saúde Mental

Hospital de Ensino Instituto Raul Soares

Gerencia Técnico Assistencial 2008 - REGISTRO DE CONTENÇÃO FÍSICA

Nome do paciente:

Prontuário:

Data:

Hora do início da contenção:

Hora do final da contenção:

Assinatura do médico:

Assinatura da enfermagem:

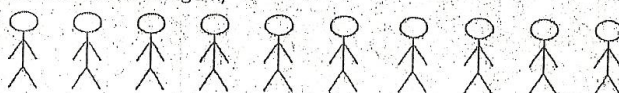
Motivo da contenção:

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. Risco de auto-lesões | 5. Risco de fuga |
| 2. Risco de lesões a terceiros | 6. Risco de queda |
| 3. Redução de estímulos sensoriais (isolamento) | 7. Abstinência com agitação |
| 4. Fissura | 8. Outros _____ |

Atuação para prevenir a contenção mecânica:

1. Contenção verbal:
2. Contenção química: oral: _____ parânteral: _____

Tratamento farmacológico administrado e dados vitais: (ver folha de prescrição de medicação do paciente e folhas de dados vitais da enfermagem)



Tipo de contenção:

Controle de horário:

Controle de melhora:

1. Sem alterações
2. Melhora parcial
3. Piora
4. Melhora completa e retirada da contenção

Relato de efeitos adversos	Medidas Tomadas:

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** Nº _____

Orientador: Prof^a. Daisy Moreira Cunha, DSc

Investigador: Davidson Passos Mendes, MSc

TÍTULO DO PROJETO

O AGIR COMPETENTE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO FRENTE AO RISCO NO TRABALHO: O PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE HUMANA DE TRABALHO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA PSQUIÁTRICA.

INFORMAÇÕES

Você está sendo convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa de doutorado a ser desenvolvido no Instituto Raul Soares (IRS), da Rede da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), com o objetivo de compreender a atividade de gestão de riscos no trabalho, de técnicos de enfermagem, no serviço de atendimento à crise, numa perspectiva preventiva em saúde do trabalhador.

DETALHES DO ESTUDO

O estudo se propõe a analisar os sistemas de trabalho visando a compreensão dos contextos produtivos em foco: os objetivos, as exigências e as condições técnicas e organizacionais de execução do trabalho visando a definição de critérios para a transformação preventiva das situações.

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES A SEREM REALIZADAS

Serão entrevistados os gestores, médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem do IRS, separadamente. O recorte necessário para o aprofundamento metodológico será feito no Centro de Atendimento à Crise (CAC), por meio de observação e entrevista em auto-confrontação com os auxiliares e técnicos de enfermagem deste setor.

Será feita uma pesquisa de campo para analisar a estrutura e as necessidades produtivas. Com isso será criada uma base de informações para escolher situações críticas para uma análise mais detalhada. Neste local, será feita uma entrevista com os gestores e operadores separadamente, cada um no seu nível de especificidade. Todos serão entrevistados, e caso você não tenha interesse, poderá escolher não participar. A sua participação é importante para que eu possa compreender os sistemas de trabalho visando a análise dos contextos produtivos. Depois, eu - o pesquisador, irei observar o local em que você trabalha e filmarei e anotarei as situações necessárias para analisar as atividades de trabalho. A partir da sua fala e dos seus colegas e da minha análise do local, definirei critérios visando atuar preventivamente na transformação das situações envolvidas.

Instrumentação

Na fase de observação geral e sistematizada será utilizado lápis e papel para anotações. Entrevistas abertas serão feitas com gestores, médicos e enfermeiros. Você também será convidado a participar de uma entrevista aberta, em separado comigo, com questões acerca de aspectos relacionados a sua vida social e econômica, do ambiente e das condições de trabalho. A sua entrevista será gravada, utilizando-se de um gravador digital, com o intuito de facilitar o trabalho de síntese. A mesma será transcrita por mim e entregue a você para que dê consentimento da veracidade da transcrição. Caso haja alguma inconsistência, serão feitas adequações até que você concorde com a versão transcrita.

Especificamente no CAC, a atividade dos auxiliares e técnicos de enfermagem será gravada por meio de filmadora e os registros serão utilizados na entrevista de auto-confrontação, numa sala reservada e fechada, com os próprios trabalhadores filmados, em separado e individualmente. Esta entrevista de auto-confrontação é importante porque é a partir dela que poderei levantar os atos, os gestos, os valores, as escolhas e as competências utilizadas para a gestão do trabalho. O estudo tem por pretensão observar e analisar o processo produtivo e não as pessoas em separado.

As observações ocorrerão em diversos momentos em função da variabilidade e complexidade próprias do contexto hospitalar.

Observação e entrevista

A entrevista será aberta, feita em separado e num local reservado, com o objetivo de levantar dados sobre você, sobre a instituição e sobre o processo de trabalho. As falas serão anotadas e gravadas e você terá o conhecimento de tudo que for anotado.

Riscos

Os riscos associados a esse estudo serão controlados por meio da confidencialidade dos dados. Você terá uma identificação numérica e, assim, não será exposta a sua identidade. Somente os pesquisadores terão uma associação nome/número com o fim, somente, de se evitar a duplicidade da coleta dos dados. O objetivo do trabalho é avaliar o processo produtivo e não pessoas individualizadas. As entrevistas ocorrerão em separado: grupo médico, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem. Os dados serão organizados por meio de processos de validação e fornecidos a você. Faremos todos os esclarecimentos que você achar necessários.

Benefícios

Você e futuros participantes poderão se beneficiar com os resultados deste estudo. As análises de trabalho realizadas têm, por consequência, a produção dos saberes sobre o trabalho humano. Por meio da pesquisa, práticas e saberes poderão ser reconfigurados, acarretando melhor gestão das cargas de trabalho da população trabalhadora, numa possibilidade de minimizar os riscos de adoecimentos/acidentes.

Confidencialidade

Para manter a sua confidencialidade você terá uma identificação numérica não sendo assim exposta a sua identidade. Os únicos que terão acesso à sua identificação são os investigadores.

Natureza voluntária do estudo/ Liberdade para se retirar

A sua participação é voluntária e você tem o direito de se retirar por qualquer razão e a qualquer momento.

Pagamento

Você não receberá nenhuma forma de pagamento.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, _____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com:

Pesquisador: Davidson Passos Mendes – (31) 9232 1638 ou (31) 3834 6472

Professor orientador: Prof^a. Daisy Moreira Cunha – (31) 9147 5966 ou (31) 3409.5309

Universidade Federal de Minas Gerais – FAE/UFMG
Av. Antônio Carlos, 6627 – sala 1503 - Pampulha
CEP: 31270-901- Belo Horizonte - Minas Gerais

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa/COEP - UFMG – (31) 3409-4592

Av. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha
Unidade Administrativa II – 2º andar – sala 2005
CEP: 31270-901- Belo Horizonte - Minas Gerais
coep@prpg.ufmg.br

Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-FHEMIG – (31) 3239-9552.

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante	Data
RG: End:	
Prof ^a . Daisy Moreira Cunha - Professor orientador Tel: (31) 9147 5966 / (31) 3409 5309	Data
Davidson Passos Mendes – orientando Tel: (31) 9232 1638 / (31) 3834 6472	Data

TERMO DE UTILIZAÇÃO DE IMAGEM

Eu, _____ autorizo a veiculação de minha imagem, por meio de fotos ou vídeos, na apresentação do Projeto de doutorado **O AGIR COMPETENTE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO FRENTE AO RISCO NO TRABALHO: O PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE HUMANA DE TRABALHO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA PSQUIÁTRICA**, sob orientação dos investigadores Daisy Moreira Cunha e Davidson Passos Mendes, bem como em apresentações e publicações de natureza técnico-científicas.

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante	Data
RG: End: CPF:	
Prof ^a . Daisy Moreira Cunha - Professor orientador Tel: (31) 9147 5966 / (31) 3409 5309	Data
Davidson Passos Mendes - orientando Tel: (31) 9232 1638 / (31) 3834 6472	Data
Assinatura da Testemunha	Data
RG: End: CPF:	

DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR

Eu, _____, cuidadosamente expliquei ao participante, _____, a natureza do estudo descrito anteriormente. Eu certifico que, salvo melhor juízo, o participante entendeu claramente a natureza, benefícios e riscos envolvidos com este estudo. Respondi todas as questões que foram levantadas e testemunhei a assinatura acima.

Estes elementos de consentimento informado estão de acordo com a garantia dada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG e do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Minas Gerais – CEP/FHEMIG para proteger os direitos dos sujeitos humanos.

Fornecei ao participante uma cópia deste documento de consentimento assinado.

Prof^a. Daisy Moreira Cunha - Professor orientador
Tel: (31) 9147 5966 / (31) 3409 5309

Data

Davidson Passos Mendes - orientando
Tel: (31) 9232 1638 / (31) 3834 6472

Data

APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

O agir competente como estratégia de gestão frente ao risco no trabalho: o ponto de vista da atividade humana de trabalho dos técnicos de enfermagem de uma instituição pública psiquiátrica

Pesquisadores:

Prof. Davidson Passos Mendes, MSc.

Prof. Daisy Moreira Cunha, DSc.

Instruções

- Marque as quadrículas, apenas com "X";
- Para as perguntas "abertas", favor responder com clareza, preferencialmente com letras de forma.

Definição das categorias de acidente de trabalho

Acidente típico: acidente decorrente da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado;

Acidente de trajeto: acidente ocorrido no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado, e vice-versa, assim como nos horários de refeição;

Acidente profissional ou do trabalho: entende-se por doença profissional aquela produzida ou desencadeada pelo exercício peculiar a determinado ramo de atividade constante do Anexo II do Regulamento da Previdência Social - RPS, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de Maio de 1999, e por doença do trabalho aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho

- 2 - DESQUITADO (A) OU SEPARADO JUDICIALMENTE
 3 - DIVORCIADO (A)
 4 - VIÚVO (A)
 5 - SOLTEIRO (A)

1.3 – ESCOLARIDADE

- 1 - ENSINO FUNDAMENTAL
 2 - ENSINO MÉDIO
 3 - ENSINO TÉCNICO
 4 - SUPERIOR

1.4 – RENDA PESSOAL

- 1 - ATÉ R\$ 380,00
 2 - R\$ 380,00 A R\$760,00
 3 - R\$ 760,00 A R\$ 1.140,00
 4 - R\$ 1.140,00 A 1.900,00
 5 - R\$ 1.900,00 A R\$ 3.800,00
 6 - R\$ 3.800,00 A 7.600,00

1.5 – RENDA FAMILIAR

- 1 - ATÉ R\$ 380,00
 2 - R\$ 380,00 A R\$760,00
 3 - R\$ 760,00 A R\$ 1.140,00
 4 - R\$ 1.140,00 A 1.900,00
 5 - R\$ 1.900,00 A R\$ 3.800,00
 6 - R\$ 3.800,00 A 7.600,00

1.6 – IDADE _____

1.7 – TEMPO (ANOS) DE TRABALHO COMO AUXILIAR OU TÉCNICO _____

1.8 – TEMPO (ANOS) DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO _____

1.9 – APOSENTADO (A) _____

1.10 – TEM FILHOS?

- 1 - SIM
 2 - NÃO

- 1.11 – NÚMERO DE FILHOS _____
 1.12 – MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____

2 – AMBIENTE DE TRABALHO

PARA OS QUESITOS DE 2.1 A 2.3 RESPONDA DE ACORDO COM A SEGUINTE ESCALA:

- 1 – SUPORTÁVEL 2 – BAIXO ELEVADO 3 –
 4 – INSUPORTÁVEL

2.1 – EM GERAL, O RUÍDO ORIGINADO NO AMBIENTE DE TRABALHO É: _____

2.2 – EM GERAL, O RUÍDO ORIGINADO DENTRO DA INSTITUIÇÃO, MAS FORA DO AMBIENTE DE TRABALHO: _____

2.3 – EM GERAL, O RUÍDO GERADO FORA DO HOSPITAL É: _____

PARA AS QUESTÕES DE 2.4 A 2.7, RESPONDA DE ACORDO COM A SEGUINTE ESCALA:

- 1 – PÉSSIMO (A) 2 – RUIM 3 – BOM (A) 4 – ÓTIMO (A)

2.4 – EM GERAL, O CONFORTO TÉRMICO DO HOSPITAL É: _____

2.5 – EM GERAL, A VENTILAÇÃO DAS SALAS É: _____

2.6 – EM GERAL, A CONDIÇÃO DE ILUMINAÇÃO DO POSTO DE ENFERMAGEM É: _____

2.7 – EM GERAL, AS CONDIÇÕES DE HIGIENE E LIMPEZA DO HOSPITAL É: _____

PARA AS QUESTÕES DE 2.8 A 2.16, RESPONDA **SIM** OU **NÃO**.

- 2.8 – HÁ PRESENÇA DE FATORES ACIDENTOGÊNICOS NO TRABALHO _____
- 2.9 – O MOBILIÁRIO NO POSTO DE ENFERMAGEM E NOS QUARTOS SATISFAZ AS SUAS NECESSIDADES _____
- 2.10 – EM GERAL, O POSTO DE ENFERMAGEM É CONFORTÁVEL _____
- 2.11 – EM GERAL, OS LEITOS POSSUEM FACILIDADE DE ACESSO _____
- 2.12 – OS LEITOS SÃO COMPATIVÉIS COM O NÚMERO DE PACIENTES _____
- 2.13 – HÁ POSSIBILIDADE DE DESLOCAMENTO ADEQUADO, NO POSTO DE ENFERMAGEM E NOS LEITOS _____
- 2.14 – OS EQUIPAMENTOS SATISFAZEM SUAS NECESSIDADES _____
- 2.15 – HÁ CONDIÇÕES ADEQUADAS PARA PREPARAÇÃO DOS MEDICAMENTOS _____
- 2.16 – HÁ FISCALIZAÇÃO (INTERNA) CONTÍNUA QUANTO AO DESEMPENHO NA INSTITUIÇÃO _____
- O QUE CONSIDERA MAIS PENOSO EM SUA ATIVIDADE DE TRABALHO: A CARGA FÍSICA, A CARGA PSÍQUICA (MENTAL) OU A DIFICULDADE DE TOMAR DECISÕES? _____
- VOCE TEM AUTONOMIA EM SEU POSTO DE TRABALHO? _____
- 2.17 – NA DIRETORIA – EQUIPE DE SAÚDE HÁ DESGASTE NA RELAÇÃO EMOCIONAL ENTRE: _____
- MÉDICO – AUX./TEC.
 ENFERMEIRO – AUX./TEC
- AUX. / TEC. – PACIENTES
 AUXILIAR – TÉCNICO
 EFETIVO – CONTRATADO
- EM ALGUM SETOR DO HOSPITAL VOCÊ CONSIDERA O TRABALHO DESGASTANTE? _____
- 3 – CONDIÇÕES DE TRABALHO
- 3.1 – ASSINALE O TIPO DE VÍNCULO TRABALHISTA COM A INSTITUIÇÃO
 CONTRATADO
 EFETIVO
- 3.2 - TIPO DE VÍNCULO (CARGA HORÁRIA)
3.3 – TEMPO DE TRABALHO : _____ HORAS
FOLGA: _____ HORAS
- REALIZA OUTRA ATIVIDADE EXTRA-TRABALHO? _____
- 3.4 – MÉDIA DE PACIENTES ATENDIDOS POR DIA _____
- 3.5 – PRECISA DE MAIS TEMPO PARA REALIZAR A TAREFA? _____
- 3.6 – QUANTOS DIAS DA SEMANA VOCE TRABALHA? _____
- 3.7 – EM QUAL (IS) TURNO (S) TRABALHA? _____
- 3.8 – CARGA HORÁRIA DE TRABALHO SEMANAL. _____
- 3.9 – VOCE FAZ HORAS EXTRAS ALÉM DA CARGA HORÁRIA DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO? _____
- 3.10 – É REMUNERADO POR ESSAS HORAS EXTRAS? _____
- 3.11 - SENTE-SE SOBRECARREGADO (A) DE TRABALHO E/OU RESPONSABILIDADES QUE ASSUME NA INSTITUIÇÃO? _____
- 3.12 - PARA OS ITENS ABAIXO, ASSINALE, SE FOR O CASO, DE QUE FORMA O SEU AMBIENTE DE TRABALHO SE TORNA AMEAÇADOR, RESPONDA DE ACORDO COM A SEGUINTE ESCALA:
1 – NUNCA 2 – ÀS VEZES 3 – FREQUENTEMENTE 4 – SEMPRE
- 1 - ___ VIOLÊNCIA
2 - ___ MUDANÇA DE SETOR
3 - ___ DIMINUIÇÃO / AUMENTO DE CARGA HORÁRIA
4 - ___ ASSÉDIO MORAL
5 - ___ AVALIAÇÃO HIERÁRQUICA
6 - ___ EXIGÊNCIA DE CUMPRIMENTOS DE PRAZOS
7 - ___ OUTRO. ESPECIFIQUE _____
- 4 - SAÚDE FÍSICA E MENTAL
4.1 – PASSOU POR TRATAMENTO MÉDICO EM FUNÇÃO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? _____

APENDICE C - CRÔNICA 1

Início a análise da atividade no CAC e observo discussão entre os técnicos a respeito do estado dos diversos pacientes no fim de semana. Observam os prontuários e dialogam sobre cada paciente. O telefone toca. Perguntam se o paciente Paulo tem restrição no café. A técnica Regina tampa o bocal do telefone com as mãos, olha para Raul e revela que o paciente citado, ao dar entrada no hospital, apresentava glicemia de 291 mg/dL. O técnico Raul fala que a glicemia provavelmente estava assim em função do estado alcoólico que o paciente chegou. Regina fala com o interlocutor no telefone que não há restrição no café e desliga o telefone. Vai até o paciente e aferi a glicemia. Retorna e revela o valor: 97 mg/dL. Ao escutar o valor da glicemia do paciente, o técnico Raul verbaliza: *“não falei que a glicemia era devido ao teor alcoólico?”*. E continua: *“a gente está acostumado com isso aqui! O paciente alcoólatra ao chegar é assim”*. A médica residente, em sua atividade rotineira de avaliar os pacientes no período da manhã, chega ao posto de enfermagem do CAC e pergunta pelo paciente Paulo. Revela aos técnicos que o diagnóstico de diabetes foi feito no próprio hospital. Pergunta ao técnico Raul se foi aferida a glicemia do paciente citado naquela manhã. É informada pelo técnico Raul de que foi aferida naquele momento e revelam a ela o resultado: 97 mg/dL. A técnica Regina participa da conversa e fala da medida da glicemia do paciente, feita no sábado: 197 mg/dL. O técnico Raul fala ao grupo do histórico do paciente no hospital e de verbalizações do próprio paciente de beber em grupo cachaça com groselha. Ao mesmo tempo, a técnica Regina vai ao computador, acessa o sistema SIGH e confere o histórico do paciente e os últimos exames realizados. Ela pergunta ao técnico: *Raul, sabe a idade dele?* Ela mesma responde ao visualizar no sistema: 38 anos. O técnico Raul verbaliza sozinho: *“Duvido que ele seja diabético!”*. Raul sai e vai ao guichê de atendimento (entrada) e observa que o responsável pelo setor está atrasado. Volta e verbaliza com a técnica Regina: *“Está difícil assim! Todo dia tem atraso! Já têm três pessoas para serem atendidas”*. No mesmo instante a técnica Regina fala que isso é normal e comum por causa do ônibus. O técnico Raul sai e vai até o paciente Paulo e pergunta a ele se há histórico de diabetes na família dele. O paciente responde que não e ele retorna ao posto de enfermagem e fala com a técnica Regina. Verbaliza sozinho, logo em seguida: *“é fácil saber, damos o café e após duas horas aferimos a glicemia novamente”*. A técnica Regina revela ao Raul

que não observou no prontuário, após ter verificado no sistema SIGH, as medidas de glicemia do paciente. Observam nas anotações de enfermagem que a pressão arterial (PA) do paciente está em 160x100 mmHg. A médica retorna ao posto de enfermagem e os técnicos discutem com ela sobre a pressão arterial do paciente. Revelam a necessidade de se entrar com medicamentos se a pressão permanecer alta como está. O técnico Raul verbaliza com a médica: *“médica e faça um relatório para o serviço substitutivo. Eles é que devem conduzir o processo. Se é hipertenso e está vindo de lá, já deveria vir medicado”*. A médica escuta e decide medicar o paciente. Raul verbaliza comigo: *“pedi a médica urgência nesse caso porque vai para o serviço substitutivo. Mandamos relatório para eles. Vou pedir à Cristina (assistente social) para ligar lá e verificar com eles. Se o paciente voltar hoje à noite verificamos a conduta assumida”*. O técnico sai e vai ao guichê de entrada. Verifica que a funcionária ainda não chegou. Volta ao posto de enfermagem, pega o telefone e liga na direção. Diz ao telefone: *“estou avisando que a funcionária do guichê não chegou e há três pessoas esperando: uma perícia e dois atendimentos de ambulatório”*. Desliga o telefone e inicia conversa com outros técnicos. Diz: *“mas, também, antes eram três funcionários, depois dois, agora um. Daqui a pouco, nenhum!”*. A técnica Regina que continua no computador verbaliza: *“esse sistema é um teste de paciência”*, referindo-se ao SIGH. A médica retorna ao posto de enfermagem com o encaminhamento do paciente para o serviço substitutivo e a prescrição de medicamentos. Entrega a prescrição para o técnico Geraldo e explica a conduta a ser seguida para o paciente. No mesmo momento chega ao setor o café dos pacientes. Discutem entre eles (Raul e Regina) e decidem oferecer o café da manhã ao paciente sem restrição. A médica questiona o técnico Raul sobre o café do paciente. Raul fala com a médica: *“Dra, o paciente chegou com glicemia alterada e no momento está boa. Não acredito em diabetes e não há histórico de diabetes. Nós já conhecemos o paciente e sabemos da cachaça dele com groselha. Vamos dar o café e acompanhar!”*. A médica pergunta e observa o prontuário do paciente: quanto deu a última medida? O técnico olha em um papel que havia anotado e informa: 97 mg/dL. A médica libera o café sem restrição e fala com o técnico. *“Dê o café e logo em seguida o remédio para pressão!”*. O técnico pega o café e oferece ao paciente. A médica verbaliza em voz alta com todos os técnicos que estavam na sala (Raul, Regina e Geraldo): *“como ele está no serviço substitutivo, deve voltar à noite. Vamos acompanhar a evolução dele e ver as condutas assumidas lá”*. Raul sai e vai ao

guichê de entrada. Parece incomodado com os pacientes que estão aguardando lá. Volta e verbaliza com os outros técnicos (Regina e Geraldo): *“um paciente que está aguardando é perícia, o outro é aquela vaga reservada para internação, de Sabinópolis, lembra? Tem um outro ainda que é atendimento ambulatorial”*. O técnico Raul está com uma folha na mão. Iniciam, após a fala do Raul, uma discussão sobre vagas reservadas pelo sistema judiciário e verificam (todos eles) numa folha que está sempre presente no posto de enfermagem, as vagas ainda existentes nas enfermarias. Conferem na folha do paciente (folha trazida pelo Raul da entrada) a autorização dada pelo diretor do hospital e se certificam de que se trata mesmo da vaga reservada pelo sistema judiciário e que o paciente vem de Sabinópolis. Falam que ainda há reserva de duas vagas e a técnica Regina olha novamente na folha de anotações de vagas e diz: *“hoje está feio! Vamos ficar lotados o dia todo no CAC e não há vagas nas enfermarias. Se chegarem todos vamos ter que dar um jeito”*. A médica retorna ao posto de enfermagem e observa a discussão dos técnicos em razão das vagas. Fala, logo em seguida: *“o dia bom de plantão é quando está chovendo e com frio. Não chega ninguém e nem há agitação. Não pedem nem medicamento!”*. Enquanto conversam, o técnico Raul observa à distância os pacientes no leito. Fala com os outros técnicos: *“o paciente Gustavo está erotizado. Atenção nele!”*. Ao mesmo tempo, Regina verbaliza: *“já estou de olho nele!”*. Raul volta para mim e fala: *“sexta-feira fizemos milagre aqui! Tinham doze pacientes, com seis leitos chão. Este paciente que você está vendo a confusão é porque nós tivemos que interná-lo para abrir vaga aqui. Nós é que fomos rápido porque o diretor já tinha reservado três vagas lá (enfermaria)”*. Não entendendo a situação dita, ou seja, internamos o paciente lá e eu observo o paciente no CAC, fui obrigado a perguntar ao técnico: como internaram o paciente na enfermaria e ele está aqui? Não entendi! Raul verbaliza: a questão é a seguinte: *“no momento em que estava lotado aqui tivemos que abrir vaga! O paciente que mostrava indicativos de internação era o Gustavo. Porém, não podíamos mandá-lo para a enfermaria porque do jeito como ele está seria abusado sexualmente ou agredido. O que fizemos então foi mandá-lo para a UCCI e, enquanto aqui estava lotado, o mantivemos lá! Ele provocou um tumulto enorme lá também. Assim que esvaziou aqui o trouxemos de volta para o CAC em função do maior controle. Logo que melhorar as condições dele e o risco diminuir será encaminhado para a enfermaria”*. Após a fala do Raul a técnica Regina continua: *“eu acho o CAC pequeno. Deveria*

ter uns dez leitos aqui". Os dois comparam a entrada do Raul com outro hospital psiquiátrico da rede. Raul diz: *"lá são cinco leitos, mas há retaguarda, né? Se tivesse isso aqui não teríamos problema"*.

APÊNDICE D - CRÔNICA 2

Observo à tarde, às 16:50 horas, uma mudança na característica de atendimento do CAC. Há, no momento, cinco pacientes no local. Um dos pacientes caminha de um lado a outro. Parece delirante. O paciente se aproxima do posto de enfermagem e pergunta ao técnico Rafael pela jaqueta dele. Instantaneamente, a técnica Regina solicita ao paciente para ir para o leito, que se recusa. A técnica verbaliza: *“Vá para o leito que não tem jaqueta aqui!”*. O paciente retruca e diz que a técnica não gosta dele. Em seguida o técnico Rafael se impõe e ordena o paciente a ir para o leito. Pergunta ao paciente pelo chinelo e do por quê estar mancando. O paciente diz que é dor na coluna. No mesmo instante, outro paciente se aproxima e solicita à técnica um cigarro. Regina fala com o paciente sobre as regras do setor e de que ele havia fumado há pouco. O paciente não se mostra satisfeito, porém, segue a orientação. Enquanto isso há outro paciente no leito emitindo falas desconexas e ameaçando, à distância, os técnicos. Diz que a sua jaqueta foi roubada por eles. O telefone toca, a técnica Regina atende. A supervisora de enfermagem pergunta o total de pacientes no setor. Ela diz que são cinco, mas diz ainda aguardar dois pacientes vindos do CMT. O paciente João continua agitado. Anda pelo setor e incomoda os outros pacientes. Questiono os técnicos a respeito da agitação do paciente. Segundo eles há também muito teatro. Pergunto do por quê disso. A resposta é rápida e de ambos (Rafael e Regina): não respeitar as regras do setor. O paciente Joaquim vem até o posto de enfermagem e pergunta se o médico não irá atendê-lo. Rafael responde que ele já foi atendido e até medicado. O paciente pára e fica olhando para o setor. Os técnicos conversam a respeito de exames dos pacientes. Falam do paciente que chegou trazido pela polícia. Os técnicos observaram pela janela a chegada de uma viatura. A técnica Regina vai até o guichê de entrada e acompanha o acolhimento da paciente. Lá já estava a médica Jussara que, ao ser informada pelo porteiro da chegada da viatura, se antecipa e logo inicia o atendimento no guichê de entrada. Iniciamos o acolhimento da paciente, colhendo informações sócio-demográficas no sistema SIGH (trabalho feito pelo auxiliar administrativo do guichê). No mesmo instante, a médica inicia a coleta de informações da paciente que diz ser diabética. A técnica Regina que estava no setor, escuta essa informação e volta ao posto de enfermagem do CAC. Confere o aparelho de glicemia e se há fita. A funcionária do guichê verifica que a paciente já fora atendida no hospital e vai ao SAME buscar o

prontuário da mesma. Volta e deixa com a médica que chama a paciente para avaliação. É feita avaliação psiquiátrica, prescrição e a paciente é encaminhada para o CAC. A médica entrega a prescrição ao técnico Rafael que a pega com as mãos e a coloca sobre a bancada do posto de enfermagem. Em seguida pega o aparelho de pressão, vai até à paciente e afere a pressão, anotando o resultado em um pedaço de papel que coloca no bolso. Volta ao posto de enfermagem, deixa o aparelho de pressão e pega o de glicemia. Faz a medida e observa o resultado. Pergunta no mesmo instante à paciente se ela tomou insulina. Ela diz que sim, pela manhã. A paciente verbaliza com o técnico que não é louca. Segundo a paciente é o pessoal da casa dela que a deixa assim. O técnico conversa com a paciente, diz que ela vai ser medicada e que logo irá embora. Ela aceita os medicamentos e se acalma. Chega o jantar e o técnico Rafael oferece aos pacientes que estão acordados. Os pacientes vão pouco a pouco se aproximando do posto de enfermagem para pegarem a refeição. O telefone toca. Rafael é informado de que há dois pacientes contidos na quarta enfermaria por causa de briga entre eles. O técnico sai do posto de enfermagem e vai até os consultórios e informa a situação da enfermaria aos médicos. Eles (psiquiatra e dois residentes) estão na porta de um dos consultórios discutindo um caso de uma paciente de Montes Claros com demência, agitação e dificuldade para se alimentar. A técnica Regina se aproxima do grupo e participa da discussão. Assim que se afasta dos médicos, pergunto o motivo da discussão. Segundo ela, a discussão era devido à solicitação de internação vinda de Montes Claros cuja demanda tinha chegado naquele momento. O motivo da discussão era o estado clínico da paciente por exigir cuidados próximos e da dificuldade de colocá-la nas enfermarias pelo risco de agressão. Os médicos finalizam a discussão e a psiquiatra se dirige ao posto de enfermagem. Solicita que um dos técnicos a acompanhe para ver a questão da enfermaria. Rafael acompanha a médica. No mesmo instante, outros médicos chegam ao CAC. Um dos médicos se aproxima e conversa com os pacientes e observa que uma das pacientes recusa a refeição. A médica verbaliza com a paciente que ela tem o direito de recusa, ao mesmo tempo em que informa de que ela irá embora e que deverá buscar medicamentos para pressão e diabetes no hospital Carlos Chagas. Informa também de que ela não pode e não deve ficar muito tempo sem utilizar os medicamentos psiquiátricos. A técnica Regina se aproxima desta mesma paciente e solicita a ela para se deitar e aplica os medicamentos. Volta ao posto de enfermagem, pega água, comprimidos (separados

em um plástico e presos ao prontuário da paciente) e oferece à paciente que toma. Informa à paciente que ela levará um outro medicamento que deverá ser tomado no dia seguinte. A técnica sai e vai ao guichê de entrada. Observo que a agitação dos pacientes que já estavam no CAC diminui. A paciente Geicemar continua verbalizando que não é doída. Fala em voz alta com o paciente Jonas de que é roubada pela família, inclusive marido. Conta a sua história de vida. Os técnicos observam a cena. O paciente Jonas volta-se para o posto de enfermagem e pede cigarro. Regina solicita ao paciente para se deitar e ele obedece. Logo após, dá orientações à paciente Geicemar sobre uso medicamentoso e a libera para ir embora. Ao retornar ao posto de enfermagem, Regina é abordada pelos pacientes Sebastião e Jonas, que pedem cigarro - estão em pé em frente ao posto de enfermagem. Oferece o cigarro e solicita a eles para fumarem do lado de fora do CAC. Outro paciente solicita escova de dente. Regina procura debaixo da pia, em uma caixa em que guardam produtos de higiene e não encontra. Informa ao paciente que diz: *“pelo menos tem chinelo de dedo”*. Os pacientes que fumavam voltam ao setor com o cigarro aceso entre os dedos. Ao visualizar os dois a técnica diz: *“você sabem a regra do setor. Voltem lá para fora!”*. Os pacientes obedecem e voltam a fumar do lado de fora do CAC. A técnica Regina senta-se ao computador e entra com dados no sistema SIGH. Rafael chega ao setor e pergunta à Regina se os pacientes do CMT já chegaram. É informado pela técnica que sim. No mesmo instante chega o Fernando (técnico do plantão noturno), que cumprimenta todos e pergunta à Regina como foi o plantão. Inicia a passagem de plantão. Pergunta quantos pacientes há no setor. É informado de que há cinco pacientes, mais dois do CMT. Regina inicia a descrição dos pacientes do setor, um a um: *“esse primeiro é o Mário, do CMT, que deveria ter ido embora pela manhã, mas devido à crise de abstinência permaneceu o dia no setor. Aliás, todos aqui são F.10. O segundo é o Geraldo que está tranqüilo. F.10 também!”*. Fernando interrompe a fala da técnica e pergunta se há algum hipertenso ou diabético. É informado que não. A técnica continua: *“José Raimundo chegou agora, foi medicado e está tranqüilo também. O outro é o Jonas que teve vômitos de grande volume e foi medicado. Está tranqüilo agora. A penúltima paciente é a Patrícia, lembra? Aquela que tem ideiação persecutória com você!”*. Fernando interrompe a técnica e pergunta: *“ela aqui de novo? O que ela aprontou agora? Quebrou a casa de novo?”*. Regina revela que sim, citando os mesmos problemas de sempre e, segundo a técnica, a mesma

súplica de piedade. E continua: *“o último é o João que estava agitado, meio teatral, mas agora está mais tranqüilo. O que está fumando é o Joaquim, F.10 também, que também está bem”*. Rafael chega ao setor e comenta com o técnico Fernando sobre os medicamentos dados, dificuldades encontradas e o estado geral dos pacientes. É perguntado pelo Fernando se todos os pacientes aceitaram a janta e é informado que sim. Em seguida, o técnico Fernando se dirige a cada um dos pacientes que estão acordados e os questiona sobre o estado geral deles. O paciente João levanta agitado e se aproxima do posto de enfermagem - carregando travesseiro e cobertor – e pergunta à técnica Regina se ele está de alta. Ela diz que não e o paciente se exalta, dizendo: *“que desgraça! Eu estou quieto e me chamam!”*. A técnica Regina se impõe, exige respeito ao paciente e ordena que ele volte para o leito. O paciente obedece, volta para o leito e verbaliza em voz alta à distância: *“eu não estou nem aí se estou no hospital. Vou dar porrada. Vem interromper o meu sono”*. Regina, que estava mexendo no computador (inserindo dados dos pacientes no sistema SIGH), continua o que estava fazendo, sem dar importância à fala do paciente - ao mesmo tempo que passa orientações ao Fernando que está assumindo o plantão. O técnico Fernando observa à distância o paciente João e pega o prontuário dele. Diz a todos: *“esse paciente não está bem!”*. Regina dialoga com ele e fala que do tempo que está no CAC (paciente João), não há porque estar com estes sintomas (vira-se para mim e fala dos sintomas de abstinência). Fernando escuta e parece concordar ao visualizar o prontuário. A técnica termina a entrada de dados no sistema SIGH, faz anotações no caderno de enfermagem e vai ao guichê de entrada. Lá ela observa mais um paciente trazido pela polícia. Volta para o posto de enfermagem e diz para mim: *“chegou mais uma coisa boa! Agitada, agressiva. Hoje aqui o povo vai ter trabalho. O Fernando e o Felipe não vão ter moleza. E se o João continuar assim vai ficar nas cordas”*. Volta-se para o caderno de enfermagem e faz anotações. Informa ao paciente Joaquim de que ele não pode mais ir lá fora. O paciente questiona e pede cigarro. Ela diz não. O paciente obedece e vai para o leito. O técnico Fernando oferece jantar aos pacientes que ainda não tinham feito a refeição (não estavam acordados no momento). O porteiro João chega ao posto de enfermagem e traz informações da paciente que chegou trazida pela polícia. Fernando escuta. Regina informa ao Fernando que fechou as informações no sistema, no caderno de enfermagem, no censo e, segundo ela está tudo certo. Despede-se do grupo e termina o plantão de doze horas.