



Porta interna do bloco "B" do HPSP - 2009
Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

Cláudia de Negreiros Magnus

**SOB O PESO DOS GRILHÕES:
UM ESTUDO SOBRE A PSICODINÂMICA DO TRABALHO
EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PÚBLICO**

Porto Alegre, dezembro de 2009.

CLÁUDIA DE NEGREIROS MAGNUS

**SOB O PESO DOS GRILHÕES:
UM ESTUDO SOBRE A PSICODINÂMICA DO TRABALHO
EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PÚBLICO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo

Porto Alegre, dezembro de 2009.

CLÁUDIA DE NEGREIROS MAGNUS

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação **Sob o peso dos grilhões: um estudo sobre a psicodinâmica do trabalho em um hospital psiquiátrico público**, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/____

Comissão Examinadora:

Prof. Dra. Ana Magnólia Mendes
PPG-PSTO – Universidade de Brasília

Prof. Dra. Jaqueline Tittoni
PPGPSI – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes
PPGSS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, dezembro de 2009.

**Dedico este estudo a todos os trabalhadores públicos,
e, em especial, àqueles que tornaram possível a realização desta pesquisa.
Espero, sinceramente, que jamais desistam de lutar por um trabalho que traga
significado, prazer e que possibilite, assim, muitas realizações.**

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo ao meu pai, que sempre me conduziu ao caminho do estudo, por ser meu suporte financeiro e afetivo incondicional;

À minha mãe, que sempre esteve ao meu lado, em qualquer situação da minha vida, inclusive, e, principalmente, dando carinho e amor ao meu nenê, durante as muitas horas de pesquisa, leitura e escrita; à minha sogra também, pelo apoio recebido.

Ao meu nenê – querido Cauê, que foi gestado em meio ao processo do mestrado, quando já me acompanhava nas aulas dentro da barriga e, depois, por sua “paciência” em me compartilhar com os livros;

Ao Kévi, meu grande parceiro, por seu companheirismo “ultra-híper-integral”, pela compreensão, apoio e altas doses de paciência, durante todo este processo e em todos os outros;

Aos colegas do Hospital Sanatório Partenon, pelo apoio, em especial à Denise Bastos e Cláudia Olinto;

À assessoria de Comunicação dos Hospitais, Dennis e Lia Magalhães, pelas fotos e pelas informações;

Aos trabalhadores do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) e da Secretaria Estadual da Saúde;

À especial amiga Carla Bottega, pela grande ajuda, em diversos momentos desta caminhada. Obrigada “guria”.

À grande “Malu Mulher” – Professora Maria Luiza Cardinale Baptista, da Pazza Comunicazione, pelos direcionamentos assertivos e potencializadores, pelos suspiros e gargalhadas e pela grande acolhida materna.

Aos colegas do grupo de pesquisa - aos que se inseriram agora e aos que já estão há algum tempo, à Tatiana Baieler pelo seu carinho, à Fernanda Luz pelo seu sorriso largo, e em especial à Cristina Prisco, Cristiane Veeck e Thiele Muller por terem compartilhado comigo a experiência de fazer “PESQUISA” no campo e também pelas discussões produtivas que apontaram caminhos;

Ao meu orientador, Álvaro Merlo, por ter me selecionado e acreditado no projeto;

Aos professores do PPGPSI por terem me instigado a muitas reflexões e à crença em novos devires;

À Mara Meireles, da Biblioteca do Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho (CEDOP) da UFRGS, pelo apoio e cumplicidade nas dramatizações;

Aos trabalhadores dos sindicatos - SINDSEPE e SINTERGS - que dedicam seu tempo a promover saúde. Obrigada pela calorosa recepção;

Aos protagonistas do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em especial às colegas Maria Helena de Barros e Maria Cristina Lupi Maia, que me abriu os dados, as portas e muros; aos colegas do Serviço de Memória Cultural – Neuza Maria de Oliveira Barcelos e Edson Medeiros Cheuiche;

E, principalmente, ao grupo de trabalhadores que acreditou no projeto, “*se envolveu e botou afeto*”. Obrigada a vocês, por terem permitido o início, o desenvolvimento e a conclusão da pesquisa. Sem desejo, não teria sido possível. A todos, muita saúde, na vida e no trabalho!

“Dai a palavra à dor: a dor que não fala geme no coração até que o parte”.
Shakespeare

RESUMO

Esta dissertação busca compreender a dinâmica do trabalho realizado por profissionais de saúde mental, de um hospital psiquiátrico público do Estado do Rio Grande do Sul, Hospital Psiquiátrico São Pedro, (HPSP), e suas implicações, em relação ao sofrimento e ao prazer. Os objetivos específicos são: analisar a organização do trabalho; identificar a relação de sofrimento e prazer; e, conhecer as estratégias coletivas de defesa e de saúde, produzidas por estes trabalhadores. O aporte teórico metodológico utilizado foi o da Psicodinâmica do Trabalho, de Christophe Dejours, aplicado de forma *strictu sensu*, em suas etapas de desenvolvimento. Para dialogar com esse referencial, recorreu-se a autores vinculados às temáticas trabalho: como Marx, Dejours, Nardi, Lancman, e Pitta; loucura e saúde mental, Amarante, Magnólia Mendes; hospital psiquiátrico, como Foucault e Dias; serviço público, Rollo, Antunes, Castel, dentre outros. A pesquisa possui abordagem qualitativa, o que é coerente à intenção de entender as implicações do processo de trabalho de uma instituição, marcada pela loucura e pela esfera pública, em relação à subjetividade dos seus trabalhadores. Os dados foram obtidos através da pré-pesquisa e dos encontros realizados com o grupo de trabalhadores, formado por profissionais que atuam em unidades de internação de pacientes agudos, cujo perfil está se modificando para usuários de drogas, mais especificamente, de *crack*. Percebeu-se que estes trabalhadores se encontram em um espaço do “entre”, ou seja, em um espaço de transição, que vai trazer implicações no processo de trabalho e de saúde. Constatou-se que eles utilizam estratégias coletivas de defesa, tais como: afastamento, endurecimento e reclamação; e estratégias coletivas de saúde, manifestadas através de trocas e ajuda, oxigenação e mudanças possíveis. Essas estratégias, no entanto, operam de forma conservadora, pois não alteram o modo pelo qual o trabalho está organizado. Permitem, por outro lado, minimizar o sofrimento e obter algum prazer. O estudo constata a existência de ‘grilhões’, que exacerbam o sofrimento no trabalho: o peso da loucura, os atravessamentos políticos, o sucateamento dos recursos, as condições e a forma de organização do trabalho, em que a precariedade dos vínculos relacionais com os colegas é apontado como a maior carga. Outro aspecto ressaltado na pesquisa é o fato de que as políticas públicas existentes, voltadas ao trabalhador, não dão conta, na prática, da demanda interna, pois são ações que atuam, em sua maioria, no sentido de fiscalizar as instituições. Fica evidenciada a importância de se constituir, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, um espaço de discussão legítimo, que possibilite instigar a força coletiva do grupo. Assim, acredita-se ser possível fomentar o reconhecimento e a construção de um significado para o trabalho, que proporcione mais prazer aos trabalhadores e que viabilize saúde a quem trata da saúde.

Palavras chave: Psicodinâmica do Trabalho, Hospital Psiquiátrico, Trabalhadores de saúde mental, Esfera pública.

ABSTRACT

This essay searches for the understanding of the dynamics of the work made by mental health professionals of one psychiatric public hospital in the state of Rio Grande do Sul named Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) and its implications related to suffering and pleasure. The specific objectives are: to analyze the organization of the work; to identify the relation between suffering and pleasure and to know common strategies of defense and health produced by these workers. The theoretical-methodological subsidy used was Christopher Dejours' Psychodynamics at Work applied in a strictu sensu pattern during its development stage. To work with such reference we looked for authors linked to the theme work such as Marx, Dejours, Nardi, Lancman and Pitta; madness and mental health, Amarante, Magnólia Mendes; psychiatric hospital, such as Foucault and Dias: public service, Rollo, Antunes, Castel, among others. The research is qualitative-based which is coherent to the intention of understanding the implications of the working process inside an institution surrounded by insanity and by the public domain in relation to the subjectivity of its employees. Data were obtained through a beforehand research and from the meetings held with the group of workers composed by the professionals who act in units of the asylum with seriously insane patients whose profile has changed to drug addicts, more specifically, crack. We came to the conclusion that these workers are found in a space "in between", that is, in a transition space which will bring implications in the labor and health process. We also noticed that they use common health defense strategies manifested through the exchanges and help, oxygenation and possible changes. But these strategies work in a conservative model because they don't alter the way the work is organized in itself. They allow, on the other hand, to minimize the suffering and to get some kind of pleasure. The study suggests the existence of mental links or mental chains which increase the suffering at work: the burden of madness, the political obstructions, the resources defraying, the conditions and the organization of the work where the poor relationship entailment among the workmates is appointed as the biggest burden. Another point to be considered in the research is the fact that the existing public politics made for the workers are not sufficient in practice to fulfill the internal demand due to the fact that they are actions that happen, in its majority, to control the institution. It is made clear the importance of making at Hospital Psiquiátrico São Pedro a real discussion scene that will promote the investigation of the common strength of such group. Therefore, we believe that it is possible to foment the acknowledgement and the making of a meaning to work that will bring pleasure for the employees and promote health to the ones that treat it.

Key words: Work Psychodynamics, Psychiatric Hospital, Mental Health Workers, Public Domain.

RÉSUMÉ

Cette thèse vise à comprendre la dynamique du travail effectué par des professionnels de la santé mentale dans un hôpital psychiatrique public de Rio Grande do Sul, Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), et ses implications par rapport à la douleur et le plaisir. Les objectifs spécifiques sont: d'analyser l'organisation du travail, la détermination des relations de douleur et de plaisir, et connaître les stratégies de défense collective et de la santé, produites par ces travailleurs. La contribution théorique et méthodologique sont la psychodynamique du travail, de Christophe Dejours, appliquée *strictu sensu*, dans ses stades de développement. Nous avons utilisé les auteurs cités par leur liaison avec les thèmes: le travail: Marx, Dejours, Nardi, Lancman et Pitta, la folie et la santé mentale: Amarante, Magnolia Mendes, hôpital psychiatrique: Foucault et Dias, le service public: Rollo, Antunes, Castel, entre autres. Le sondage a une approche qualitative, qui est conforme au désir de comprendre les implications des travaux d'une institution marquée par la folie et la sphère publique par rapport à la subjectivité de leurs employés. Les données ont été recueillies au moyen de pré-recherche et des réunions avec le groupe des travailleurs, formé par des professionnels travaillant dans des unités d'hospitalisation pour malades aigus, dont le profil évolue pour les usagers de drogues, plus précisément le Crack. Il a été estimé que ces travailleurs sont dans un espace «entre», c'est à dire dans un espace de transition, qui aura des implications dans le processus de travail et de santé. Il a été constaté qu'ils utilisent des stratégies collectives de défense, comme l'éloignement, le durcissement et les plaintes et les stratégies collectives de la santé, exprimées à travers le commerce et l'aide, "l'oxygénation" et de changements possibles. Ces stratégies, cependant, sont en fait très conservatrices, n'ont pas changé la façon dont le travail est organisé. D'autre part, ces stratégies aident à minimiser la douleur et d'obtenir un certain plaisir. L'étude constate l'existence de «chaînes», qui aggravent la souffrance au travail: le poids de la folie, l'ingérence politique, l'appauvrissement des ressources, les conditions et l'organisation du travail, où la précarité des liens relationnels avec les collègues est identifiée comme la plus grande charge. Un autre aspect souligné dans la recherche est le fait que les politiques publiques pour l'employé n'atteint pas les besoins internes, agissent pour surveiller les institutions. Les résultats ont montré l'importance de la construction d'un espace de discussion légitime dans l'hôpital São Pedro, qui permet de provoquer la force collective du groupe. Ainsi, il est possible de promouvoir la reconnaissance et la construction d'un sens pour le travail, fournissant plus de plaisir pour les travailleurs et pour donner la santé à ceux qui travaillent avec la santé.

Mots-clés: psychodynamique du travail, de l'hôpital psychiatrique, les travailleurs de la santé mentale, la sphère publique.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 TRABALHO	19
2.1. TRABALHO HOSPITALAR DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL _____	29
2.2. O MITO DE SÍSIFO _____	36
3 LOUCURA E SAÚDE MENTAL.....	38
3.1 LOUCURA _____	38
3.2 SAÚDE _____	41
3.2.1 Saúde dos profissionais de saúde	43
4. OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS.....	46
4.1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA _____	50
4. 2. A INSTITUIÇÃO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO _____	53
4.2.1 Unidades de Internação	70
5. SERVIÇO PÚBLICO	755
5.1. POLÍTICAS PÚBLICAS _____	75
5.1.1 A Saúde: direito de todos	755
5.1.2 Os Sindicatos	78
5.1.3 Plano de Carreira, Cargos e Salários.....	87
5.1.4 DesprecarizaSUS.....	88
5.1.5 Regulação do Trabalho em Saúde	89
5.1.6 Negociação do Trabalho no SUS	90
5.1.7 Recursos orçamentais da Saúde	92
5.2. SERVIDOR X SERVIÇO PÚBLICO _____	92
6 SOFRIMENTO E PRAZER NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	104
6.1 OBJETIVOS _____	104
6.1.1 Objetivo Geral.....	104
6.1.2 Objetivos Específicos	104
6.2 METODOLOGIA _____	104
6.2.1 Análise da Demanda	108
6.2.1.1 Pré-pesquisa ou Pesquisa Inicial	108
6.2.1.2 Pesquisa.....	109
6.2.1.3 Análise e interpretação dos dados	11111
6.2.1.4 Etapas de pré-validação e validação/Elaboração de relatório.....	11111

6.2.2 Riscos da pesquisa.....	1133
6.2.2.1 Preocupação com a Ética.....	1133
6.2.2.2 Relação do pesquisador com os trabalhadores	1144
6.3 RESULTADOS	1155
6.3.1 Agrupamentos Temáticos	1177
6.3.2 Relato dos agrupamentos temáticos.....	1188
6.3.2.1 Organização do Trabalho	1188
6.3.2.1.1 O trabalho no hospício	12020
6.3.2.1.1.1 O início de tudo	1222
6.3.2.1.1.2 Condições e demandas.....	1233
6.3.2.1.1.3 Atravessamentos do setor público.....	1266
6.3.2.1.1.4 Trabalho prescrito X Trabalho real	13030
6.3.2.1.2 Relações de Trabalho	1344
6.3.2.1.2.1 Com os pacientes.....	1399
6.3.2.1.2.2 Com os colegas.....	1488
6.3.2.1.2.3 Com os superiores	1611
6.3.2.2 Sofrimento e Prazer.....	1666
6.3.2.2.1 Perseguição ou “paranóia”?	1755
6.3.2.2.2 Do medo a somatização.....	1788
6.3.2.2.3 Falar ao vento	1822
6.3.2.2.4 Da transgressão ao reconhecimento.....	1888
6.3.2.2.5. Algumas vitórias.....	1944
6.3.2.3 Estratégias Coletivas de Defesa	1955
6.3.2.3.1 Primárias	1977
6.3.2.3.1.1 Afastamentos	1977
6.3.2.3.1.2 Endurecimento	2011
6.3.2.3.1.3 Reclamação	2022
6.3.2.3.2 Secundárias	2077
6.3.2.3.2.1 Silêncio/não enfrentamento.....	2077
6.3.2.3.2.2 Racionalização	2088
6.3.2.4 Estratégias Coletivas de Saúde	2099
6.3.2.4.1. Trocas e ajuda	21010
6.3.2.4.1.1 A organização em torno da comida.....	2133
6.3.2.4.2 Oxigenação - residência, cursos, espaços reais de fala e o humor	2155

6.3.2.4.2.1 Espaços reais de fala	2177
6.3.2.4.2.2 Humor.....	2188
6.3.2.4.3 Mudanças possíveis.....	22020
7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	224
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	2399
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	2422
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	2511
APÊNDICE B – RELATÓRIO FINAL.....	2522
ANEXOS - FOTOS.....	2677

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem por objeto a dinâmica do trabalho realizado por profissionais de saúde mental, do maior hospital psiquiátrico público, do Estado do Rio Grande do Sul, e suas implicações, em relação ao sofrimento e ao prazer. O campo investigado foi o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), cuja clientela de pacientes atendidos carrega significativa carga de preconceito, em razão dos mitos, que envolvem a loucura na área social.

O trabalho significa um importante referencial, para o desenvolvimento emocional, psíquico e cognitivo do indivíduo, e também contribui para seu reconhecimento social. O assunto, indiscutivelmente, está na pauta das discussões atuais e vem adquirindo importância, cada vez maior, para a vida das pessoas; por isto, ocupa uma centralidade no mundo contemporâneo. Pode-se dizer que, ao mesmo tempo, o mundo do trabalho representa um elemento paradoxal, para o ser humano, já que é fonte de prazer e realização, e, também, de grande sofrimento, podendo levar, assim, ao adoecimento.

O trabalho, é, por si só, capaz de produzir muitas indagações e questionamentos, na contemporaneidade. Isto ocorre, ainda mais, no que diz respeito a este estudo, porque ele envolve, especificamente, servidores estaduais, regidos pela ótica da administração pública - que amplia a complexidade, pertinente ao próprio ato de trabalhar.

O tema foi escolhido em função de que a pesquisadora possui uma trajetória recente no setor público, em uma instituição hospitalar, com características muito semelhantes às do local estudado. Assim percebe que, por ser psicóloga do trabalho, e ouvir muitos relatos de sofrimento, está diretamente implicada em repensar outras práticas possíveis, em uma instituição que existe para planejar/promover/tratar a saúde, mas que desrespeita a de seus próprios trabalhadores.

A saúde, como instituição, atividade econômica e necessidade social, têm preenchido espaços cada vez mais amplos, nos meios de comunicação e nas políticas públicas. Isso se evidencia, ainda mais, quando o eixo de abordagem é o das doenças mentais.

O hospital psiquiátrico tem ocupado, ainda, um lugar nevrálgico, no sentido de segregação social. Em relação aos trabalhadores, aglutina uma grande diversidade de profissões, que inclui enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, artistas plásticos, auxiliares de atividade de apoio, além de muitos outros.

Do outro lado, estão os usuários, frequentemente em dramáticas situações de resolução dos seus conflitos psiquiátricos, emocionais e sociais, assinalando um difícil processo de saúde/doença e doença/saúde, em função da habitual complexidade do tema e cronicidade resultante.

Então, diante deste contexto, surgiram os questionamentos, sobre como seria, realmente, possível, para os trabalhadores desse hospital, constituírem-se como agentes produtores de saúde e não de doença? Se todo o trabalho produz sofrimento, em algum nível (DEJOURS, 1999), quais seriam as alternativas viáveis, para uma maior produção de prazer nas práticas laborais cotidianas?

Observa-se que não existe uma política específica para o trabalhador da área da saúde. Por exemplo, há algumas políticas no Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, proclamada pelo Ministério da Saúde; a Política Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador, preconizada pelos Ministérios da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego. Nessa perspectiva, Rollo (2007) afirma que a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) elegeu o ano de 2006 e a próxima década como de “valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde”. Além disso, a OMS possui um Plano de ação mundial sobre a saúde dos trabalhadores (2008-2017). Nestes casos, no entanto, a ênfase das ações se concentra no controle ‘para fora’, ou seja, as ações visam, em última análise, à redução de acidentes e doenças, relacionadas ao trabalho em empresas. Não se constituem, portanto, na prática, em ações voltadas aos seus próprios trabalhadores.

A permanente exposição de um ou mais fatores, que produzam doenças ou sofrimento, no trabalho hospitalar, decorre, conforme Pitta (1994), da própria natureza deste trabalho e da forma com que ele está organizado.

Assim, cabe a provocação, no sentido de que pouco se avançou, na área, e de que existem ainda muitos desafios a serem enfrentados, tanto na produção de estudos, quanto na execução de práticas mais saudáveis. A própria reforma

psiquiátrica é um exemplo, nesse sentido, já que apresenta uma série de melhorias no sistema. Por outro lado, contudo, ainda não adquiriu a dimensão necessária para uma efetiva mudança; até porque as ações necessárias envolvem uma complexa rede de fatores, difíceis de serem contemporizados efetivamente. Essa realidade contribui para justificar a realização desta pesquisa, uma vez que o seu objeto está intrinsecamente ligado ao trabalho dos profissionais de Saúde.

Pelo que se pode perceber, a dinâmica para a compreensão do trabalho, na instituição estudada, passa por muitos atravessamentos, tais como: o acentuado caráter segregador associado à loucura; a administração pública, com seus descontínuos interesses políticos; a pouca autonomia dos trabalhadores; o sucateamento de recursos, de tecnologia; a fragilidade dos vínculos relacionais; dentre outros.

Além desses aspectos citados, há muitas outras questões sobrepostas, que balizaram a importância da realização da pesquisa, exatamente pela intrincada malha da organização hospitalar, a ser desvelada. Um dado relevante, neste sentido é que a instituição arrasta, ao longo dos anos, o fardo dos seus grilhões, o que representa, simbolicamente, um encadeamento de fatores, que pesam e fazem sofrer a todos na instituição.

A identificação com a metodologia de Dejours - um dos maiores expoentes em relação à saúde dos trabalhadores, denominada de Psicodinâmica do Trabalho, e a contribuição da Psicologia Social, surgiram como 'oásis, em uma realidade bastante árida, quando a pesquisadora ainda buscava referenciais teóricos que possibilitassem não apenas o entendimento de situações de trabalho, na instituição em que atua, mas o distanciamento necessário, para uma reflexão que permitisse um alcance maior dos problemas institucionais.

A escolha pelo mestrado e pela linha de orientação foi uma consequência dessas necessidades. Igualmente, a definição do campo da pesquisa, em outra instituição hospitalar, ocorreu em função do envolvimento pessoal e dos atravessamentos institucionais, que poderiam representar prejuízo, em termos metodológicos, uma vez que os pressupostos de Dejours foram utilizados de forma *strictu senso*.

O objetivo da pesquisa, portanto, foi o de compreender a dinâmica do processo de trabalho dos profissionais de saúde mental, do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em relação ao sofrimento e ao prazer. E, para compreender a relação

entre trabalho, sofrimento e prazer, desses trabalhadores, é fundamental o entendimento da complexa dinâmica que se estabelece, entre e com os diversos atores envolvidos. Isso se mostra como algo relevante, uma vez que o Hospital se apresentou como um campo de práticas disciplinares, inicialmente, e, mais recentemente, constituiu-se como de práticas sanitárias, levando a agressões e/ou ajustes à vida psíquica dos trabalhadores.

Cabe, por estas questões, ressaltar o aspecto qualitativo da pesquisa, uma vez que se pretendeu compreender os impactos, na subjetividade do trabalhador. A prática deste estudo envolveu, então, a busca de trabalhar com o universo laboral dos trabalhadores de saúde, visando à compreensão de suas relações e de suas ações. Como afirma Minayo (2004), a pesquisa qualitativa opera com um universo de valores, crenças e motivações, que não pode ser captado ou percebido por estatísticas ou equações.

Para além dos objetivos, através da análise da dinâmica estabelecida, espera-se contribuir, de alguma maneira, para compreender esta instituição psiquiátrica, regida especificamente pela administração pública, e o seu trabalhador, no intuito de subsidiar propostas para a promoção de saúde e a qualificação do trabalho desses profissionais.

A esta altura do percurso, cabe frisar a preocupação com a ética e o sigilo das informações compartilhadas, pelo grupo de trabalhadores. Existe, também, o compromisso, no sentido de apresentar a pesquisa para os trabalhadores envolvidos, bem como para os gestores, no intuito de respaldá-los com um volume de informações que possa contribuir nas suas lutas por melhorias, e que ajude a tornar o trabalho realmente mais saudável e prazeroso nesta instituição.

Depois da introdução, apresenta-se o segundo capítulo, com uma discussão sobre a contextualização teórica do trabalho. Encontra-se dividido em duas seções, sendo a primeira voltada a abordar o trabalho hospitalar de profissionais de saúde mental, e a segunda que trata o mito de Sísifo em uma correlação ao sofrimento dos trabalhadores de saúde. Para essa discussão foram utilizados principalmente autores como Dejours, Marx, Harvey, Nardi, Lancman, Pitta, Marazina e Camus.

No terceiro capítulo será tratado do eixo loucura e saúde mental que está dividido em duas seções respectivamente, onde serão abordados e discutidos estes conceitos; sendo que contido nessa última seção está a saúde dos profissionais de

saúde, cujos autores utilizados foram essencialmente Dejours, Canguilhem, Amarante, Magnólia Mendes, Ramminger e Sá Júnior.

O quarto capítulo se refere à trajetória dos hospitais psiquiátricos, com duas subdivisões, uma sobre a Reforma Psiquiátrica e outra sobre a caracterização do Hospital onde foi realizada a pesquisa. Nesse capítulo utilizou-se como referencial Foucault, Castel, Dias, Lancetti, Arejano, Wadi, Cruz-Lanzarin e Magalhães.

No quinto capítulo, serão abordadas questões específicas sobre o serviço público, dentre elas, as políticas públicas existentes voltadas à saúde do trabalhador e a relação do servidor com o serviço público, utilizando Dejours, Rollo, Antunes, Lacaz, Guattari, Ribeiro Pina e Neves.

O sexto capítulo tratará do sofrimento e prazer na organização do trabalho, que está subdividido em metodologia e relato dos agrupamentos temáticos; onde foram usados fundamentalmente os seguintes referenciais: Dejours, Merlo, Minayo, Maturana, Hallack et al, Carneiro e Seligmann-Silva.

O sétimo, abordará a discussão dos resultados e o oitavo capítulo, as considerações finais, onde serão retomadas algumas idéias construídas ao longo da pesquisa.

2 TRABALHO

Neste capítulo, pretende-se referendar, a partir de conceitos de diversos autores, o tema trabalho. Intenciona-se estabelecer as correlações entre organização do trabalho, sofrimento e prazer, para instituir possíveis relações destes fatores com a saúde psíquica dos trabalhadores.

Muitos autores discutem a questão da centralidade do trabalho no mundo contemporâneo, se teria realmente esta dimensão nas relações entre sujeito e sociedade e na constituição do próprio sujeito. No entanto, conforme Nardi (2006), as transformações contemporâneas mostram que o trabalho continua central do ponto de vista da estrutura social e da construção material e psíquica dos sujeitos. Assumir que o trabalho perdeu sua centralidade na organização do tecido social dependeria, conforme o autor, da construção de um novo modo de manutenção da existência dos seres humanos, no qual o trabalho não desempenhasse mais o papel de moeda que permite a aquisição dos proventos necessários para a sobrevivência.

Nardi (2006) afirma que faz parte dos novos dispositivos do trabalho fazê-lo desaparecer como questão social, como problema político e como categoria sociológica, banalizando e reduzindo suas questões.

A Psicodinâmica do trabalho, metodologia referência desta pesquisa entende, primordialmente, que o trabalho é central na vida do indivíduo e da sociedade, e o toma como pilar para o seu desenvolvimento.

Paradoxalmente, como afirma Dejours (1999), ao mesmo tempo em que é anunciado o “fim do trabalho”, observa-se o surgimento de patologias decorrentes de cada vez mais sobrecarga, tais como, *burn out*, LER¹, alterações cognitivas, tentativas de suicídio nos locais de trabalho, dentre outras.

¹ Síndrome de *Burn out* – também denominada de Síndrome da Estafa Profissional utilizada para descrever um sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia, força e recursos. Caracterizada pela exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. Os sintomas físicos associados incluem cefaléia, alterações gastrointestinais e insônia, entre outros. Os emocionais incluem desmotivação, frustração, depressão e dependência de drogas. No trabalho ocorre diminuição do rendimento e aumento do absenteísmo (SOARES ET AL, 2007); Lesão por Esforço Repetitivo (LER), que atualmente associado a Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT), tem representado importante fração do conjunto dos adoecimentos relacionados ao trabalhador; que consistem em distúrbios funcionais ou orgânicos resultantes de fadiga de origem ocupacional consequência de fadiga localizada e afecções dos fatores ocasionados pelas pressões internas ao trabalho, pelas desorganizações internas e externas e pelos fatores psicossociais. As causas vão além dos sintomas físicos, passam pela organização do trabalho, dificuldades interpessoais e fatores ergonômicos. É reconhecida publicamente como patologia associada às condições de trabalho (BARBOSA ET AL, 2007).

Marx, em *O capital* (1983), traz, essencialmente em sua teoria, o homem produzindo pelo trabalho as condições de sua existência e de sua consciência. Na dialética marxista, o indivíduo aparece como uma totalidade que se realiza, ao mesmo tempo em que se exterioriza por outra totalidade, a sociedade. O homem aparece como um todo – parte em si e se realizando pela sua outra face ao mesmo tempo. Assim, a vida social (genérica) e a vida particular aparecem em tensão mutuamente realizadora.

Segundo Campos (In SANTOS-FILHO; BARROS DE BARROS, 2007), o trabalho, além de assegurar a sobrevivência individual e da espécie, foi também se transformando no principal dispositivo para a produção de si mesmo e da cultura. É preciso trabalhar pela remuneração financeira, mas também para dar sentido e significado à vida e à sociedade em que vivemos. Nesse aspecto, o trabalho não está desaparecendo, ainda que o desemprego venha aumentando no mundo inteiro. Inclusive um dos componentes da globalização desumanizada, ressaltada pelo autor, seria o desrespeito ao trabalho e ao trabalhador.

Applebaum (1995 apud Nardi, 2006) afirma que nossa sobrevivência como espécie depende da necessidade de trabalhar. O trabalho é o esforço cooperativo da humanidade, sendo associado à auto-estima, ao progresso social e à qualidade de vida. É ainda a pré-condição para a liberação das pessoas para o desfrute de um lazer pleno. O trabalho ainda é associado à maturidade, à autodisciplina e aos valores morais. Por todas estas razões o trabalho constitui-se na pré-condição para a condição humana.

Dejours (1999, 2004), em uma extensa produção de pesquisa, direciona seus estudos, para a interpretação dos conteúdos das vivências subjetivas dos trabalhadores em seus ambientes de trabalho, não os considerando apenas como corpos biológicos submetidos a formas distintas de organização do trabalho, mas tratando-os como sujeitos sexuados, com intensa produção e interação subjetiva, onde o universo do trabalho costuma ocupar a maior parte de suas vidas.

Nessa perspectiva, Clot (2006) também compreende o trabalho como um lugar central, onde a própria identidade do sujeito é o resultado de uma conquista que passa por um reconhecimento do “trabalhador” no homem.

O trabalho enfim, representa mais do que o ato de trabalhar ou de vender a força de trabalho em busca de remuneração. Existe, também, uma remuneração social, ou seja, o trabalho enquanto fator de integração a determinado grupo com

certos direitos sociais. O trabalho tem, ainda, uma função psíquica: é um dos grandes alicerces da constituição do sujeito e de sua rede de significados.

Na linguagem cotidiana a palavra trabalho tem muitos significados. Conforme Albarnoz (1986), o seu conteúdo oscila como uma das formas elementares de ação dos homens. Às vezes carregada de emoção, lembra dor, tortura, suor do rosto, fadiga. Noutras, mais que aflição e fardo, designa a operação humana de transformação da matéria natural em objeto de cultura.

A própria palavra trabalho já carrega, em seu significado, uma pesada ambiguidade, em função de sua origem. Em termos de representação simbólica, foi assinalando, ao longo dos tempos, um fardo pesado e destrutivo ao trabalhador.

Dejours (2008, p. 05) define trabalho como “[...] a atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho”. Nesta formulação, trabalho é um elemento central, na promoção do desenvolvimento psíquico, porque opera na construção da identidade, em um espaço intersubjetivo (o ambiente de trabalho), com suas relações grupais, hierárquicas e organizacionais.

Marx (1983, p. 54) ao distinguir trabalho concreto de abstrato, define que:

[...] todo trabalho é, de um lado, dispêndio de força humana de trabalho, no sentido fisiológico e, nessa qualidade de trabalho humano igual ou abstrato, cria o valor das mercadorias. Todo trabalho, por outro lado, é dispêndio de força humana de trabalho, sob forma especial, para um determinado fim, e nessa qualidade de trabalho útil e concreto, produz valores-de-uso.

Portanto, de um lado, tem-se o caráter útil do trabalho, numa dimensão concreta e, de outro, sua dimensão abstrata, onde elas se reduzem a uma única espécie de trabalho: o trabalho humano abstrato.

Para Antunes (1995), a dimensão concreta do trabalho é subordinada à sua dimensão abstrata. Então, quando se fala da crise da sociedade do trabalho é necessário qualificar de qual dimensão se está falando. O autor entende, portanto, que vivemos uma crise do trabalho abstrato, cuja superação tem, na classe trabalhadora, mesmo fragmentada, heterogeneizada e complexificada, o seu pólo central.

Marx (1983) utiliza dois termos diferentes, para caracterizar a dimensão dupla do trabalho: *work* – que se realiza como expressão do trabalho concreto, criando valores socialmente úteis; e *labor* – que expressa a execução cotidiana do trabalho, convertendo-se em sinônimo de trabalho alienado.

Para entender o trabalho, em toda a sua complexidade, é importante explicá-lo, para além do que pode ser visível e mensurável. É necessário que se considere, também, a qualidade das relações que ele propicia, sob o ponto de vista de seus agentes.

Para Castel (1998), o trabalho é a matriz da integração social, onde ocorre uma forte correlação entre as formas de inserção no trabalho e as formas de integração social. O autor observa a relação direta, que se estabelece entre o processo de precarização das relações de trabalho e a consequente vulnerabilidade social, a qual o sujeito está exposto. A hipótese, desenvolvida por Castel, afirma que as transformações do trabalho mudam, inclusive, as estratégias familiares e a relação geracional entre pais e filhos.

O trabalho é, portanto, o maior fator de produção de sentido, para a integração social, pois é a partir do olhar do outro que nos constituímos como sujeitos. É justamente na relação com o outro que nos reconhecemos, em um processo de busca de semelhanças e diferenças. São as relações cotidianas, que permitem a construção da identidade individual e social, a partir de trocas materiais e afetivas, fazendo com que o sujeito, ao longo de toda a sua vida, constitua sua singularidade, em meio a diferenças. Na vida adulta, o espaço do trabalho é o plano privilegiado dessas trocas, pois aparece como o mediador central da construção, do desenvolvimento, da complementação da identidade e da constituição da vida psíquica. O trabalho permite, assim, o confronto entre o mundo externo e o mundo interno do trabalhador.

A mobilização do sujeito, para trabalhar, coloca em questão a estrutura de sua personalidade, sua identidade, e possui uma ação transformadora sobre esse sujeito. Esse conflito, entre o que o sujeito já é e o que ele se torna pelo confronto com a realidade, pode ser considerado, conforme Castel (1998), uma das questões básicas, para o desenvolvimento do sujeito, como indivíduo e como ser social. Portanto, o trabalho assume um papel central, no processo de realização de si mesmo.

Um dos pontos mais destacados, na Psicodinâmica do Trabalho, diz respeito à importância do trabalho na formação da identidade. Esta é entendida como um processo, que se desenvolve ao longo de toda a vida do sujeito, e que está vinculada à noção de alteridade. Este processo deixa sempre, em aberto, uma lacuna que nunca será preenchida.

Logo, o trabalho ocupa, na construção da identidade e da saúde, um lugar insubstituível. Trata-se do lugar em que se desenrola, para o sujeito, a experiência dolorosa e decisiva do real, entendido como aquilo que – na organização do trabalho e na tarefa – resiste à sua capacidade, às suas competências, a seu controle. É exatamente essa experiência subjetiva que dá à psicodinâmica do trabalho seu objeto.

Essa abordagem inscreve a vivência do trabalho, no registro da auto-realização, no campo social. Nesse sentido, Dejours (1994), observa que o objeto da psicodinâmica do trabalho não é o trabalho, mas, sim, as dinâmicas intra e intersubjetivas, visto que a subjetividade é construída ao preço de uma atividade sobre si mesmo, sobre a experiência vivida e sobre as determinações inconscientes. Logo, a psicodinâmica do trabalho não é uma psicologia do trabalho, mas uma psicologia dos sujeitos, do coletivo, em relações dinâmicas de produção.

Dejours (1994) classifica a relação do homem com a organização do trabalho, como a origem da pesada carga psíquica das relações laborais. Esta relação pode ser fonte de prazeres e desprazeres, evidenciados, muitas vezes, por afastamentos, sofrimentos que se estendem além do trabalho, mas que também contamina todas as instâncias da vida da pessoa.

Harvey (1992) afirma que a divisão organizada do trabalho é um dos princípios fundamentais da modernização capitalista. Tal aspecto gera maior fragmentação de tarefas e responsabilidades, o que opera uma verdadeira transformação das relações sociais.

Conforme declara Dejours (1994), a organização do trabalho é, de certa forma, a vontade do outro com a qual nos deparamos nas instituições. É, primeiramente, a divisão do trabalho e sua repartição entre os trabalhadores, ou seja, a divisão de homens. A organização do trabalho, portanto, recorta o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho. Onde se observa o exercício do domínio, do controle, do desejo de explorar ao máximo a força de trabalho, isto é, a substituição do livre arbítrio do trabalhador pela injunção do empregador.

Segundo Dejours (1994), o trabalhador é assim despossuído de seu corpo físico e nervoso, domesticado e forçado a agir conforme a vontade de outro, numa inspiração taylorista² acabando por ser desapropriado de sua competência. Logo, a carga psíquica do trabalho resulta da confrontação do desejo do trabalhador à injunção do empregador, contida na organização do trabalho.

Paugan (2000 apud NARDI, 2006) conclui que, quanto maior é a precariedade associada ao trabalho, maior é o risco de rupturas sociais e familiares, de redução da sociabilidade, de diminuição da renda e de piora das condições de vida.

Para Dejours (1994), o trabalho é o *lócus* em que se realiza o aprendizado da democracia. Mas, se a renovação do viver junto fracassa, então, o trabalho pode se tornar uma perigosa força de destruição da democracia e de difusão de cinismo e do “cada um por si”.

Marx (1988 apud HARVEY, 1989) descreve processos sociais, que agem no capitalismo, caracterizados por promover o individualismo, a alienação, a fragmentação, a efemeridade, a inovação, a destruição criativa e as mudanças da experiência do espaço e do tempo, que trarão sérias implicações ao trabalhador.

Conforme Antunes (1995), se, na formulação *marxiana*, o trabalho é o ponto de partida do processo de humanização do ser social, também é verdade que, tal como se objetiva na sociedade capitalista, o trabalho é degradado e aviltado. O que deveria se constituir na finalidade básica do ser social – a sua realização no e pelo trabalho – é pervertido e depauperado.

Nardi (2006) lembra que esta ruptura em relação ao sentido do trabalho foi marcada pela reforma protestante, onde o trabalho passou a ser pensado como vocação. Na tradição protestante, a partir da qual os aspectos positivos do trabalho foram valorizados, ao contrário da tradição católica, que o associava ao castigo. Assim o lucro deixou de ser punido e passou a ser considerado uma benção divina e uma forma de honra. Surgiu então, uma doutrina e um suporte moral capazes de sustentar e valorizar o trabalho, de acordo com o sentido que ele passou a ter no capitalismo.

² Referência ao modelo de administração, desenvolvido por Taylor, caracterizado pela divisão de tarefas, pelo controle e monitoramento do tempo, com ênfase na organização racional do trabalho. Neste modelo, a concepção (cérebro, patrão) era separada da execução (mãos, operário), sendo negada ao trabalhador qualquer manifestação criativa ou participação naquele processo (TAYLORISMO, 2009).

Na visão capitalista, o processo de trabalho se converte em meio de subsistência. A força de trabalho torna-se, como todo o resto, uma mercadoria, cuja finalidade vem a ser a produção de outras mercadorias. O que deveria ser a forma humana de realização do indivíduo reduz-se à única possibilidade de subsistência do despossuído. Esta é, portanto, a radical constatação de Marx (1983), ou seja, a precariedade e perversidade do trabalho, na sociedade capitalista. Modificado e desfigurado, o trabalho torna-se meio e não necessidade de realização humana.

Nessa lógica, Antunes (1995, p. 128) defende que:

[...] a racionalização própria da indústria capitalista moderna tende, ao ser movida pela lógica do capital, a eliminar as propriedades qualitativas do trabalhador, pela decomposição cada vez maior do processo de trabalho em operações parciais, operando-se uma ruptura entre o elemento que produz e o produto desse trabalho. Este é reduzido a um nível de especialização, que acentua a atividade mecanicamente repetida. E essa decomposição moderna do processo de trabalho, de inspiração taylorista, penetra até a alma do trabalhador. Tem-se no plano da consciência, a coisificação, a reificação; o trabalho estranhado converte-se num forte obstáculo à busca de plenitude do ser.

Dejours (1999), ao problematizar a questão do sofrimento e do trabalho, indaga-se sobre a possibilidade de se estabelecer uma relação incontestável, entre esses dois aspectos. Ele entende que, ou o trabalho é causa de sofrimento específico, ou é apenas revelador de um sofrimento, cujas origens são internas e estranhas ao próprio trabalho. De qualquer forma, sempre há sofrimento. A única possibilidade, apontada pelo autor, é a de transformar esse sofrimento, porque, segundo ele, a sua eliminação não seria possível.

De fato, o trabalho tem efeitos muito poderosos sobre o sofrimento psíquico. Pode contribuir para agravá-lo ou subvertê-lo, no sentido de transformá-lo em prazer. O resultado dessa relação, entre sofrimento e trabalho, nunca é previamente determinado porque depende de uma dinâmica.

Dejours (1999) aponta para três concepções de sofrimento. A primeira seria característica dos estados mentais entre a saúde mental – conceituada como o bem-estar psíquico, em referência à definição da Organização Mundial de Saúde e a

doença mental descompensada. Nessa abordagem, o sofrimento estaria entre estes dois extremos.

A segunda noção é a de defesa, que ocorre quando o sofrimento não é seguido de descompensação. Isto se verifica porque o sujeito desenvolveu defesas bastante eficazes. O autor assinala que existem defesas construídas e sustentadas pelos trabalhadores, coletivamente, além dos mecanismos de defesa clássicos, descritos pela Psicanálise. Dejours (1999) denominou de estratégias coletivas de defesa, as quais são especificamente marcadas pelas exigências reais do trabalho, ao contrário das doenças mentais, que não têm esse caráter específico.

Diante dessa segunda concepção, a normalidade é interpretada como o resultado de um compromisso entre o sofrimento e as estratégias individuais e coletivas de defesa. Portanto, nessa visão, a normalidade não supõe ausência de sofrimento. Pelo contrário, Dejours (1999) afirma que é preciso manter um conceito de normalidade com sofrimento, como resultado conquistado, diante das exigências do trabalho e das ameaças de desestabilização psíquica e somática.

Para a Psicodinâmica do Trabalho, o sofrimento é uma experiência vivenciada, porque implica um movimento reflexivo da pessoa, sobre seu “estar no mundo”. Isto demonstra que a vivência é sempre indissociável da corporalidade, pois o sofrimento é sempre um sofrimento do corpo, engajado no mundo e nas relações com os outros. Mas, se por um lado, são observadas estratégias coletivas de defesa, fundadas em uma cooperação entre sujeitos, por outro lado, o sofrimento permanece sempre individual e único.

Outra dimensão do sofrimento, apontada por Dejours (1999), é a da sua preexistência ao encontro com a situação do trabalho. Esta dimensão seria herdada do sofrimento dos pais, resultado da inconclusão do desenvolvimento e da imaturidade inata do ser humano. Nessa perspectiva, o sofrimento também é expectativa, pois, de certa forma, ele direciona o sujeito para o mundo, na esperança de encontrar nele, alívio e quietude.

O sofrimento no trabalho é, também, expectativa com realização à autorrealização, no sentido de buscar ultrapassar os obstáculos, que nossos pais não conseguiram nos fazer transpor. O sofrimento, nessa medida, impele o sujeito no mundo e no trabalho, em busca das condições de autorrealização.

Segundo Dejours (1999), essa busca assume a forma específica de uma luta pela conquista da identidade, no campo social. Da perspectiva da Psicodinâmica do

Trabalho, a conquista da identidade faz-se, então, em dois sentidos – no amor, como construção da identidade no campo erótico; e no trabalho, como acesso à identidade no campo social. E essa última construção implica não apenas a relação com o outro, mas diz respeito à relação que o sujeito mantém com o real, que, neste caso, se dá no trabalho.

O que o sujeito procura ter reconhecido é o seu fazer e não o seu ser. Portanto, somente depois de ser reconhecida a qualidade do trabalho é que se torna possível repatriar esse reconhecimento para o registro da identidade.

Dejours (2004) afirma, que o sofrimento designa o campo que separa a doença da saúde. Isto significa que, entre o homem e a organização, prescrita para a realização do trabalho, existe um espaço de liberdade que autoriza negociações, descritas como modulações do modo operatório. São invenções do trabalhador sobre a própria organização do trabalho, para adaptá-la às suas necessidades e para torná-la congruente com seu desejo. Se essa negociação for levada ao limite e se a relação do homem com a organização do trabalho for bloqueada, começa, então, o domínio do sofrimento e da luta contra o mesmo.

Para agravar o cenário, os crescentes avanços tecnológicos trouxeram novas formas de organização do trabalho, que acabaram por acentuar, ainda mais, as desigualdades e a injustiça social. Foram desencadeadas, assim, formas de sofrimento mais sutis, principalmente do ponto de vista psíquico.

Em relação a essa questão, Dejours (2004) pontua o caráter qualitativo, dinâmico e não mensurável da “carga psíquica”. Não mensurável, porque pertence ao campo da subjetividade, porém real, como vivência articulada às exigências ou pressões do trabalho cotidiano.

Prazer e sofrimento são vivências subjetivas. Esses termos remetem ao sujeito singular, portador de uma história e a processos vividos por qualquer pessoa segundo suas características e condições. Dessa forma essas experiências não podem ser as mesmas, de um sujeito para outro. Conforme Dejours (2004), no entanto, se vários sujeitos experimentam, cada um por si, um sofrimento único, eles podem ser capazes de unir esforços para construir uma estratégia defensiva comum que operaria como regras.

A regra é possuída pelos indivíduos coletivamente, cessando de funcionar a partir do momento em que os sujeitos, em comum acordo, não a desejem mais. Assim, a diferença fundamental, entre um mecanismo de defesa individual e uma

estratégia coletiva de defesa, é que o mecanismo de defesa está interiorizado, ou seja, ele persiste, mesmo sem a presença física de outros. Já a estratégia coletiva de defesa não se sustenta, a não ser por um consenso, dependendo de condições externas.

Mas, se por um lado, o mundo do trabalho é gerador de sofrimento, na medida em que confronta as pessoas com imposições externas, por outro, o trabalho é a oportunidade central de crescimento e desenvolvimento psíquico do adulto. Ou seja, se o trabalho leva ao sofrimento, este mesmo trabalho pode constituir-se em fonte de prazer e de desenvolvimento humano do sujeito, tanto quanto de adoecimento. Ocorre que, mesmo havendo sofrimento intenso, no trabalho, segundo o autor, este é razoavelmente controlado pelas estratégias defensivas, para impedir que se transforme em patologia.

Nesse aspecto, Dejours (2004) define que o trabalho é criação do novo, do inédito. Para que haja a disponibilidade da iniciativa, da inventividade, da criatividade e de formas de inteligências específicas ou inteligência operária, no entanto, é necessário que sejam feitos ajustes à organização prescrita do trabalho.

Essa inteligência é desencadeada nos processos psíquicos, mobilizados pelos sujeitos, na invenção, imaginação, inovação, criatividade e ajustamentos. Trata-se de uma inteligência que tem raiz no corpo, nas percepções e na intuição sensível. Ela é, também, uma inteligência em constante ruptura com as normas e regras, fundamentalmente transgressiva, chamada pelo autor de “inteligência astuciosa”.

Nessa concepção, é importante considerar que, apesar de o indivíduo ser concebido como um produto da história e da cultura, ele é, também, um ser intencional e criativo, em constante transformação, que, coletivamente, pode mudar o próprio processo cultural que o constitui e por extensão a forma de organizar o trabalho.

2.1. TRABALHO HOSPITALAR DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Localizado no setor terciário, enquanto prestação de serviços, o trabalho hospitalar padece de todas as dificuldades “do trabalho sem modelo”. De acordo com Pitta (1994), este setor utiliza-se de uma intensa plasticidade e interpenetração de modelos de trabalho. Fica explícito, o caráter plural do trabalho hospitalar, enquanto preocupação e obrigações coletivas exercidas no lugar privilegiado de desenvolvimento de práticas sobre a doença.

Foucault (1981 apud PITTA, 1994), afirma que o desenvolvimento do capitalismo, no final do século XVIII, socializou o corpo como um primeiro objeto de força de produção e trabalho. Isto ocorreu, pois conforme Foucault, o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera, simplesmente, pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo e com o corpo. O autor ressalta, então, que foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista.

Pitta (1994) declara que, até o século XVIII, a função do hospital era exercer papel disciplinador, no combate à pobreza e marginalidade, presentes nos espaços urbanos. Iniciava, naquela época, o dispositivo religioso caritativo que iria acompanhar a lógica do funcionamento hospitalar até os dias de hoje.

Como afirma a autora, contudo o trabalho hospitalar constitui prática concreta, em que pesem as imprecisões no imaginário dos seus agentes e usuários. Cabe identificar, como em qualquer outro processo de trabalho, quais as suas características, sobre o que ele se aplica, quais seriam os agentes e instrumentos necessários à sua consecução, e que produtos seriam construídos no final do seu ciclo de produção.

Assim como o segmento hospitalar, poucas áreas de conhecimento e atuação são tão complexas, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes quanto à área da saúde mental. Isto, por si só, já acentua a diversidade das questões a cerca do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores de saúde inseridos neste campo.

Marazina (1989) esclarece que, por Trabalhador de Saúde Mental, se entende todos os agentes que realizam o atendimento à população - desde o pessoal da manutenção, até o seu diretor. Cada um representando a sua respectiva ciência,

buscando compreender as doenças e agravos³ que acometem os pacientes ou usuários. Tais caminhos em busca da saúde são, geralmente, tortuosos, tanto para o paciente quanto para o próprio profissional de saúde.

O trabalho faz com que esses profissionais sejam confrontados diariamente com a dor, a enfermidade, o sofrimento e a morte. Lidar com a fragilidade humana e a precariedade da existência traz grande sofrimento para os trabalhadores, que, a todo instante, são lembrados daquilo que o ser humano mais se esforça para esquecer, ou seja, a doença e a morte.

Pitta (1994) declara que o hospital, apesar de ser submetido a outras regras, no modo de produção capitalista, mantém características ambíguas entre uma mítica religiosa caritativa e as regras gerais de mercado. Essas características são típicas das formas de organização das sociedades concretas: onde a tendência instituída é a de infantilizar o doente, submetendo-o ao paternalismo.

É importante entender alguns mecanismos pelos quais a “vocação” para o trabalho em hospitais se institui e se mantém, apesar do trabalho duro, de esforço físico e da condição penosa de lidar com desejos e situações desfavoráveis, dos usuários dessas instituições. Neste sentido, depara-se com a sublimação, como uma forma de lidar com pulsões instintivas, transformando-as em atos e atividades socialmente reconhecidos e possibilitando a realização transacional do desejo, num caminho alternativo à repressão. Ou seja, a própria natureza penosa do trabalho pode levar à realização profissional através dos processos de sublimação.

Pitta (1994) chama a atenção para a coletivização do processo de trabalho em saúde, em que o desenvolvimento do trabalho, por grupos, aparece como característica comum à organização dos serviços de saúde, nas sociedades que criaram ou incorporaram conhecimentos e técnicas médicas refinadas. Assim, evidencia-se a impossibilidade de domínio da totalidade dos conhecimentos e técnicas disponíveis por um único profissional. A autora sinaliza para o surgimento da especialização, como forma de divisão técnica do trabalho, resultante da inovação técnico-científica e a conseqüente dependência entre especialidades.

No trabalho hospitalar, existe uma concentração de informações, necessárias na administração dos cuidados aos enfermos, em um número restrito de

³“ Forma como se convencionou chamar, no âmbito da Previdência Social lesões, doenças, transtornos de saúde, distúrbios, disfunções ou a síndrome de evolução aguda, subaguda ou crônica, de natureza clínica ou subclínica, inclusive morte, independentemente do tempo de latência” (PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2009).

trabalhadores (médicos e enfermeiras). Essa estratégia, cada vez mais, subtrai a atividade de reflexão, dos demais trabalhadores, sobre o seu objeto de trabalho.

A distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real é uma demonstração de que, sem arranjos desenvolvidos individualmente, por cada trabalhador, dificilmente as prescrições e rotinas de trabalho se executem tais quais são prescritas, e, uma vez acontecendo, nada garante que os resultados sejam os esperados.

Conforme Ramminger (2002), o trabalhador da área de saúde mental, assim como qualquer outro trabalhador, possui uma história individual, construída a partir das relações estabelecidas entre as figuras parentais e o ambiente social. A diferença reside no fato de que o trabalhador de saúde mental utiliza essa rede de relações intersubjetivas, como ferramenta de trabalho, justamente com uma clientela que se encontra hospitalizada, por falência ou desagregação de suas relações.

Sob este ângulo, Lancman (2008) afirma que a atividade de prover cuidado a pessoas portadoras de transtornos mentais é constituída pelo encontro entre uma pessoa que sofre psiquicamente e outra encarregada de lhe propiciar acolhimento e intervenção técnica, visando a diminuir o seu desconforto psíquico. Em grande parte das vezes, o instrumento terapêutico é o próprio aparelho psíquico. Então, o trabalhador tem de lidar tanto com o sofrimento psíquico do usuário quanto do seu próprio.

Essa questão contribui para aumentar o caráter agudo da especificidade deste tipo de trabalho, pois os trabalhadores da saúde passam a lidar com o mesmo tipo de experiência vivenciada pela sua clientela. Isto significa que eles enfrentam situações de trabalho que provocam elevados níveis de sofrimento, adoecimento psíquico, condições laborais adversas, crise de identidade social e identidade profissional, restrição da rede social de apoio, dentre outras.

Sobre os danos causados aos trabalhadores, nos processos de dissociação e fragmentação das tarefas, já se acumulam vários estudos, que apontam para as consequências, na vida psicossocial do trabalhador. Uma delas, segundo Pitta (1994), seria a perda da responsabilidade, pelo trabalhador, na sua relação com a tarefa elementar. Isto desencadeia estranhamento e alienação, em relação ao processo de trabalho, elementos facilitadores de estados e manifestações patológicas de ansiedade.

Outra questão importante a se destacar é o regime de turnos e plantões, no ambiente hospitalar. Esse regime de trabalho abre a perspectiva de duplos empregos e jornadas de trabalho, aspecto comum entre trabalhadores de saúde, especialmente em um país caracterizado pelos baixos salários. Ocorre que essa prática potencializa a ação de fatores que, por si só, já danificam a integridade física e psíquica do trabalhador.

Glina e Rocha (2000 apud RAMMINGER, 2002) ressaltam alguns elementos que funcionam como desencadeantes do processo de adoecimento psíquico no trabalho. São eles: o trabalho desprovido de significação ou não reconhecido; a falta de controle do tempo de trabalho (como jornadas longas, turnos alternados); a exigência de altos níveis de atenção e concentração para a realização das tarefas, dentre outros.

A autora cita os estudos de Lambert e Oliveira (1997) com funcionários de hospitais psiquiátricos, em que esses autores concluem que os trabalhadores que lidam diretamente com a loucura possuem uma capacidade maior de repressão dos seus sintomas de ansiedade, o que pode representar um importante mecanismo de defesa, ignorando a realidade sofrida a sua volta.

Zusman (2000) destaca, inclusive, que estes profissionais tendem a reproduzir, na instituição, sintomas psicóticos, tais como a cisão e a desagregação. Isto evidencia, portanto, ser fundamental a formação de equipes coesas, que possam acolher e elaborar as suas angústias.

A situação de trabalho, no caso dos profissionais de saúde, conforme Pitta (1994), suscita sentimentos muito intensos e contraditórios. Entre esses sentimentos, está a piedade, a compaixão, o amor, a culpa, a ansiedade, o ódio e o ressentimento contra os pacientes. Algumas vezes, há, inclusive, a evidência de inveja ao cuidado e atenção oferecidos aos pacientes.

A autora destaca os sistemas sociais de defesa, cuja função primordial é ajudar o indivíduo, ou profissional de saúde, a fugir da ansiedade, culpa, dúvida e incerteza. Esses sistemas podem ser referidos como: fragmentação da relação técnico-paciente; despersonalização e negação da importância do indivíduo (paciente); distanciamento e negação de sentimentos; tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho das tarefas e redução do peso da sua responsabilidade.

Ser profissional de saúde não é uma tarefa fácil, muito menos, ainda, quando se lida com o sofrimento psíquico. Além da pressão diária, trazida pelas atribuições

de rotina, existem outros aspectos inerentes que influenciam na saúde emocional dos trabalhadores. O fato de lidar com a loucura, por si só, já faz emergir sentimentos os mais diversos. Dentre eles, a raiva, o preconceito, a impotência, a angústia. Estes sentimentos desencadeiam atitudes como, por exemplo, a maternagem, que pode surgir como possibilidade para a expiação da culpa dos profissionais.

Tais fatores são ainda mais exacerbados, quando associados à drogadição, como é o caso da instituição estudada. O desconhecimento acerca das implicações do uso de uma droga, relativamente nova, como o *crack*⁴, redimensiona e exagera tais questões, abrindo caminho para que cada um entenda o trabalho da sua forma. Isto se evidencia, pois não há o prescrito, apenas o real.

Os sinais de sofrimento psíquico dos trabalhadores, conforme Pitta (1994), podem estar relacionados a aspectos específicos de certos grupos de tarefas. Tais aspectos são, particularmente, encontrados em modalidades de organizações que expõem trabalhadores a atividades perigosas; que costumam produzir mais situações de conflito que momentos de prazer no trabalho. Estas atividades condicionam o uso de alguns estereótipos, tais como, a interrupção frequente de tarefas, autoaceleração mental, dentre outros.

Nesse contexto, a autora insiste que a organização do trabalho atua na gênese do sofrimento psíquico, através de alguns elementos facilmente identificáveis no ambiente hospitalar. São eles: as jornadas prolongadas de trabalho; a pressão claramente repressora e autoritária, instalada numa hierarquia rígida e

⁴ Subproduto da cocaína, obtido tanto a partir da pasta básica, quanto do pó refinado. Habitualmente é fumado e consumido em cachimbos improvisados, produzindo um ruído típico de estalo; por isso, chamado de *crack*. Por ser uma droga de difícil tratamento, a maioria dos dependentes apresenta recaídas durante este processo. Estudos confirmam que a maior parte dos usuários é jovem, de baixa renda e do sexo masculino. Possui, como característica, a deterioração da vida mental, orgânica e social do indivíduo. Pesquisas correlacionam o uso de *crack* a um aumento da agressividade, onde aparece, de forma frequente, o envolvimento com furtos, prostituição ou tráfico de natureza aquisitiva. Os principais sintomas psicológicos são a irritabilidade, agressividade, inquietação, irresponsabilidade, mentira, diminuição dos cuidados pessoais (higiene), perda de valores morais e sociais e diminuição da fome e da libido. Os psíquicos são: depressão, ansiedade, psicose e estados confusionais. Dentre algumas sequelas neurológicas, relacionadas ao consumo, estão os transtornos do humor (depressão), instabilidade emocional, impulsividade, agressividade, dentre outros. Dentre as complicações psiquiátricas apontadas, estão os transtornos esquizofreniformes, transtornos ansiosos (pânico) e o delírio. Em qualquer caso, é possível a ocorrência de agitação psicomotora, auto e heteroagressividade, sendo muito importante o controle dos sintomas agudos. É uma droga de grande impacto e, no momento atual, uma das questões centrais discutidas no país é a prevalência de seu consumo. A sua escalada coincidiu com a política de fechamento de leitos psiquiátricos, sendo que a rede pública não tem tido capacidade de absorver toda a demanda (KESSLER; PECHANSKY, 2008).

vertical; o não controle do trabalhador sobre a execução do trabalho; a alienação do trabalho e do trabalhador; a fragmentação de tarefas; e a desqualificação do trabalho realizado e, por conseguinte, de quem o realiza. Tudo isso é indicado como fonte de insatisfação e conseqüente agressão à vida psíquica do trabalhador, vinculada à organização do trabalho.

As exigências laborais, nos serviços de saúde pública, vão desde a produtividade até a disponibilidade, eficiência e agilidade. O número de profissionais normalmente é insuficiente à demanda e os salários, no geral, são pouco atrativos. Desta forma, a sobrecarga no trabalho torna-se uma constante e surgem as conseqüências, tais como, baixa produção, insatisfação, faltas, dificuldades de substituição, nas escalas já firmadas. Tais fatores dificultam não só a qualidade da assistência, mas, também, trazem prejuízos à saúde mental do trabalhador.

Nessa perspectiva, Campos (2007) afirma que o trabalho é uma relação social, histórica e intersubjetiva. Trabalhamos para os outros, e, em saúde, para os pacientes e usuários, mas também trabalhamos, sempre, para nós mesmos, e pela reprodução ampliada das próprias condições de trabalho e de vida. Essas questões ficam ainda mais em evidência com o trabalhador em saúde, que lida com o limite humano, com a impotência, com a morte, a doença, a loucura e a dor.

A saúde mental, como instituição, conforme Marazina (1989), está também referida ao instituinte imaginário do sistema capitalista, que demarca pelo que vale - aquilo que produz mais valia e pelo que não vale. Esse referencial está encarnado em tudo e em todos, inclusive nos próprios trabalhadores da área. Essa condição diretamente no nível de entendimento, de valores e preconceitos que o profissional carrega. Isto ocorre ainda mais por ter como foco de atendimento a loucura e a drogadição, questões extremamente complexas e nevrálgicas, em nossa sociedade.

Percebe-se que, no campo da Saúde Mental, existem discursos explícitos e implícitos, que estão em constante contraposição. De um lado, conforme Marazina (1989), estão os objetivos dos estabelecimentos de saúde mental. Neste caso, tem-se os objetivos que originaram e norteiam, para os quais os trabalhadores são convocados, que são: a reintegração do doente mental à sociedade, a diminuição do sofrimento psíquico; a cura; a salvaguarda da dignidade humana, dentre outros. Este discurso procura estar sempre visível, em evidência.

De outro lado, segundo a autora, circula outro discurso, que nunca se acha nos documentos oficiais, que não é falado abertamente. Seus textos são o muro do

hospício, a violência inumana exercida sobre os pacientes, os entraves burocráticos para a realização de projetos, o desamparo e o desânimo que os agentes de saúde vivem a cada passo, os baixos salários, as precárias condições de trabalho, de formação, a falta de espaços de reflexão que suportem suas práticas. Isso acaba por exprimir o campo em que a saúde mental está demarcada – o campo do que não vale.

Sob essa ótica, vale lembrar que o trabalho na sociedade capitalista é alienado. E alienação é a palavra usada também para definir a loucura, sendo que os trabalhadores de saúde são encarregados de “curar” os alienados. Este é o território da saúde mental: atuar em um campo, onde todas as instituições sociais não podem trabalhar, inclusive a instituição primeira – a própria família do paciente.

Ramminger (2002) lembra que vivemos hoje a era da extinção dos manicômios e do estabelecimento de uma nova realidade, que poderá possibilitar outro entendimento sobre a loucura e sobre o atendimento em saúde mental. Não basta, no entanto, modificar as relações dos pacientes com os hospitais e com a sociedade. É mister que se possa problematizar e refletir sobre a organização do trabalho e a saúde/doença dos trabalhadores em saúde mental, de forma continuada.

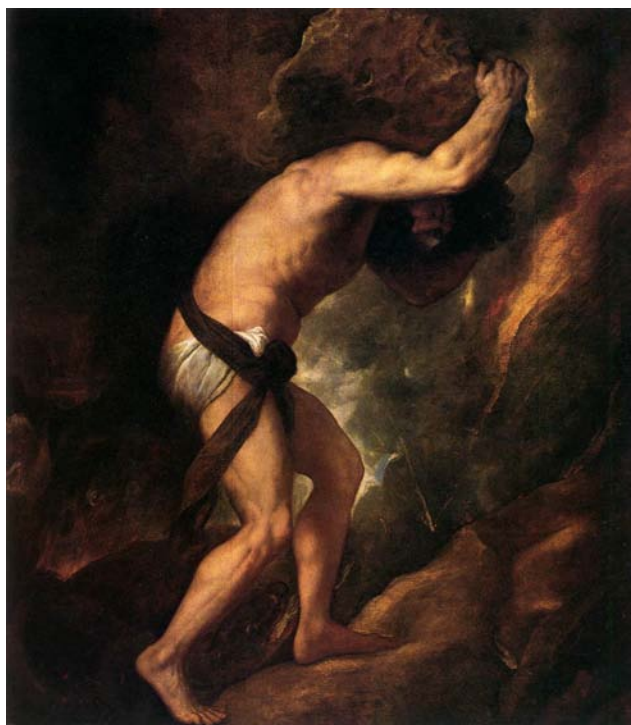
Guattari (1990) afirma que os profissionais de saúde têm um importante papel a cumprir, pois seu trabalho consiste em contribuir para a elevação dos níveis de saúde dos homens. A saúde está, contudo, profundamente imbricada com a forma pela qual nos relacionamos com a natureza e organizamos a vida social. Ser profissional de saúde significa, em última instância, participar da avaliação/transformação/construção da sociedade, de maneira à articular ético-politicamente o meio ambiente, as relações sociais e a subjetividade humana.

A questão da saúde se coloca, a partir da possibilidade de os trabalhadores abrirem espaços para expressão e discussão, cujo significado se situe fora do conceito de doença, assim como, do questionamento das causas que levam os próprios trabalhadores de saúde a não se mobilizarem para a construção destes espaços. Por outro lado, a instituição também possui um importante papel a cumprir, pois a saúde mental de quem lida com conteúdos ansiogênicos e estressantes, no dia a dia, necessita de apoio constante. Tal necessidade urge, na medida em que, se não forem oferecidas melhores condições de saúde e uma organização do

trabalho mais flexível a quem “faz” saúde, os trabalhadores não terão condições de “reproduzir” saúde aos usuários.

Dejours (2008) ressalta, ainda, que toda organização é, de antemão, desestabilizadora da saúde. Logo, não seria possível conceber uma organização do trabalho sem sofrimento, e sim, organizações do trabalho mais favoráveis à negociação da superação desse sofrimento.

2.2. O MITO DE SÍSIFO



Camus (2004), em sua obra intitulada *O Mito de Sísifo*, compara o absurdo da vida do homem com a situação de Sísifo, um personagem da mitologia grega, que é condenado a repetir sempre a mesma tarefa. Ocorre que Sísifo desafia os deuses e, quando capturado, sofre uma pesada punição: para toda a eternidade, terá de empurrar uma pedra de uma montanha, que rolaria para baixo, sendo condenado novamente a começar tudo de novo, tornando vão todo o seu esforço, transportando eternamente seu triste fardo.

Camus (2004) vê em Sísifo o ser que vive a vida ao máximo, que odeia a morte e é condenado a uma tarefa sem sentido, como o herói absurdo. Não obstante, reconhecendo a falta de sentido, Sísifo continua executando sua tarefa diária. Esse mito, no entanto, só é trágico porque seu herói é consciente.

Camus (2004) apresenta o mito, para realizar uma metáfora sobre a vida contemporânea, com relação ao trabalhador, que executa as mesmas tarefas diariamente, sendo que esse destino não seria menos absurdo. Nesse caso, contudo, só é trágico nos raros momentos em que se torna consciente.

Sísifo, proletário dos deuses, impotente e revoltado, conhece toda a extensão de sua miserável condição: pensa nela durante a descida. A clarividência, que deveria ser o seu tormento, consome, ao mesmo tempo, sua vitória. Por algum motivo, os deuses pensavam que não haveria castigo pior que o trabalho inútil e sem esperança. Segundo Camus (2004), esse mito reflete a imagem da vida humana.

Assim, tomar consciência do caráter insensato dessa agitação, da inutilidade de tantos sofrimentos, é descobrir o absurdo da condição humana, e talvez, se poderia dizer, do trabalho humano – um trabalho caracterizado por ser duro, contínuo, cansativo e incessante.

Muitas vezes, tais características assemelham-se às que os profissionais da área da saúde mental realizam, por possuírem uma rotina permeada pelo tolhimento do próprio significado do trabalho, em que apenas ‘rolam pedras’, reproduzindo, assim, rotinas instituídas que já não fazem sentido; ou ainda por assistirem à degradação dos pacientes, e ao seu retorno à internação em ciclos cada vez menores, que acabam por transformar o processo de trabalho dos profissionais em um trabalho sem significado e sem fim.

3 LOUCURA E SAÚDE MENTAL

3.1 LOUCURA

Compreender a subjetividade dos trabalhadores da principal instituição psiquiátrica do Rio Grande do Sul, sem abordar o foco de sua existência, seria minimizar as complexas questões do próprio trabalho, neste local. Ainda que não tomemos a loucura como o eixo norteador principal, cabe apresentar algumas considerações teóricas sobre o tema, assim como sobre a saúde.

A convivência com a doença mental, em suas inúmeras e perturbadoras variantes, é um dos complexos problemas éticos da vida em sociedade. A palavra loucura designa muitos significados, de acordo com as diferentes sociedades e valores de nossa época. Dentre eles, está alegria extravagante; desatino; paixão; ato ou fala extravagante; desarrazoado; distúrbio; alteração mental; caráter que foge às regras sociais (HOUAISS, 2001, p.1785). Portanto, não parece ser possível falar de doença mental sem falar de saúde mental, sem falar também da sociedade que as constitui e do saber que as define, e, por último, do Estado que implementa as políticas de assistência e de prevenção.

Segundo Ramminger (2002), até o início da era cristã, a loucura pôde ser vista por pelo menos três enfoques. De Homero até a tragédia grega, ela surge como obra da intervenção, sob um enfoque mitológico-religioso. Na obra de Eurípes, torna-se produto dos conflitos do homem, dando vazão a uma concepção passional ou psicológica. E, finalmente a partir de Hipócrates, passa a ser efeito de disfunções somáticas. Na realidade, esses três enfoques – mitológico, psicológico-passional e organicista atravessam diferentes épocas e encontram-se presentes até os dias de hoje.

A partir da Idade Média, entretanto, segundo a autora, o modelo predominante é o da identificação com a possessão demoníaca. Sendo que, ao longo dos séculos XVII e XVIII, há uma retomada dos conceitos de Hipócrates, com a volta da identificação da loucura com a patologia de funções nervosas superiores. Pinel, em 1801, inaugura a psiquiatria como especialidade médica, através do Tratado Médico-filosófico sobre a Alienação Mental, onde define loucura como o desarranjo das funções mentais, especificamente, das intelectuais. A partir daí, é

instituída a visão clínica da loucura e se faz necessário, então, a existência de instituições especiais para o tratamento. Surgem, em função disso, os manicômios.

Conforme Ribeiro (2008, p.20), o “louco” percorre um penoso caminho de segregação. Na Antiguidade, como adivinho; depois, em abrigos, onde se abriga e enclausura à condição de interno. Após a Idade Média, em hospício para se tratar e curar. No entanto, na década de 1930, com a descoberta dos efeitos amnésicos e antidepressivos do eletrochoque, é disseminado um tratamento poderoso, cujo abuso se tornou infame.

Com o advento dos psicofármacos, pouco depois abriu-se as portas para uma terapêutica aparentemente mais humana. Os efeitos colaterais dessas drogas, entretanto, podem ser tão adversos que seu uso, muitas vezes, resolve apenas o problema dos que convivem com o louco, e não o seu próprio sofrimento. Impregnado e embotado, o louco medicado passou a habitar um mundo cinzento e retesado.

Em relação à loucura, Codo (1993) entende que esta não é apenas um jogo ideológico, mas pode se transmutar em uma nova inter-relação entre o sujeito e o mundo. E, nesta concepção, duas tendências buscam hegemonia:

A) Loucura é um todo a ser extirpado ou contido poderosamente. Há que delimitar o gueto da loucura, enquadrá-la em local fechado de onde não possa importunar as cidades.

B) Loucura é uma heterogeneidade que desdobra oposição, desvio, paixão e doença. Há que apropriar a oposição na política ou na polícia. Desvio e paixão na arte ou na religião e doença na medicina. Cada objeto, um agente e um mercado. Doença mental e psiquiatria nascem uma para a outra, uma da outra, dentro da lógica expansiva da racionalidade da mercadoria. O universo da loucura se volve continente da doença mental (CODO, 1993, p. 250).

Canguilhem (1982) aponta três formas de compreender a relação existente entre saúde e doença: como opostas, de realidades diferentes, capazes até de fundar ciências diferentes; como pontos extremos de uma escala mensurável quantitativamente; e, ainda, como qualidades diferentes de uma mesma realidade, formas de expressão do dinamismo vital.

Estas formas se articulam com três concepções sobre produção da doença. São elas: a ontogênica; a dinâmica e a concreta. A ontogênica define a saúde, a partir do estudo da doença, e é limitada à análise dos eventos, associados ao

momento anterior ao surgimento da doença ou à história de vida do indivíduo isolado. A dinâmica incorpora a ideia de multicausalidade. Esta concepção deixa o órgão e toma o indivíduo, mas acaba por se manter limitada ao indivíduo. Por fim, a concreta ultrapassa a ideia de causalidade, para atingir a de determinação complexa, que incorpora, na análise, os processos sociais, culturais e econômicos, nos quais o indivíduo se insere e completa a relação entre realidade dos objetos e realidade das representações.

O mérito desta última concepção poderia ser resumido pelo fato de que saúde e doença não são fenômenos isolados, que possam ser definidos, em si mesmos. Ao contrário, estão profundamente vinculados ao contexto sócio-econômico-cultural, tanto em suas produções como na percepção do saber que investiga e propõe soluções. Nessa concepção, é relevante falar, também, de saúde. Canguilhem (1982) a define como um conjunto de seguranças para o presente e de seguros para prevenir o futuro, que funcionaria como uma espécie de guia regulador das possibilidades de reação do sujeito à vida.

Machado et al. (1978) afirmam que, para mensurar o que é e o que não é razoável, em uma conduta, será preciso compará-la com ela mesma e com outros comportamentos comumente aceitos em cada sociedade, e em dado momento histórico. Desta forma, é possível pensar que saúde mental e doença mental são conceitos que emergem da noção de bem-estar coletivo. Anormal pode ser, então, uma virtualidade inscrita no próprio processo de constituição do normal.

Falar de sofrimento psíquico pressupõe falar, também, de algum tipo de ruptura entre a subjetividade e a objetividade. Anna Freud (1978) alerta acerca dos perigos desta ruptura para o processo vital. Dos conflitos entre ego, id e superego; da ausência de relação entre respostas e consequências; da dissonância cognitiva entre diversos postulados teóricos que delineiam uma mesma constatação – o da ruptura entre sujeito-objeto, homem-mundo, eu-eu, eu-outro; enfim rupturas entre a objetividade e a subjetividade.

Dejours (1992) assinala, contudo que a doença não é uma situação permanente. Enquanto processo, a saúde e a doença podem ser perdidas e reconquistadas, constituindo-se como estados dinâmicos e inerentes à própria vida.

3.2 SAÚDE

A definição de saúde varia de acordo com implicações legais, sociais e econômicas, dos estados de saúde e doença. Diverge muito entre as diferentes culturas, assim como em relação às crenças sobre o que traz ou retira a saúde.

Dejours (1992 apud LANCMAN, 2008, p.4) entende que:

A saúde não existe para o conjunto da população. A saúde é antes um ideal – desejável na medida em que constitui um ponto de referência ou de partida. O mesmo se dá com o ideal de justiça, sem o qual não se pode pensar a justiça – aquele ponto geométrico fora da figura, necessário para orientar a ação.

Etimologicamente, segundo Sá Junior (2009), saúde procede do latim sanitas, em uma referência à integridade anátomo-funcional dos organismos vivos. Não se trata, no entanto, de conceito unívoco, pois contém mais de uma significação, que podem ser, inclusive, confundidas.

A definição mais difundida é a encontrada no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), ou seja, a de um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças.

A definição consta na introdução da Constituição da Assembléia Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional, realizada em Nova York, no período de 19 a 22 de junho de 1946, e assinada em 22 de julho de 1946, pelos representantes de 61 Estados, com vigor a partir de abril de 1948, não emendada desde então.

Quando a Organização Mundial da Saúde foi criada, em 1948, conforme Sá Júnior (2009), pouco após o fim da Segunda Guerra Mundial, havia uma preocupação em traçar uma definição positiva da saúde, que incluiria fatores como alimentação, atividade física, acesso ao sistema de saúde, etc. O “bem-estar” social da definição originou-se de uma preocupação com a devastação causada pela guerra, assim como de um otimismo em relação à paz mundial (a Guerra Fria ainda não tinha começado). A OMS foi, ainda, a primeira organização internacional de saúde a considerar-se responsável pela saúde mental, e não apenas pela saúde do corpo.

Conforme Sá Junior (2009), da Antiguidade ao século XXI, superada a concepção sobrenatural de saúde e enfermidade, concebia-se saúde como a ausência de enfermidade. Estado em que se revelava equilíbrio do organismo, em relação aos seus meios interno e externo. Gozar saúde significava não padecer enfermidade, estar em harmonia consigo mesmo e com o meio.

Durante o século XX, a concepção de saúde foi ampliada para bem-estar, redimensionando a já existente, que versava sobre ausência de enfermidade. É inegável que tal mudança constituiu um avanço, inclusive porque possibilitou a emergência de políticas sanitárias mais úteis e eficazes. Além disso, situou a saúde como um estado positivo, que poderia ser promovido, buscado, cultivado e aperfeiçoado.

A definição adotada pela OMS tem sido alvo de inúmeras críticas, desde então. Definir a saúde como um estado de completo bem-estar faz com que a saúde seja algo ideal, inatingível. Assim, a definição não pode ser usada como meta, pelos serviços de saúde. Por outro lado, a definição utópica de saúde é útil, como um horizonte para os serviços de saúde, por estimular a priorização das ações. A definição pouco restritiva dá liberdade necessária para ações em todos os níveis da organização social.

A segunda definição mais citada também é da OMS, mais especificamente do Escritório Regional Europeu. Neste caso, o conceito de saúde relaciona-se à condição em que um indivíduo, ou grupo, é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela. Neste sentido, implica em abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, como um conceito positivo.

Essa visão funcional da saúde interessa, particularmente, aos profissionais de Saúde Pública, pois ela pode ser usada de forma a melhorar a equidade dos serviços de saúde, no sentido de prover cuidados de acordo com as necessidades de cada indivíduo ou grupo.

Dejours (1987) definiu a saúde como sendo um estado em que é permitido ter esperanças, no qual é possível desejar.

Amarante (2007), ao se referir à saúde mental, afirma que este é um campo bastante polissêmico e plural, na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades, que são condições altamente complexas. Por isto,

qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência social e humana.

A construção da saúde ou da normalidade baseia-se, conforme Dejours (1999), em uma relação do sujeito com um terceiro. Em outras palavras, não há saúde individual. A saúde é aprendida e está fundamentalmente ligada à qualidade do comprometimento da pessoa, na relação com o outro. Logo a construção da saúde envolve a dinâmica coletiva.

Dito dessa forma, a saúde não é um estado natural, mas uma construção intencional, na qual o trabalho ocupa lugar importante. A construção da saúde está ligada a uma série de relações. De um lado, as relações interindividuais, para a construção da saúde no registro do amor; de outro, as relações intersubjetivas coletivas, no campo do trabalho. A saúde de uma pessoa depende muito de seus colegas, assim como suas doenças. Portanto, a capacidade do ser humano de resistir ou de ficar doente está intimamente relacionada à qualidade das relações de trabalho.

3.2.1 Saúde dos profissionais de saúde

A ansiedade desenvolvida hoje, pela intensificação do trabalho e pelo desemprego, corrói a saúde mental dos trabalhadores, progressiva e inevitavelmente. A prova está nos estudos e nas práticas, voltados às questões de Saúde e Trabalho. Estes estudos apontam para o fato de que os aspectos mentais vêm, gradualmente, ocupando um espaço crescente, ainda mais quando se trata de profissionais cujo campo de trabalho é, especificamente, o da Saúde Mental.

Magnólia Mendes (2008) afirma que a saúde, relacionada aos novos modos de trabalho, requer uma análise mais complexa, que envolve o jogo de mediações para evitar o adoecimento e se manter produtivo. Nesse sentido, a relação entre trabalho e saúde não é direta, mas é mediada pelos processos de subjetivação, que refletem múltiplas possibilidades para os sujeitos-trabalhadores - entre elas, a servidão e a emancipação.

O Ministério da Saúde (2001) enfatiza a necessidade de mais estudos, ao perceber o surgimento: “[...] de novas formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse e a fadiga física e mental e outras manifestações de sofrimento

relacionadas ao trabalho”. Esse cenário configura, portanto, a necessidade de realização de mais pesquisas e conhecimentos, para que se possam traçar propostas coerentes e efetivas de intervenção.

Pitta (1994) afirma que o conhecimento de que o trabalho adocece, no entanto, é milenar. Em função disso, a própria legislação trabalhista brasileira reconhece a relação de causa e efeito de vários agentes físicos, químicos, biológicos e emocionais, na produção de doenças ditas ocupacionais.

O peso das estatísticas, referentes aos afastamentos do trabalho no Brasil, somado ao esforço dos pesquisadores, culminou no reconhecimento legal da relação entre saúde mental e trabalho, mediante o Decreto nº 3.048/99, do Ministério da Previdência e Assistência Social, que discrimina os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. Esse reconhecimento traz novos desafios aos profissionais de saúde e de recursos humanos de organizações públicas e privadas, no reconhecimento e prevenção destas patologias.

Para que uma investigação da relação trabalho-saúde mental seja possível, é necessário, no entanto, uma ruptura com os modelos médicos e psiquiátricos clássicos, pois, de acordo com essas perspectivas, ocorre uma cisão prévia do indivíduo ou do sujeito, com o referencial social-histórico no qual ele está inscrito.

Dejours (1994) defende que, numa abordagem renovadora, o trabalho não seja mais reduzido somente às pressões físicas, químicas, biológicas ou, mesmo, psicossensoriais e cognitivas do posto de trabalho, que se reúnem sob a denominação de “condições de trabalho”. Segundo o autor, é necessário considerar, além disso, a dimensão organizacional, isto é, a divisão das tarefas e as relações de produção.

Para penetrar no campo da relação trabalho-saúde mental, será necessário considerar as “relações sociais” e articular um modelo de funcionamento psíquico que não seja o ocupado pela loucura, mas, sim, pela normalidade. Tudo isso, entendendo que a normalidade dos comportamentos não implica em ausência de sofrimento. Vale lembrar, também, que o sofrimento não exclui o prazer, o que assinala uma lógica de coabitação, entre esses elementos.

O *site* do Ministério da Previdência Social (2009) traz alguns dados, que corroboram o nível de sofrimento, relacionado ao trabalho no Brasil. Os acidentes de trabalho registrados no ano de 2006, em Porto Alegre, foram de 11.574. Destes, 911 casos foram de doenças do trabalho. Em 2007, o número total de casos de acidente

registrados foram de 10.884, sendo 685 de doenças do trabalho. Em relação aos casos de 2008, não há informações disponíveis, o que evidencia outro tipo de problema, que é o da subnotificação ou, até mesmo, da falta de registro.

Rollo (2007) faz referência ao problema que representa a subnotificação, pois, na prática, existem muitos casos de afastamentos ao trabalho, por adoecimento mental que não são registrados. Isso ocorre em função de inúmeros fatores. Dentre eles, está a falta de cultura, em relação à construção de indicadores; o fato de as instituições não desenvolverem sistemas de avaliação que possam identificar tais casos; além do próprio preconceito e estigmatização, provenientes do campo do adoecimento psíquico, inclusive entre os próprios profissionais de saúde mental.

No estado do Rio Grande do Sul, tais questões são acirradas, segundo informações dos gestores da SES (2009), devido à falta de uma política de Recursos Humanos da própria Secretaria Estadual da Saúde, que acaba por gerar uma série de dificuldades ao trabalho, inclusive a falta de comprometimento dos seus trabalhadores. Tal aspecto leva a um maior número de afastamentos, e, por consequência, de adoecimentos, de quem continua trabalhando. Isto evidencia um círculo vicioso, difícil de ser interrompido. Há, inclusive, uma carência na construção de indicadores que sejam fidedignos às diferentes realidades das instituições pertencentes ao Estado. O mesmo ocorre em relação elaboração de políticas adequadas à saúde dos trabalhadores, que sejam direcionadas a essas diferentes especificidades.

4. OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Segundo Foucault (2002), o mundo do começo do século XVII é bastante hospitaleiro para com a loucura, pois lhe garantiu um lugar, tornou-a prisioneira das casas de reclusão. Com o passar do tempo, a loucura foi abrigada nos hospitais, juntamente com os miseráveis, infratores, prostitutas e vagabundos. Nesse momento, a reclusão apareceu como uma medida de saneamento, onde o que importava era a detenção e o controle.

Na Idade Média, conforme Foucault (2004), a instituição hospitalar não era considerada um espaço de cura ou de tratamento de enfermos. O hospital geral, antes do século XVIII, era uma instituição dedicada à assistência dos pobres, dos doentes, de todos aqueles que significassem, de alguma forma, uma ameaça à saúde e à ordem da sociedade.

O doente recebia, ali, conforto espiritual, na passagem da vida para a morte. A instituição hospitalar, administrada por religiosos e leigos, que buscavam sua própria salvação através do ato de caridade, não contava com a presença de médicos.

Conforme Foucault (2002), a loucura sequestra do homem os atributos da razão, reconduzindo-o a sua condição animal. Essa concepção inumana da loucura se materializou em práticas de contenção, utilizadas nos hospitais, onde os internos viviam em celas, muitas vezes presos em grillhões, como verdadeiros animais. A loucura, ao encarnar a idéia de uma animalidade desenfreada, tinha que ser contida, pela domesticação e pelo embrutecimento.

Palombini (1999) afirma que os iluministas, do século XVII, condenaram o grande internamento, pelo seu caráter opressivo. Foram os ideais defendidos por estes que libertaram do regime de confinamento a maior parte dos internos, que, então puderam retornar ao convívio social. Apesar disso, esses mesmos ideais permitiram que os loucos permanecessem na clausura, uma vez que sobre eles pairava a acusação e a sentença de periculosidade. A partir daí, surgiram, na Europa os hospitais destinados apenas a abrigar a loucura, ou seja, os manicômios. Nesse momento, a loucura passou a ser considerada uma doença mental que precisa de cuidados terapêuticos.

A origem do manicômio segundo Ramminger (2002) coincidiu, com a reformulação do processo de trabalho, determinando a divisão da sociedade entre

corpos capazes e corpos incapazes para a produção. A própria especificidade do hospital psiquiátrico determinou diferentes modos de trabalhar, o que deu origem à psiquiatria – primeira especialidade médica.

Somente no final do século XVIII, na França, surgiram os hospitais psiquiátricos. Antes disso, os loucos, quando internados, eram abrigados nos chamados hospitais gerais, juntamente com outros desvalidos, como, por exemplo, venéreos, tuberculosos, idosos, pacientes terminais, etc. Esses hospitais eram, na verdade, grandes albergues, onde não havia tratamento médico, nem as características dos hospitais de hoje. Os asilos psiquiátricos surgiram da constatação de que, nesses hospitais gerais, os loucos não podiam ser tratados, porque eles necessitavam de um local próprio, que atingisse a especificidade de sua problemática.

Esse movimento, que lutou pela criação dos asilos psiquiátricos, foi chamado de movimento alienista e a intervenção que propunha ficou conhecida como tratamento moral. O tratamento moral partiu da construção teórica de que o doente mental era portador de uma desordem interna, implícita a ele, e que o asilo deveria apresentar características na sua constituição física, organização e modo de funcionamento, que possibilitasse, através da ordem externa, ambiental, restabelecer o equilíbrio interno dos indivíduos. Dessa forma, o asilo e a psiquiatria não existiam um sem o outro.

Com a entrada da medicina ocorreu outro tipo de tratamento dispensado aos loucos, que não as correntes e grilhões. Nesse momento, o hospital torna-se um instrumento terapêutico capaz de intervir sobre o doente e a doença.

Conforme Foucault (2002), a Medicina do século XIX, ao libertar os loucos de todas as modalidades de violência física, contra eles praticadas, condenou-os a uma forma de poder ainda mais sutil e eficaz, ou seja, a disciplina.

A disciplinarização do espaço hospitalar permitiu, então, que se instalasse um sistema de vigilância permanente, capaz de julgar o comportamento dos internos a partir dos preceitos morais da época para que pudessem ser corrigidos ou mesmo reprimidos quando necessário.

A Medicina, segundo Foucault (2004), utilizou-se do modelo da Botânica, desenvolvido por Lineu, para classificar todas as espécies de doença. Sendo que a partir da prática da observação clínica e do registro detalhado dos comportamentos surgiram inúmeros tratados de psicopatologia.

Mesmo com o surgimento de novas teorias sobre a loucura e suas causas, assim como de novas propostas de intervenção, como a teoria organicista e a introdução dos psicofármacos na rotina hospitalar, esses se conservaram funcionando de acordo com os princípios do tratamento moral.

Segundo Cruz-Lanzarin (2003), na medida em que o hospital passou a ter uma função importante na recuperação dos enfermos, foi necessário não só aumentar o número de trabalhadores nessas instituições como melhor prepará-los para o trabalho. Então, na segunda metade do século XIX, tem início na Inglaterra, o processo de profissionalização da enfermagem que irá se estender a outros países, inclusive o Brasil.

Alguns autores procuraram romper com a concepção ingênua de que os hospitais psiquiátricos são lugares neutros e acépticos que servem para tratar a loucura. Destaca-se, entre outros, os nomes de Goffman, Foucault, Castel e Basaglia, que, embora partam, por vezes, de princípios diferentes, apontam para o caráter repressivo e normativo que esses estabelecimentos possuem, fundados na exclusão e medicalização das “divergências sociais”.

Goffman (1990), em seus estudos sobre os manicômios realizados através de uma observação minuciosa desses locais, procura descrever, entre outros aspectos, a “carreira do internado” dentro dos asilos. Com esse estudo, ele aponta para os danos que a institucionalização provoca nos indivíduos.

Foucault (2002), ao traçar uma genealogia das instituições, mostra que a história da loucura não coincide com a da psiquiatria e que essa última surge em um período determinado da história da humanidade, acumulando aos seus fins de tratamento e cura da doença mental, a exclusão e segregação irreversível dos loucos.

Foucault (1998) afirma que o hospital, a escola, e mais tarde a oficina, não foram apenas postos em ordem pelas disciplinas; tornaram-se aparelhos tais que qualquer mecanismo de subjetivação pode valer neles como instrumento de sujeição, e qualquer crescimento de poder dá neles lugar a conhecimentos possíveis.

O autor (1998) defende que existem dois modelos que traduzem o paradigma de uma sociedade normalizadora: o modelo do panóptico⁵ e o modelo confessional

⁵ Conforme Foucault (2002), é um dos dispositivos de vigilância do início do século, criado por Jeremy Bentham, definido como um mecanismo arquitetural utilizado para o domínio da distribuição de corpos em

destacando sua importância para a compreensão da sociedade. Para o autor, a sociedade normalizadora, tornou-se uma poderosa forma de domínio. Ambos os modelos traduzem a difusão do poder em tecnologias próprias de uma ciência subjetivante.

Castel (1978) acrescenta uma contribuição às pesquisas de Foucault, ao demonstrar como as instituições psiquiátricas asilares fazem parte de uma estratégia social maior de “atualização das instituições”, visando a exclusão e a normatização das populações marginais. Essa exclusão e normatização ocorriam através de uma política que almejava implantar e legitimar o regime capitalista nascente.

Por fim, cabe ressaltar a vasta contribuição de Basaglia (1974), que aponta o caráter de exclusão e de medicalização das questões sociais existentes nos asilos, ao retirar dos internados qualquer possibilidade de reação e saída desses locais. Basaglia apontava como única solução possível a extinção gradual e definitiva dos hospitais psiquiátricos.

No Brasil, os hospitais psiquiátricos surgem no final do século XIX profundamente influenciados pela psiquiatria francesa e pelo tratamento moral, que foram sendo acrescidos, ao longo dos anos, de outros princípios que se somaram ao conceito de psiquiatria e doença mental, modificando aparentemente o sentido das intervenções.

Assim, segundo Lancman (1988), à compreensão moral da loucura, pautada na ideia do asilo como principal instrumento de cura, foram acrescentadas às teorias organicistas que desenvolveram sofisticadas técnicas de contenção química da sintomatologia psiquiátrica, mediante a utilização crescente dos psicofármacos. Somam-se ainda as técnicas psicologicistas e psicanalíticas que propõem, então, diferentes formas de intervenção na loucura.

Essas mudanças não só não diminuíram as internações nos asilos, como transcenderam seus limites. Da mesma forma que a psiquiatria introduziu novos saberes ao asilo, ela não se reduziu mais a ele. Pelo contrário, seu âmbito foi ampliado para os ambulatórios de saúde mental, centros de saúde e comunidade.

diversificadas estruturas, dentre elas, os manicômios. O panoptismo corresponde à observação total, ou seja, a tomada integral por parte do poder disciplinador da vida de um indivíduo, capaz de interiorizar culpa e remorso pelos seus atos.

Com essa ampliação, a psiquiatria passa a intervir e a medicalizar um contingente maior de indivíduos.

Após muitos anos do surgimento dos hospitais psiquiátricos, no entanto, há uma concordância, entre seus estudiosos, sobre a sua não eficácia enquanto instrumento de cura das doenças mentais.

Essa concordância se dá, conforme Lancman (1988), devido à constatação de que as pessoas internadas não retornam, terminando por se cronificar e por morarem definitivamente nesses hospitais ou ainda por se reinternarem sucessivamente. Os motivos dessa cronificação são em geral entendidos como consequência do próprio quadro nosológico que motivou a internação, reforçando, com isso, a imagem da irrecuperabilidade da doença mental.

Com o passar dos anos, segundo Dias (2007), várias propostas de mudança ocorreram nos hospitais psiquiátricos, quer através da introdução de novos saberes e práticas, quer através do desenvolvimento de programas humanizadores, provenientes ou precursores da reforma psiquiátrica.

Ocorre que, conforme a autora, tais mudanças quando introduzidas, surgem muitas vezes, sem se considerar as instituições psiquiátricas em suas especificidades, nem tampouco se avalia o conjunto de fatores que ela envolve. Realizam-se mudanças paliativas que, por vezes, se iniciam em um período político e não tem continuidade no período seguinte.

4.1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Cabe definir, inicialmente, o que se entende por reforma psiquiátrica, pois esta expressão, conforme Dias (2007) pode ter vários significados. Um deles compreende a reforma como mera reorganização dos serviços e modernização da instituição psiquiátrica, seguindo as orientações dos organismos internacionais e sob a ótica da humanização da atenção. Nessa percepção, se as instituições psiquiátricas perderem seu caráter asilar e adotarem relações mais respeitadas com os seus assistidos, a reforma psiquiátrica está feita.

Outra perspectiva, apontada por Dias (2007) é de se constituir como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, compreensão que tem sua construção desde a I Conferência Nacional de Saúde

Mental (1987) e por todos os debates produzidos nas várias instâncias e encontros da luta antimanicomial.

Sob esta ótica, continua a autora, a reforma psiquiátrica tem contida em si a perspectiva de incidir sobre as instituições, entendidas como representações simbólicas e organizadoras da relação entre indivíduo e sociedade. Portanto, a partir do desvelamento de diversas dimensões e significados, entende-se a reforma psiquiátrica como um processo de reversão do modo manicomial e hospitalocêntrico de enfrentar o fenômeno do transtorno mental e do sofrimento psíquico, com a centralidade da cidadania dos sujeitos, inseridos numa histórica e determinada sociedade.

No Brasil, segundo Cruz-Lanzarin (2003), o projeto de Lei nº 3657/89, conhecido como Lei da reforma psiquiátrica, de autoria do Deputado Paulo Delgado, começou a tramitar no Congresso em 1989, sendo aprovado após várias alterações, somente em 2001. Durante os anos de espera, oito estados brasileiros aprovaram Leis de Reforma Psiquiátrica, entre eles o Rio Grande do Sul.

Conforme Nardi (2007), o processo de construção, instalação e de reação à reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul foi marcado pela permanente tensão entre os pólos de modernização e ruptura no campo da saúde mental. Embora o estado seja nacionalmente lembrado como um modelo de estado pioneiro e resolutivo nas ações e serviços identificados com a reforma, inclusive, cabe destacar, defendido e incitado pelos próprios trabalhadores de saúde mental.

Dias (2007) afirma que, mesmo assim, se produziu um cenário satisfatório de avanços na oferta de serviços e na qualificação profissional. E ainda que a reforma psiquiátrica no estado não esteja plenamente realizada, a década de 90 teve grande importância pelo impacto produzido pelo processo de constituição e de aprovação, além de medidas tomadas por vários agentes sociais após a lei de Reforma Psiquiátrica.

O momento atual da saúde mental, segundo a autora, indica que a reforma psiquiátrica está em processo, com grandes desafios a serem transpostos, mas, ao mesmo tempo, já está materializada e legitimada no país e no estado do Rio Grande do Sul. Isso se verifica, embora necessite de uma rede ampliada de serviços substitutivos que realmente possa dar suporte aos usuários, pois o modelo de internação psiquiátrica, na prática, ainda aparece como um dos recursos com maior

oferta de leitos que a sociedade põe à disposição de quem padece de sofrimento psíquico, em oposição aos hospitais gerais com cada vez mais carência de leitos.

Conforme Arejano (2006), nos últimos 200 anos, os equívocos ou desmandos cometidos em relação aos usuários, justificam, a existência da luta por uma “Sociedade sem Exclusão”. Essa luta foi reforçada com o surgimento, na década de 90, do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Lancetti (1990, p.136) afirma que:

O sistemático expurgo da desrazão que se opera na psiquiatria, na psicologia e na psicanálise têm favorecido suas existências institucionais, suas validações científicas; mas tem se constituído, também, no seu limite intransponível, no muro no qual esbarram as tentativas de reforma.

Segundo Dias (2007), a Coordenação Nacional da Política de Saúde Mental expressa que os desafios não são mais em relação à mudança do modelo de atenção, mas, sim, na consolidação desta através da sustentabilidade financeira, técnica e política. Esta avaliação está em sintonia com a realidade atual, em que as forças contrárias à reforma psiquiátrica se rearticulam, onde se percebe que o setor que mais faz críticas não é o do mercado hospitalar, mas o do cooperativo profissional.

Dias (2007) ainda ressalta que a adoção dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, especificamente no caso brasileiro, foi sem dúvida um avanço no que se refere à introdução dos direitos dos portadores de transtorno mental, que passam a compor um conjunto de dispositivos legais garantidores da sua cidadania.

Entretanto, pensar em cidadania para este segmento significa pensar em escala maior na efetivação das políticas públicas no Brasil, que é paradoxalmente um dos países mais desiguais do mundo.

É importante destacar que o movimento para reformar os hospitais psiquiátricos não é um movimento que se estabelece somente na atualidade. A reforma dos hospitais é mais ou menos contemporânea à criação do próprio hospital. A diferença está em que a Reforma Psiquiátrica pretendida não se fixa mais na “reforma” do hospital, mas na sua eliminação gradativa.

Quanto a esse aspecto, vale ressaltar que o próprio trabalhador de saúde mental não está também preparado para vivenciar esse processo de transformação das relações pelo qual preconiza a reforma, assim como o paciente.

Arejano (2006, p.139) afirma que:

[...] a eliminação do sujeito do convívio social preconizada pelo modelo hospitalocêntrico pretendia e pretende a descoberta da consciência moral ou da razão através do processo de exclusão do usuário do meio social. A vantagem desse sistema, para seus adeptos, é que o modelo tende a representar a desrazão própria do insano. Mantidos em contínuo confinamento, os insanos processariam uma mudança profunda e penetrante de caráter e uma alteração de hábitos e atitudes. O encobrimento dos reais motivos da exclusão do usuário, faz parte desse processo.

Assim, historicamente os usuários têm sido segregados do meio social, sendo confinados em instituições que se ocupam de mantê-lo fora da sociedade. No entanto, essa rotina não comporta mais o entendimento de que o usuário, para vivenciar um processo de cura, precise estar apartado do seu meio social, segregado em instituições totalizadoras.

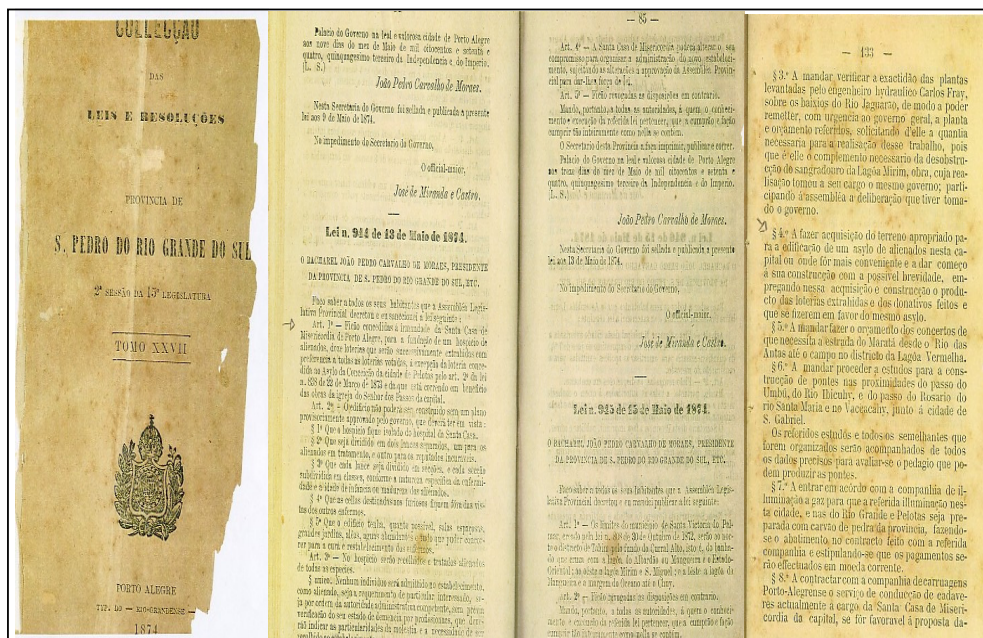
4. 2. A INSTITUIÇÃO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO

A Secretaria de Estado da Saúde possui em seu organograma o Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais (DCHE), que é um órgão vinculado diretamente ao Gabinete do Secretário da Saúde e que tem por atribuição congregar e disciplinar todas as atividades desenvolvidas pela rede pública dos Hospitais e Ambulatórios Estaduais. Assim, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital Sanatório Partenon, Hospital Colônia Itapuã, Ambulatório de Dermatologia Sanitária e Centro de Saúde Escola Murialdo compõem o conjunto de entidades subordinadas ao Departamento.

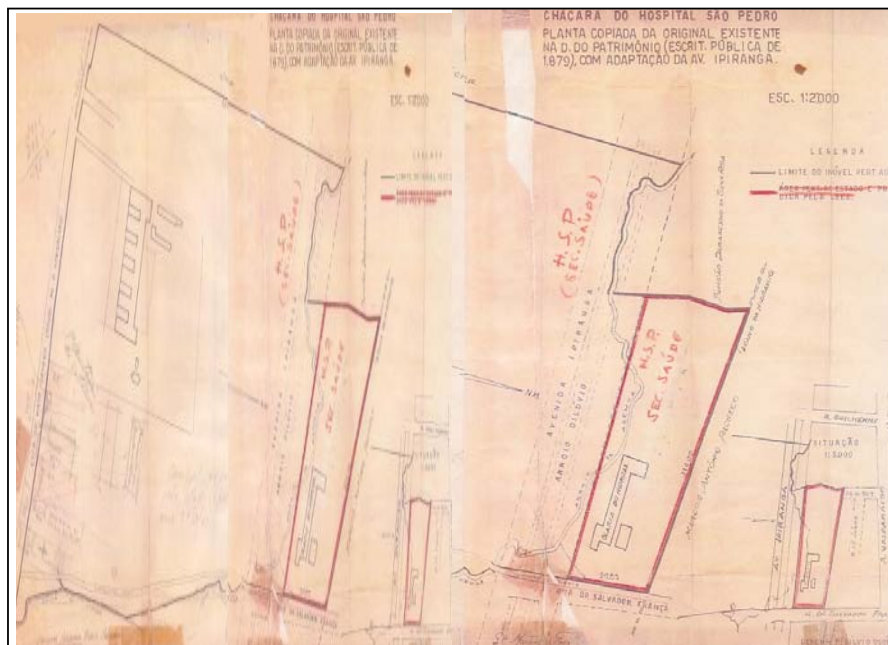
Conforme site da Secretaria (SES) (2008) entre as atividades incumbidas ao DCHE, destacam-se a organização funcional das instituições, gerenciando atividades de assistência, associadas às necessidades e objetivos de ensino e

pesquisa, dirigindo ações que atendam as necessidades da população institucionalizada dos hospitais, em alinhamento com as políticas de saúde.

Informações contidas no site da SES (2009) revelam que a instituição inicialmente denominada Hospício São Pedro, em homenagem ao santo do dia e padroeiro da província, foi inaugurada em 29 de junho de 1884. Considerado o primeiro hospital psiquiátrico de Porto Alegre e da Província de São Pedro, a sua construção foi estimulada pela filantropia dirigente da Santa Casa de Misericórdia. Constituiu-se, no final do século XIX, no maior espaço físico de cunho social da província.



Lei de 13.05.1874 – Dispõe sobre a criação do Hospício São Pedro
Foto do Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.



Planta Chácara da Saúde – 1879
Acervo do Serviço de memória Cultural do HPSP.



Fotos da escritura de compra e venda da Chácara da “Saúde” adquirida pela Fazenda Provincial para a construção do Hospício para alienados – Novembro de 1879. Fonte: Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.



Jornal Mercantil de 30.06.1884 – dia seguinte à inauguração do Hospício São Pedro. Acervo do Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa. Foto do Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.

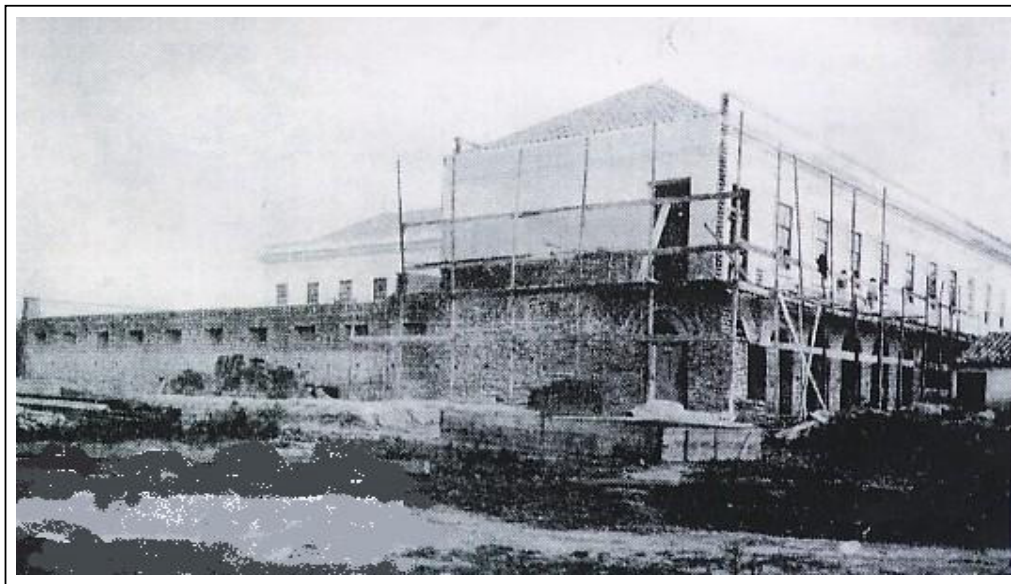
A criação do “asil de doidos”, além de fazer parte do processo de saneamento social da cidade, também possibilitou o incremento local da construção do conhecimento alienista. Em uma emergente sociedade capitalista, onde a loucura representava uma perda para as exigências de produção, não havia lugar para quem demonstrasse outros padrões de comportamento, senão a segregação.

Nesse meio racional, que primava pela organização e higienização, a loucura foi considerada uma ameaça, devendo ser isolada e institucionalizada, através do encarceramento físico, longe do espaço urbano. Os alienados, inicialmente, foram privados da liberdade e abrigados nos porões da Santa Casa. Em função do aumento de casos, foi, então, necessário o seu recolhimento à cadeia civil. O Provedor da Santa Casa, diante de tal situação, liderou a luta para a criação do Hospício São Pedro e administrou sua construção, iniciada no final de 1879.

O local, denominado arraial do Partenon, era arborizado, rico em água potável e ar puro. Estava dentro dos padrões para a segregação e tratamento terapêutico da loucura. O Hospício São Pedro foi, então, inaugurado na época, com apenas um dos seus atuais seis pavilhões. Desde a sua fundação até a proclamação da República, foi gerido pela Mesa Administrativa da Santa Casa. A partir de 1889, passou a ser administrado pelo Governo do Estado.

O incremento das internações e o abandono dos alienados, por seus responsáveis, incitaram o término da construção do prédio, o que aconteceu no

princípio do século XX. Esse fato marcou o bairro Partenon, como um espaço de segregação de doentes mentais ou alienados.



Obras do quarto pavilhão do Hospício São Pedro – 1899
Foto do Acervo da Mapoteca/Biblioteca da Secretaria de Obras Públicas
e Saneamento do Estado do Rio Grande do Sul.

Insólita por sua magnitude, a edificação surpreendeu aos viajantes e a própria população da capital, pela sua ostentação e por suas linhas ecléticas, predominando a arquitetura neoclássica. Com estrutura denominada de “pente”, tinha o objetivo de facilitar o patrulhamento de grandes contingentes humanos confinados, como em casernas, prisões e internatos.



Foto aérea do HPSP – Gilberto Lima – Produtora Casa de Criação -2007.

Alguns problemas relativos ao funcionamento do São Pedro foram apontados durante muitos anos, tais como a falta de dados com que chegavam os “supostos alienados”, as deficiências da construção e a superlotação.

Em 1910, chegaram ao Hospício São Pedro, a convite do diretor da instituição e do bispo, as primeiras irmãs da Congregação São José, para exercerem o apostolado no São Pedro.

Em 1925, através de regulamento, a instituição passou de manicômio a nosocômio, sendo chamada de Hospital São Pedro, mantendo seus objetivos de asilar e tratar doentes das faculdades mentais. Um ano depois, foi estabelecido um novo discurso médico-psiquiátrico, voltado à promoção da saúde e aos novos recursos terapêuticos de avançada tecnologia para a época. Mesmo com um novo regulamento e um novo saber médico, contudo, persistiu o problema da superpopulação na década de 30.

Conforme inventário das instituições de Saúde de Porto Alegre (KORNDÖRFER, In WEBER; CERRES, 2008), o São Pedro possuiu duas colônias agrícolas. Foram elas: a Colônia Agrícola do Jacuhy e a Colônia Agrícola Juliano Moreira. A criação das colônias vinculadas ao São Pedro constituiu-se não só em uma medida eficaz à superpopulação, mas também como algo importante na laborterapia dos asilados, os quais trabalhariam na pecuária, horticultura, agricultura, artesanato, carpintaria, entre outras atividades. Quando as colônias agrícolas tiveram suas atividades encerradas os seus internos foram transferidos para o Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Segundo Wadi (2002) o São Pedro possuiu também uma Escola Profissional de Enfermagem, de acordo com o decreto federal nº 791, de 1890. Este decreto determinava a criação de Escola Profissional de Enfermeiros, em hospitais de alienados, sendo um marco importante, na formalização do ensino da enfermagem psiquiátrica no Brasil. A Escola iniciou suas atividades em 1939 e tinha como objetivo o aprimoramento dos próprios enfermeiros do Hospital no tratamento de transtornos psiquiátricos.

Em 1949, foram inaugurados os novos pavilhões do Hospital, no entanto, em 1952 a Escola Profissional de Enfermeiros foi fechada. Mais tarde, na década de 1960, houve um grande aumento de irmãs da Congregação de São José, atuando assistencialmente na instituição. Elas procuravam melhorar o tratamento para loucura, através da utilização de outras práticas, sensibilizadas com a rejeição da

sociedade e com o longo tempo de internação. Tais práticas eram voltadas à laborterapia, tais como: costura, confecção de flores, padaria, horta, além de formação de grupos musicais. A partir dessas novas idéias, foi iniciado o serviço de recreação do hospital, que perdura até hoje.

Segundo Cruz-Lanzarin (2003), o HPSP teve seus anos gloriosos chegando até a ser um local de referência, tanto na área de ensino quanto na produção de conhecimento científico, como por exemplo, na época da administração do “doutor Godoy” (1926 a 1932, 1937 a 1951), que introduziu novas técnicas de tratamento como a insulinoterapia, eletroconvulsoterapia e a malarioterapia e abriu concurso público para alienistas.



Antigo aparelho de eletroconvulsoterapia (ECT) utilizado para o tratamento de vários tipos de doença mental. Foto – 2007. Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.

Com o passar do tempo, algumas questões como a falta de recursos financeiros, as administrações ineficientes e a superlotação, conferiram à Instituição um aspecto sombrio. Assim, o hospital foi cada vez mais se afastando de um projeto terapêutico, passando a assumir uma função meramente asilar. Sendo que na década de 70, a situação se mostrou insustentável em função do excesso de pacientes, chegando a ter mais de 5.000 pessoas internadas.



Porta Interna do bloco “B” do HPSP – 2009
Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.

A partir daí, com o apoio do governo do estado teve início um processo de setorialização interna, que permitiu o agrupamento dos pacientes conforme a região de procedência do Estado. Essa dinâmica de funcionamento possibilitou a localização dos familiares de muitos internos, onde vários puderam retornar para sua localidade de origem. Mesmo com o decréscimo dos pacientes internos, na década de 80, o número de pacientes ainda era superior a estrutura da instituição.

Nos anos 1980, os movimentos sociais da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica e da implantação do Sistema Único de Saúde trouxeram novos conceitos e relações, no atendimento à saúde mental. Em 1992, foi aprovada, então, a Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica 9715/92, que previa a substituição gradativa dos leitos psiquiátricos, por leitos em hospitais gerais, a reinserção social dos usuários e a efetiva constituição de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental.

O prédio histórico do São Pedro, de expressão imperial, foi tombado pelos poderes públicos: estadual - através do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico em 1990 e municipal – pelo município de Porto Alegre em 1993.



Fachada do HPSP
Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.



Vista frontal da entrada principal do HPSP – 2009.
Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.

Em 1998, as irmãs da congregação retiraram-se do São Pedro, restando apenas uma que, atualmente, não reside mais no hospital, mas ainda realiza seu trabalho religioso junto aos internos.

A Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde indicou a necessidade de implementar uma série de mudanças no HPSP, através da constituição de um projeto denominado São Pedro Cidadão. Então, em 1999, o projeto trouxe à discussão a definição de novos usos para a área do hospital psiquiátrico, incluindo o prédio histórico. O objetivo foi integrar as áreas de cultura, educação, lazer, saúde, trabalho e cidadania, rompendo com o estigma de um lugar de isolamento, capaz de gerar só medo e sofrimento.

Através da participação permanente da população, especialmente dos moradores do bairro Partenon e Lomba do Pinheiro, algumas iniciativas resultaram na ocupação do prédio histórico, por grupos de teatro e de oficinas para a comunidade, tais como, fotografia, teatro e oficina da palavra.

Segundo o site da Secretaria da Saúde (2009) e do Inventário (2008), todas as unidades de internação do HPSP dispõem de uma equipe multidisciplinar e operam de acordo com os conceitos terapêuticos possíveis para cada transtorno psiquiátrico.

Em consonância com as discussões atuais, a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul objetiva, através de uma série de medidas e ações, avançar na implementação da Reforma Psiquiátrica (Lei Estadual nº 9.716), buscando potencializar a rede de saúde mental, procurando gerar serviços substitutos ao modelo hospitalar.

Segundo Dias (2007), as normas legais construídas para resguardar os direitos dos portadores de transtorno mental e o programa de avaliação da assistência hospitalar psiquiátrica do Ministério da Saúde possibilitaram um maior acompanhamento da assistência prestada pelos hospitais psiquiátricos. Em função dessas questões, o HPSP tem sido freqüentemente vistoriado e fiscalizado, inclusive pelo Ministério Público, detectando as condições insalubres e os maus tratos praticados. Várias mobilizações têm sido feitas, seja para a transformação da assistência, como o serviço residencial terapêutico Morada São Pedro, seja pela sua manutenção nos moldes atuais, na visão modernizadora e humanizadora da reforma psiquiátrica.

Conforme Magalhães (2009), no ano de 2008, o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) possuía um contingente de um pouco menos de 400 pacientes internos institucionalizados, distribuídos nas 10 unidades existentes. Tais pacientes são descritos como portadores de doença mental crônica e são denominados de moradores-usuários, em função de estarem internados há anos, sendo que muitos deles foram abandonados ou não possuem mais família, e, também, não foram mais acolhidos pela sociedade.

A autora ressalta que no primeiro semestre de 2008, o HPSP acelerou o processo de desinstitucionalização desses moradores, obtendo êxito em 10% deles.

Segundo Magalhães (2009), a área de internação do hospital conta com 130 leitos psiquiátricos destinados a pessoas que apresentam crise emocional com quadros agudos, quadros de crise e quadros de urgência. Dos leitos disponibilizados oficialmente, 30 são para dependências químicas, dos quais no mínimo a metade é ocupada por dependência de crack. Há ainda mais dez leitos psiquiátricos para crianças, sendo que 60% desses são ocupados por usuários de crack; e outros dez destinados aos adolescentes, onde 90% são ocupados por dependentes dessa natureza. A área ambulatorial atende à comunidade do Partenon e Lomba do Pinheiro.

Conforme Magalhães (2009) a instituição é ainda o hospital psiquiátrico de referência para 88 municípios abrangidos pela 1ª, 2ª e 18ª Coordenadoria Regional de Saúde, que totalizam 4,6 milhões de habitantes.

Magalhães (2009) afirma que a droga passou a ser um grande dilema para o hospital que realiza um trabalho de desintoxicação. Mas que não possui, no entanto, uma perspectiva positiva, quando os pacientes recebem alta (principalmente crianças), devido a inexistência de uma rede adequada na etapa de pós-internação. Assim, a instituição apresenta um índice de reinternação de crianças e adolescentes que gira em torno de 30% ao ano. No que se refere aos adultos, não foi possível obter dados que permitam construir afirmações.

O HPSP, no entanto, conforme o Relatório de Gestão 2008, vem buscando encampar várias ações transformadoras, dentre elas, a que ocorreu no segundo semestre daquele ano, com a mudança de Hospital para Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CIAPS – criança e adolescente), onde dentre as inovações, figura a implantação do sistema Tele Saúde Mental, que é uma consultoria técnica realizada

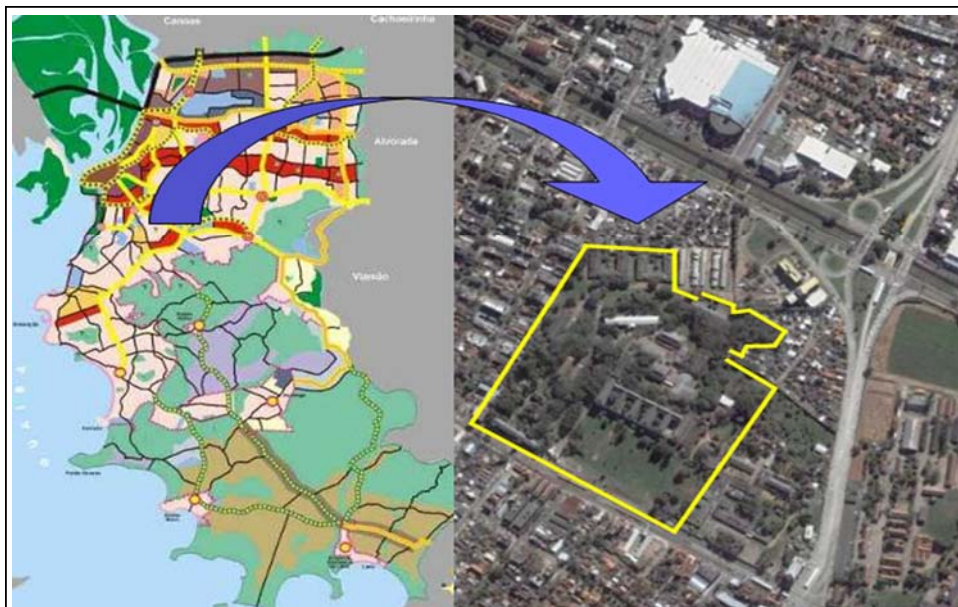
por telefone a outras instituições de assistência à saúde mental no Estado, com o objetivo de respaldá-las com informações específicas da área.

Magalhães (2009) afirma que a existência do HPSP antecedeu em muito as diretrizes das políticas de saúde pública no sistema, que hoje é proposto. Inclusive, a implementação de novos modelos assistenciais, vem exigindo uma maior capacidade das Secretarias Estaduais de Saúde para as funções de formulação das políticas, planejamento, financiamento, regulamentação, normatização e organização regionalizada da rede, que acaba por afastá-las de gerenciar as redes de serviço e de assistência.

Como consequência, os hospitais próprios da gestão estadual no Rio Grande do Sul, como é o caso da instituição estudada, ficam distantes das prioridades de seu gestor. Mas continuam a prestar e a oferecer serviços que se contrapõem às diretrizes atuais, em uma desarticulação que denuncia as deficiências dos programas de saúde preconizadas na esfera estadual e federal, bem como, as fraquezas das suas diretrizes com a hospitalização psiquiátrica.

De acordo com Magalhães (2009), a saúde pública não pode retirar do cenário estas instituições, porque ainda não encontrou suporte substitutivo que seja eficiente e capaz de não deixar margens a desassistência e a insatisfação do usuário. Por outro lado, não pode valorizar as ações desenvolvidas nesses órgãos que, para dar conta das novas demandas, vão se adaptando às exigências da saúde pública do jeito que lhe for possível.

No entanto, mesmo com as mudanças e evoluções técnicas, os valores institucionais conservadores permanecem justificados no papel desempenhado pelos Hospitais Públicos na história da saúde pública do Rio Grande do Sul e do Brasil, onde a maioria dos serviços apresenta padrões de aparência imutável, numa performance de difícil enquadramento com a atualidade. Como é o caso do HPSP, pois conforme Magalhães (2009) foram adotados e aceitos processos e fluxos que pouco se explicam e se justificam, mas que se solidificaram ao longo dos anos.



Vista aérea de todo o Hospital Psiquiátrico São Pedro, com 13 hectares.
Foto – 2008. Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.

Conforme o Departamento de Recursos Humanos, a instituição em 2008 contava com 678 trabalhadores distribuídos da seguinte forma:

Quadro da Fundação Universitária de Cardiologia (FUC) – 9

Quadro da Fundação de Gastroenterologia do Estado (FUGAST) – 45

Quadro do Ministério da Saúde da União (MS) – 6

Quadro dos Cargos em Comissão (CC) – 9

Quadro dos Celetistas (CLT) – 15

Quadro da Caixa Econômica Estadual (quadro especial da SARS) – 19

Quadro dos Concursados que estão divididos em:

- extranumerários (originalmente não fizeram concurso e a partir de lei de 98 tornaram-se estatutários) – 143;

- plano de carreira (concurados “puros”, com curso superior específico da Secretaria da Saúde) – 415;

- quadro geral (realizaram concurso, mas vieram de outros órgãos) – 5;

- Técnico-científicos (com curso superior) – 12.

De acordo com pesquisa realizada, no HPSP, de março de 2007 a fevereiro de 2008, e divulgada pela Divisão de Recursos Humanos da SES, os principais tipos

de afastamento dos trabalhadores, neste período, foram: por Licença para Tratamento de Saúde Aguardando Invalidez (LTA), utilizada para doenças incapacitantes ao trabalho enquanto os trabalhadores aguardam a aposentadoria, e que representou 2% das saídas; afastamento por moléstias (AFM), empregada para atestados médicos até três dias ao mês, que representou 10%; e Licença Tratamento Saúde (LTS), usada após o quarto dia de afastamento, que representou 88% dos afastamentos. Observou-se que a maior parte dos trabalhadores afastados exercem a função de auxiliar de enfermagem, o que equivale a 36% dos trabalhadores afastados.

Percentual de afastamentos por funções exercidas de 03/2007 a 02/2008:

1% - Roupeiro, Recepcionista, Prof.de Ed. Física, Operador de cópias, Motorista, Médico Psiquiatra, Marceneiro, Enfermeiro especializado, Hidráulico, Diretor de departamento, Costureiro, Chefe de divisão, Auxiliar de serviços gerais, Auxiliar de processamento de dados, Auxiliar de creche, Auxiliar de lavanderia, Auxiliar de cozinheiro, Atendente de enfermagem e Arquivista;

2% - Assistente Social, Agente administrativo, Auxiliar de almoxarife;

3% - Auxiliar de administração, Médico clínico, Servente;

4% - Auxiliar de nutrição, Psicólogo;

5% - Secretária;

17% - Atendente;

36% - Auxiliar de enfermagem.

32% - Não informado

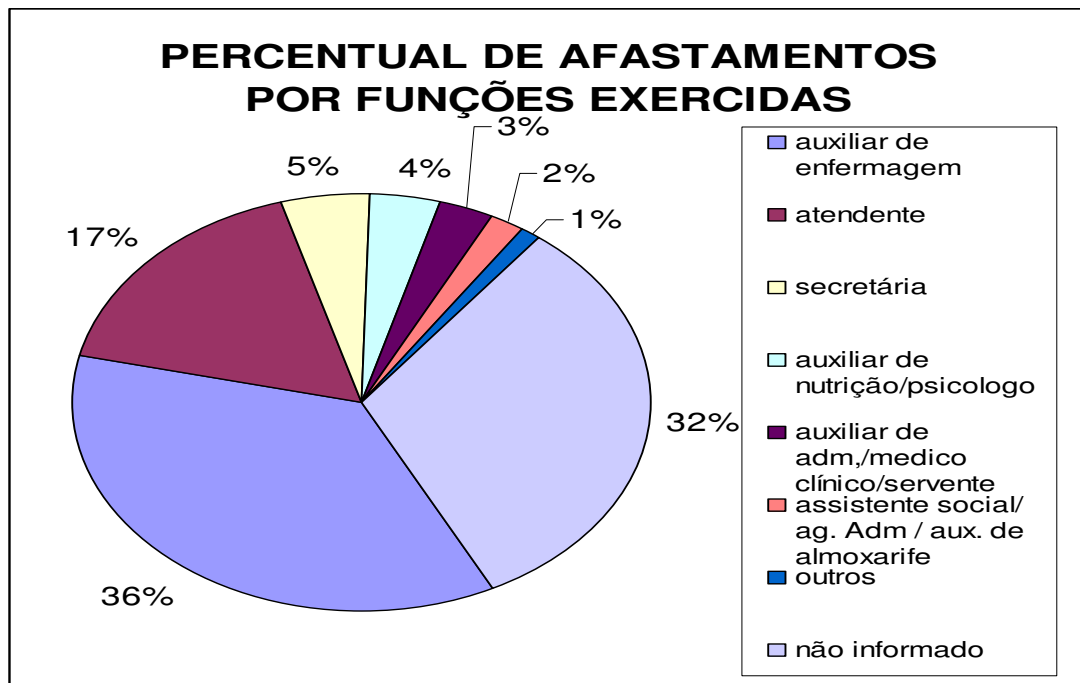


GRÁFICO 1: Percentual de afastamentos por funções exercidas.

Segundo informações fornecidas pelo SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho) do Hospital Psiquiátrico São Pedro, no ano de 2008, houve um total de 984 afastamentos, sendo que destes, 78 foram por problemas psíquicos. Cabe frisar que estes números não são referentes ao número total de trabalhadores afastados, uma vez que, neste período a instituição contava com 678 servidores; mas sim, ao número total de afastamentos, o que significa dizer que, um mesmo trabalhador pode somar vários afastamentos durante o mesmo período. Conforme elucida a tabela abaixo.

TABELA 1: Causas de Afastamento 2008.

Causas de afastamentos/ 2008	Número de casos de afastamentos	Percentual de afastamentos
1. Osteomuscular	186	18,90%
2. Respiratório	162	16,46%
3. Familiar	112	11,38%
4. Gastroenterologia	88	8,94%
5. Distúrbio Mental/ Consulta/ Cardiologia/ Pós-operatório	78	7,92%
6. Outros	66	6,70%
7. Odontologia	62	6,30%
8. Ginecologia	54	5,48%
9. Otorrinolaringologia	43	4,37%
10. Acidente de Trabalho/ Dermatologia/Oftalmologia	30	3,05%
11. Neurologia/ Nefrologia	26	2,64%
12. Delimitação funcional	16	1,62%
13. Sem resposta	38	3,86%
14. Medicação	23	2,38%
Total	984	100,00%

Tais dados foram desmembrados pela pesquisadora sendo obtido os seguintes resultados para o ano de 2008: dos 678 trabalhadores, 366 se afastaram do trabalho, o que corresponde a 53% do quadro total.

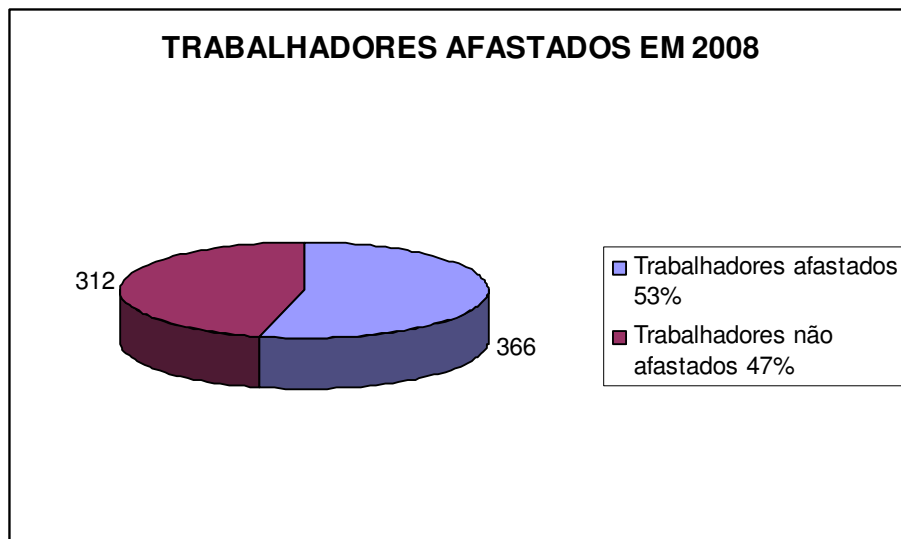


GRÁFICO 2: Trabalhadores afastados em 2008.

Pelo que se pôde apurar o distúrbio mental ocupa a quinta causa de afastamento, o que equivale a 10,38% das causas, dividindo a posição com consultas, problemas cardiológicos e pós-operatórios, conforme gráfico abaixo.

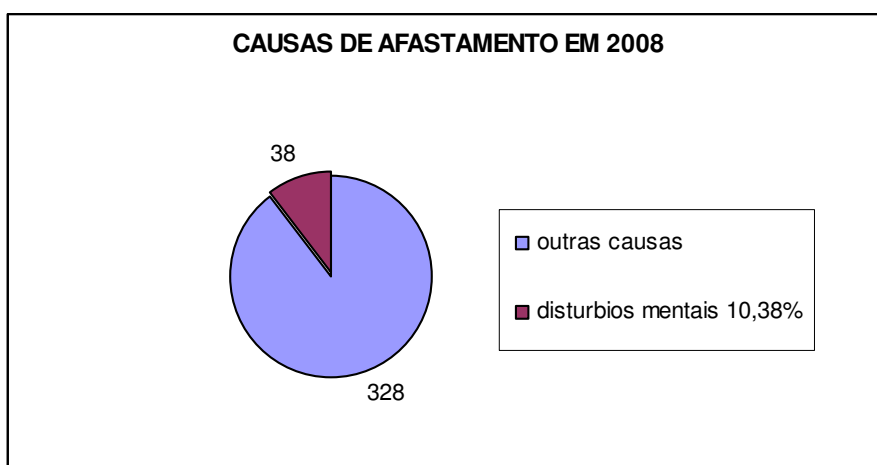


GRÁFICO 3: Causas de afastamento em 2008.

A instituição é formada pelos seguintes serviços:

- Ensino e pesquisa;
- Unidades de internação;
- Núcleo de tradição e cultura Estância de São Pedro;
- Serviço de admissão e triagem;
- Unidades de apoio técnico;
- Ambulatório;
- Núcleo de pacientes institucionalizados;
- Serviço de memória cultural;
- Oficina de criatividade;
- Morada São Pedro;
- Morada Viamão;
- Saúde mental.

4.2.1 Unidades de Internação

O HPSP possui três unidades de internação para pacientes agudos. São elas: a Unidade Barros Falcão, a Unidade de Internação Mário Martins Feminina e a Unidade Mario Martins Masculina. Dentre as citadas, a Unidade de Internação Mário Martins Feminina e Masculina foram o campo da presente pesquisa.

Segundo informações do Serviço de Memória Cultural do HPSP, há pouco material sobre as unidades. Um trabalho teórico-prático, realizado por estagiárias de Psicopatologia intitulado: “Quem dá nomes às unidades do Hospital Psiquiátrico São Pedro”, realizado em 1995, explica que Mário Martins foi um psiquiatra gaúcho, que iniciou a difusão da psicanálise em nosso estado. Juntamente com Ciro Martins, estudou psicanálise na Argentina, e quando retornou à Porto Alegre, abriu as portas do Rio Grande do Sul para a psicanálise. Por esse motivo, foi homenageado, emprestando seu nome às unidades.

Segundo relato de religiosa proveniente da Congregação São José, até alguns anos atrás as unidades eram identificadas por números, mas, sob a direção de um novo diretor, na época, foi possível realizar uma votação entre os

trabalhadores, que selecionaram, então, nomes de pessoas ilustres para identificar as unidades, normalmente psiquiatras.

A unidade Mário Martins é dividida em masculina e feminina, possuindo equipes e dependências próprias, para cada uma delas. A unidade de internação feminina atende somente mulheres, a partir dos doze anos de idade, em casos de: deficiência mental, borderline, demência, psicose, etc. Geralmente aceita até 30 internas, sendo que o período de internação oscila em torno de trinta dias.

Na unidade feminina a equipe é diversificada e formada por: duas médicas psiquiatras, uma psicóloga, duas assistentes sociais, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional e nove auxiliares de enfermagem (distribuídos nos turnos da manhã, tarde e noite), além de estagiários e terceirizados (limpeza).

As pacientes participam de atividades da recreação, cuidam da horta, da cozinha, realizando atividades de socialização. Participam de passeios fora do hospital, da reciclagem de papel e das atividades realizadas na Oficina de Criatividade, além de grupos oferecidos.

Os critérios utilizados para a seleção e realização das atividades são variados e decididos em Assembléia realizada entre pacientes e trabalhadores e que objetiva ser um espaço democrático de participação. Mas que depende, também, da avaliação diária, feita pela equipe, a respeito do estado do paciente, em relação às condições de realização ou não de determinadas atividades, das saídas livres, além de outros critérios estabelecidos.



Unidade de Internação Mário Martins Feminina – 2005
Foto Dennis Magalhães – Assessoria de Comunicação dos Hospitais.

A unidade masculina é uma unidade relativamente nova, criada na década de 80. Inicialmente, era mista (masculina e feminina), mas foi separada, devido a problemas de envolvimento entre os pacientes. Atualmente, atende homens a partir dos 12 anos, sem limite superior de idade. Seu objetivo é fazer com que o paciente saia do surto e seja encaminhado para tratamento ambulatorial. A média de duração do período de internação é de 30 dias, podendo variar conforme o caso.

A equipe é constituída por um psiquiatra, duas assistentes sociais, um psicólogo, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional e sete auxiliares e técnicos de enfermagem (distribuídos em diferentes turnos), além de residentes, estagiários e terceirizados (da limpeza).

Nesta unidade, além do tratamento médico e psiquiátrico, os pacientes participam de grupos operativos, assembléias, atividades de Terapia Ocupacional, recreação (dentro e fora da unidade) e das atividades desenvolvidas na Oficina de Criatividade.

A participação dos pacientes nas atividades segue o mesmo critério da unidade feminina, ocorrendo avaliação diária da equipe, quando é analisada a

condição de cada um dos pacientes, quem tem saída livre ou acompanhada e, também, quem deseja participar.



Unidade de Internação Mário Martins Masculina - 2005
Foto Dennis Magalhães - Assessoria de Comunicação dos Hospitais.

As unidades feminina e masculina são também denominadas de unidade de ensino, por possuírem residência, definida, pelo *site* da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS) (2009), como modalidade de educação profissional pós-graduada, de caráter interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço, mediante trabalho sob supervisão.



Prédio das Unidades de Internação Mário Martins Masculina (esquerda) e Mário Martins Feminina (direita) – 2009
Foto Neuza Maria Barcelos.

A Residência Integrada em Saúde (RIS), que é coordenada pela ESP e SES/RS, estabelece a integração dos Programas de Residência Médica com os Programas de Aperfeiçoamento Especializado – Residência Multiprofissional – a integração entre trabalho e educação; a integração de diferentes profissões de saúde, como Equipe de Saúde (campo e núcleo de saberes e práticas profissionais em articulação permanente) e a integração entre ensino, serviço e gestão do SUS.

A residência possui duração de dois anos, e o seu objetivo é o de especializar profissionais de diversas áreas para a atuação e trabalho em Equipes de Saúde, e têm como proposta capacitá-los para uma intervenção interdisciplinar, analítica, crítica, investigativa, resolutiva e propositiva no âmbito técnico, administrativo e político do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Hospital Psiquiátrico São Pedro a área de especialidade é a da Saúde Mental Coletiva para as seguintes profissões: Serviço Social, Enfermagem, Educação Física, Educação Artística, Psicologia e Terapia Ocupacional; além de Psiquiatria Médica. Tanto a residência multiprofissional, quanto a médica, possuem coordenações próprias no hospital.

5. SERVIÇO PÚBLICO

5.1. POLÍTICAS PÚBLICAS

Para analisar as políticas públicas, direcionadas à Saúde do Trabalhador, na atualidade, é necessário situar sua trajetória, mesmo que sob rápidas considerações. A intenção, aqui, é refletir a respeito do processo de desenvolvimento dessas políticas e as perspectivas possíveis, no sentido de construção de práticas que, efetivamente, dêem conta da demanda existente.

5.1.1 A Saúde: direito de todos

Conforme a Constituição da República do Brasil de 1988:

Art.196 “A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação”.

O Sistema Único de Saúde – SUS é uma política pública que acaba de completar duas décadas de existência. Nesses poucos anos, foi construído no Brasil, um sistema de saúde que presta serviços à população brasileira.

Nessa perspectiva, cabe ao SUS também a atuação na área da Saúde do Trabalhador, através de ações e serviços de saúde públicos que busquem a promoção e proteção da saúde dos que trabalham (e de medidas que coloquem sob seu controle os Serviços de Medicina do Trabalho das empresas).

Segundo Lacaz (1996), este papel era uma atribuição histórica do Ministério do Trabalho desde os anos de 1930, mediante a chamada inspeção do trabalho, no que concerne à fiscalização dos ambientes e as suas condições. O que se tornou melhor delineado nos anos de 1970, quando sucessivas portarias emanadas daquele ministério passaram a regulamentar e normatizar a avaliação quantitativa, ao lado de definir a existência, a partir de então obrigatória, e a forma de

organização dos chamados Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMTs), aos quais é dada a tarefa de tutelar a saúde dos trabalhadores.

Conforme Oliveira e Teixeira (1978), nos anos 1950-1960 as maiores empresas estatais e as multinacionais já mantinham os chamados serviços médicos de empresa, cujo papel era atuar na seleção da mão de obra e no controle periódico dos trabalhadores, regulando assim, o absenteísmo e a capacidade de trabalho dos empregados, demitindo-os quando necessário.

Com o advento do SUS e sua regulamentação através da Lei 8080/90, fica claramente definido, em seu artigo 6º, que a ele caberá atuar na Saúde do Trabalhador tanto na assistência, na vigilância e no controle dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, como na sua promoção; atribuição estas que, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em março de 1994, ficam politicamente melhor demarcadas. Assim, o SUS tem por obrigação ser a instância do Estado que deve coordenar e nuclear as ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores (Brasil, MS, 1994).

De acordo com Lacaz (1996), ao ser aprovada aquela resolução na plenária de encerramento da II Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador, abriu-se espaço para que o Ministério da Saúde (MS), através do SUS, assumisse um papel mais atuante. Fato que não aconteceu, na prática, devido à fragilidade orgânica do MS no campo da Saúde do Trabalhador, o que levou o Ministério do Trabalho a retomar algumas ações, baixando portarias no ano de 1994, tratando do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), abrindo, assim, uma larga porta para a total terceirização das ações dos SESMTs, no que atende aos interesses das próprias empresas. Dando assim, uma falsa impressão de uma melhor cobertura, até porque, tal questão é estendida somente aos trabalhadores com vínculo empregatício, que hoje são a minoria dentro da população economicamente ativa (PEA), dada a precarização das relações e vínculos de trabalho.

Desde meados dos anos de 1970, segue Lacaz (1996), consolidam-se no cenário mundial as críticas aos gastos estatais, do que veio a constituir-se posteriormente no neoliberalismo, particularmente no que concerne às políticas sociais. Assim existe uma orquestração contrária às conquistas do Estado de Bem

Estar Social (*Welfare State*). Instala-se, então, uma disputa pelo fundo público, entre o setor social daquele e o setor produtivo.

Com a crise dos anos de 1970, inicia-se um processo de despolitização das relações sociais e da própria cidadania da sociedade do trabalho, colocando em crise o regime democrático na cidadania moderna.

Segundo Lacaz (1996), para fugir dos limites impostos pelos golpes sofridos diante da derrocada do chamado socialismo real, seria necessário, então, recolocar o sujeito na busca pela emancipação, ao que se alia o resgate do papel do Estado (de direito, democrático) e não mais submetido ao mercado.

Nesta perspectiva, pode-se dizer que o SUS é um projeto reformista de política social que se inscreve, segundo o autor, como uma das poucas possibilidades de *welfare State* até hoje surgidas no Brasil, apesar das propostas contra reformistas que surgem a cada momento.

Atualmente as atividades de vigilância estão pulverizadas nos órgãos de vigilância sanitária, epidemiológica, de controle de vetores, de educação para a saúde, que atuam sobre o meio ambiente, incluído o do trabalho, que acabam não dando conta dos problemas sanitários que ocorrem nos territórios. Daí a necessidade de uma articulação intersetorial dos vários órgãos de governo que atuam na saúde, no meio ambiente, na agricultura, no trabalho, dentre outros.

Parece, no entanto, um grande paradoxo, o fato de o Sistema Único de Saúde vir sendo implementado desde o início dos anos de 1990 e até agora não ter aparecido de modo realmente efetivo e significativo, em suas diretrizes, o direito dos trabalhadores da saúde a territórios de trabalho saudáveis. Nos quais se constituam como sujeitos construtores, onde possam se reconhecer e serem reconhecidos como pertencentes e membros ativos em todo o processo de produção de saúde e, como humanos, possuidores de fragilidades, limites e direito ao adoecimento.

O discurso oficial do próprio Ministério da Saúde (2006) corrobora essas questões quando afirma reconhecer e valorizar o trabalho humano em todas as suas dimensões. Declara ainda o MS que por estar sintonizado com as políticas governamentais adotou estratégias de implementação de uma política de valorização do trabalhador, passo que entende ser fundamental para promover a desprecarização do trabalho e a própria consolidação do SUS.

Segundo cartilha do próprio MS (2006) o presidente do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), defende nas diretrizes do

órgão, uma gestão local que democratize as relações de trabalho, possibilitando que o trabalhador de saúde seja sujeito e protagonista na história da construção do SUS. Inclusive refere que a gestão deve estimular o processo de sindicalização e a organização do trabalhador no seu ambiente de trabalho e, sobretudo, a criação de espaços de negociação para o debate de suas reivindicações.

Conforme Rollo (2007), o trabalho na saúde não está fora e descontextualizado do resto do mundo. O desenvolvimento dos processos produtivos, no atual estágio do capitalismo global, mediante a automação/robótica, informática, telecomunicações, com “necessidade cada vez menor” do trabalho humano, vem gerando desemprego e a conseqüente desvalorização do trabalho. O trabalhador e o trabalho vão perdendo seu “valor de uso” podendo ser tratados como algo desprezível e descartável. Aliado a esses fatores soma-se a redução do poder político dos sindicatos na disputa ideológica e cultural na sociedade.

De acordo com Rollo (2007, p. 20):

Outra questão que contribui para esse “esquecimento” “é o desprezo e desqualificação dos serviços e servidores públicos por parte das políticas neoliberais de Estado mínimo, com seus interesses de privatização agressiva de empresas estatais e da permissão para que a lógica lucrativa de mercado adentre com vigor no seio das políticas de saúde, educação, cultura e lazer. Ações de mídia e discursos de porta-vozes dessa política têm, reiteradamente, apresentado os funcionários públicos como os principais culpados pela ineficácia dos serviços públicos, o “bode expiatório”, e como tal, não devem e não podem ser valorizados e bem cuidados.

5.1.2 Os Sindicatos

Serão abordados os sindicatos mais representativos do quadro de servidores públicos do estado, dentre eles, o Sindicato dos Técnicos Científicos do Estado do Rio Grande do Sul (SINTERGS) e o Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul (SINDSEPERs)⁶.

⁶ Os dados relativos a esses dois sindicatos foram obtidos diretamente, através de entrevistas com os respectivos presidentes, materiais impressos fornecidos pelas duas organizações e acesso aos sites (SINTERGS, 2009; SINDSEPERs, 2009).

O SINTERGS foi Fundado em 1988. Conforme o *site* (SINTERGS, 2009) com intuito de resgatar o reconhecimento e a valorização dos servidores, além de lutar pelo cumprimento das leis, organizar e tornar a categoria mais forte e unida. Representa os funcionários de nível superior do Executivo estadual, distribuídos em 42 profissões. Atuando em todo o estado, o Sintergs possui mais de seis mil sócios filiados. A entidade tem conquistado avanços para a categoria, como a Lei Britto, de 1995, que incorporou um índice de reajuste de mais de 33% aos salários dos integrantes de seu quadro social. Outra vitória foi a incorporação do abono concedido no governo Olívio, com reflexos nas vantagens temporais, lutas que exigiram de todos muito engajamento, reuniões e articulações.

Durante os 20 anos de existência, foi possível a aquisição da sede própria da entidade, em 1995. O que tem pautado historicamente a atuação dos dirigentes da entidade, segundo seu presidente, é a busca de uma reposição salarial, que coloque os Técnicos-Científicos, em um patamar de nível superior, de acordo com a exigência do concurso público realizado para ingressar no serviço público.

O sindicato possui uma estrutura distribuída em: diretoria, setor administrativo, departamento jurídico, setor de informática e assessoria de imprensa, para potencializar uma infra-estrutura que busque atender os interesses fundamentais dos Técnicos-Científicos.

Segundo seu presidente, 60% dos sócios são aposentados. Dos 2.893 sócios da Secretaria da Saúde, cerca de 120 estão lotados no Hospital Psiquiátrico São Pedro, o que representa um percentual de 17,6% do quadro total dos trabalhadores dessa instituição.

Em relação às mobilizações dos servidores, o presidente afirma que não há histórico de luta e que não existe uma cultura de contestação. Entende ele, que se está vivendo um processo de desmonte do serviço público, onde os concursos não ocorrem e não há substituição dos trabalhadores que se aposentam - que constituem hoje 55% do quadro total dos servidores da saúde. Até meados da década de 1990, continua o presidente, a imagem do servidor era relativamente respeitada, no entanto, hoje, a sociedade está sendo estimulada a pensar que o servidor não trabalha, que não há comprometimento e que não produz nada. Tal percepção equivocada está a serviço da substituição de serviços públicos por serviços de governo, onde os interesses políticos irão prevalecer cada vez mais.

O SINDSEPERS é uma organização sindical, fundada em 31 de outubro de 1988, que é representativa da categoria profissional dos servidores públicos estaduais do Rio Grande do Sul ativos e inativos, da administração direta, autárquica dos poderes Executivo, Legislativo e do Tribunal de Contas.

O SINDSEPERS, conforme *site* (2009) representa os interesses gerais e específicos da categoria, bem como os interesses individuais de seus associados, perante as autoridades administrativas. Estão excluídos desta representação os servidores estaduais da Polícia Civil, os servidores da Caixa Econômica Estadual, os professores e os servidores do Poder Judiciário.

A filiação ao sindicato permite que o SINDSEPERS ingresse com ações judiciais em defesa de seus associados enquanto servidores públicos.

Conforme o sindicalista, a desmobilização no serviço público estadual não é uma questão micro ou localizada no HPSP, mas é pertencente a um processo nacional. Segundo ele, durante a década de 1980 existia no hospital um fórum de servidores, que fomentava muita participação e envolvimento político, o que gerou mais expectativas de mudança do que ações que correspondessem a essas demandas. De lá para cá, ocorreu um processo gradativo de municipalização da saúde, onde os trabalhadores foram sendo encaminhados para várias outras instituições de saúde, trazendo como consequência a fragmentação do grupo, que perdeu muito da sua articulação e força.

Já na década de 1990 ocorreu uma desmobilização sentida até hoje, pois os governantes gaúchos além de atacarem o serviço público, reforçaram a não capacidade de mobilização e resistência deste segmento. Inclusive os salários começaram a ficar muito defasados, o que mobilizou grande parte dos servidores a buscar outra fonte de renda, com outros empregos, gerando inclusive subempregos que levaram também ao desgaste físico e mental do trabalhador, gerando um círculo vicioso.

Apenas em 2004, conforme seu presidente houve uma mobilização dos servidores do HPSP para aprovação de contratos emergenciais. Agora está se tentando recuperar esta mobilização, mas o processo é lento e gradual. Isso se deve ao fato do setor público vir sendo privatizado sob a ótica do capital, sendo que a mídia também se encarrega de destruir este segmento através de imagens negativas do trabalho e do servidor.

O SINDSEPERS, conforme relato do presidente, possui em torno de 2.500 sócios com mais de 55% do quadro formado por aposentados, sendo 1500 filiados do quadro da saúde. Dentre esses, cerca de 100 estão lotados no HPSP, o que representa 14,7% do quadro total de trabalhadores dessa instituição.

De acordo com a percepção do presidente, formada através do contato direto com os trabalhadores, em torno de 20% das faltas ao trabalho no HPSP devem-se primeiro a questões de saúde física, sendo que a segunda maior causa refere-se a questões mentais dos trabalhadores.

Percebe-se através de dados fornecidos pelos principais sindicatos que 32,3% dos servidores do HPSP são filiados a alguma dessas instituições, mas apesar disso, não há uma mobilização efetiva por parte dos trabalhadores que possibilite um processo de mudança nos processos de trabalho.

Em relação ao processo de desmobilização dos trabalhadores, Santos (2006) põe em pauta a crise atual do sindicalismo com sua baixa capacidade de agregação e pequena lealdade de sua base de representação. Aponta ainda, para a necessidade de se redescobrir o movimento sindical em bases democráticas.

O autor ressalta que o atual padrão hegemônico de subjetividade, em que o individualismo e o “salve-se-quem-puder” imperam não é sem motivo que acabam por dar a tônica da nossa contemporaneidade. Pois tais questões operam também como determinantes significativos desta crise, que levou e vem levando à redução intensa do número de filiados, ao enfraquecimento da autoridade política e da representatividade dos sindicatos. Por outro lado, o autor conclama os sindicalistas a fazerem autoquestionamentos envolvendo amplamente suas bases.

Segundo Rigotto (1994), a partir do final dos anos de 1970, no bojo do Novo Sindicalismo (greves do ABC), os sindicatos nomeiam a Saúde do Trabalhador como um campo particular de suas ações, buscando intervir diretamente sobre o processo de trabalho e dando mais um passo na luta autônoma encetada desde o começo do século em defesa de um trabalho saudável.

Para Antunes (1995), o sindicalismo viveu, na década de 1980, uma expressiva expansão através dos assalariados médios e do setor de serviços; deu-se continuidade ao avanço do sindicalismo rural; houve o nascimento das centrais sindicais, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), fundada em 1983. Procurou-se, ainda que de maneira insuficiente, avançar nas tentativas de organização nos locais de trabalho, debilidade crônica do movimento sindical;

efetivou-se um avanço na luta pela autonomia e liberdade dos sindicatos em relação ao Estado; verificou-se um aumento do número de sindicatos, onde se sobressaía a presença organizacional dos funcionários públicos; houve inclusive aumento nos níveis de sindicalização, configurando-se um quadro favorável para o novo sindicalismo ao longo da década de 1980.

Santos (2006) afirma que historicamente o movimento sindical focou suas reivindicações na questão salarial, descuidando das relações na produção do trabalho. Desta forma não explorou a potencialidade deste como um espaço de agenciamento de novos padrões de subjetividade e, de possibilidade de saúde.

As alterações nos processos de trabalho, de acordo com a lógica da maximização de lucros, têm tornado o trabalho mais penoso, fragmentado, não propiciador de valorização da autonomia e auto-estima, de convivência prazerosa e de identificação institucional.

Santos (2006) refere que fazer a ligação das condições de trabalho e de moradia do trabalhador é fundamental para romper a atuação centrada apenas em questões salariais. Articula, portanto, que a junção de movimentos sindicais com movimentos da comunidade em defesa de políticas públicas torna-se uma medida estratégica.

Antunes (1995) afirma ainda que o quadro hoje é agudamente crítico. O sindicalismo da força sindical, com forte dimensão política e ideológica, preenche o campo sindical da nova direita, da preservação da ordem, da sintonia com o desenho do capital globalizado.

Começa então, a ganhar cada vez mais força, uma postura de abandono de concepções socialistas e anticapitalistas, em nome de uma acomodação dentro da ordem. Trata-se de uma crescente definição política e ideológica no interior do movimento sindical brasileiro. É uma postura cada vez menos respaldada numa política de classe. E cada vez mais numa política para o conjunto do país, o “país integrado do capital e do trabalho”.

Um dos cuidados que o sindicato deve ter segundo Antunes (1995), é o de evitar a polarização ou posições extremistas do sindicalismo contestatário, que abusa do denunciamento, transformando-se em porta-voz de partidos políticos na disputa social – não produzindo conquistas específicas para a categoria. E do sindicalismo de resultados – que transforma a participação em aceitação/adesão

sindical aos critérios e propostas das direções gestoras, perdendo legitimidade pela banalidade de seus acordos.

O novo sindicalismo tem de ser pragmaticamente de contestação e de participação... Na grande maioria das situações, a melhor estratégia é a mistura em doses diferentes de contestação e participação. Consoante os casos, teremos uma contestação participativa ou uma participação contestatória. [...] Fã-lo-á tanto melhor quanto mais flexível e atenta às condições concretas for a calibragem das doses e quanto mais criativas forem as misturas entre elas (SANTOS, 2006, p.391).

A nova concepção sindical passa pela reafirmação da centralidade de seu compromisso com os trabalhadores e com a democracia. No entanto, a democracia interna dos sindicatos e nos locais de trabalho, em geral, é sofrível.

Percebe-se, inclusive, que as pessoas parecem ser menos cidadãos nos locais de trabalho do que na sociedade. Logo, é necessário que novos arranjos com mecanismos de participação direta, aconteçam no processo de revitalização do movimento sindical. Dentre eles, a aproximação dos sindicatos junto aos trabalhadores, buscando acordos mais pragmáticos e menos ideológicos.

Diante de um cenário bastante árido e complexo, foram constituídos pelo Ministério da Saúde, alguns programas e políticas com a expectativa de dar conta de questões da saúde do trabalhador que serão apresentados abaixo.

Em vigor, desde 2004, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, tem por objetivo à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.

Suas diretrizes, conforme *site* do Ministério da Saúde (SAÚDE, 2009), descritas na Portaria nº 1.125 de seis de julho de 2005, compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersectorial, a estruturação de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação em recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações.

A Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (Renast) é uma das estratégias para a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores. Ela é composta por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest),

que recebem recursos financeiros do Fundo Nacional da Saúde, para realizar a prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde de trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e da inserção no mercado de trabalho.

No entanto, esta instância fiscaliza ações da iniciativa privada em termos de condições de trabalho e não dá conta da Saúde do Trabalhador interna, ou seja, do planejamento, execução e controle de ações voltadas para os trabalhadores vinculados a órgãos públicos.

Em esfera interinstitucional, o Ministério da Saúde desenvolve uma política de ação integrada com os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, denominada Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), de acordo com a Portaria Interministerial Nº 800 de 3 de maio de 2005. Tal política surgiu, da necessidade de garantir que o trabalho seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e a realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para sua saúde e integridade física e mental. Suas diretrizes compreendem:

I – Ampliação das ações, visando à inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde;

II – Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e da saúde do trabalhador;

III – Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação;

IV – Estruturação de rede integrada de informações em Saúde do Trabalhador;

V – Reestruturação da formação em Saúde do Trabalhador e em segurança no trabalho incentivo à capacitação e à educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da política;

VI – Promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e Saúde do Trabalhador.

Conforme Arcuri (2007) no contexto da PNSST o conceito de trabalhador é bastante amplo. Estão incluídos “todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da

economia”. Inclui ainda nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais; autônomos; temporários; servidores públicos; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego.

Apesar de diversas políticas, no entanto, a crítica que se faz é que na prática, as instituições públicas não possuem programas internos direcionados à saúde dos seus trabalhadores.

A própria Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme Rollo (2007), elegeu o ano de 2006 e a próxima década como a de “valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde”. Para isso, o Ministério da Saúde criou um comitê que vem desenvolvendo campanha, ações e eventos relativos ao tema em questão, tendo adotado o lema “Gente que faz saúde – 2006 – Ano dos Trabalhadores da Saúde”. Porém, a própria Secretaria da Saúde desconhece esta campanha e suas ações, o que demonstra uma falta de alinhamento das estratégias federal e estadual voltadas à saúde do trabalhador.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), criada em 2003, possui em suas diretrizes a “valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde”. A PNH tem trabalhado com dispositivos, entendidos como “tecnologias ou modos de implementar a humanização”, que são singularizados em processos de co-construção nos serviços e apoio institucional como forma de promover inovações nos processos de trabalho e organização das unidades de saúde.

O que ocorreu, no entanto, é que o estado entrou de forma tardia com a discussão da PNH em suas instituições hospitalares e unidades de saúde. Sendo que apenas em 2007 foi possível organizar um grupo executivo, através da assessoria de comunicação dos hospitais, constituído por profissionais do Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital Sanatório Partenon, Hospital Colônia Itapuã e Ambulatório de Dermatologia Sanitária. Em que foi deliberado que cada local estruturasse grupos internos de trabalho de humanização (GTHs), o que não

ocorreu ainda no HPSP, até o momento da realização desta pesquisa, segundo a assessoria de comunicação.

Outra grande oportunidade para avanços significativos na valorização do trabalhador da saúde é o “Pacto pela Saúde”, proposto pelo Ministério da Saúde em 2006, através da portaria Nº 399, que aprova diretrizes da consolidação do SUS com seus três componentes – Pacto Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, este último com a pretensão de tornar mais rápida e menos burocrática a municipalização da saúde, tornando os municípios brasileiros os efetivos gerenciadores do SUS, ou seja, prevê a descentralização da gestão, conforme determina a lei 8.080 de 1990.

Aprovado na Comissão Intergestores Tripartite do SUS, que aponta para o fortalecimento da cooperação entre as esferas de governo federal, estadual e municipal, para consolidação do SUS nas dimensões da defesa da vida, da defesa do SUS e do Pacto de Gestão. Introduce o termo de compromisso como instrumento de formalização do Pacto, com definição/pactuação de metas locais, com instituição de processo de monitoramento das mesmas.

No eixo da gestão do trabalho e da educação na saúde, há boas diretrizes para serem pactuadas e desdobradas em compromissos e metas. Dentre elas, a necessidade de se desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho; também é fundamental formular e promover a gestão da educação permanente em saúde orientada pela integralidade da atenção, através de estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento profissional.

Conforme gestores da SES a partir dessa discussão, todos os municípios gaúchos poderão assumir a gestão plena da saúde, passando a gerenciar recursos e ações de média e alta complexidade sem a necessidade de habilitação no MS, o que desburocratiza o processo. A medida prevê ações integradas a serem executadas simultaneamente em três eixos de atuação: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foi, igualmente, um passo importante para a discussão de políticas públicas neste campo. Realizada pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social, em dezembro de 2005, aprovou resoluções que apontam para a saúde do trabalhador da saúde,

dentre elas, a identificação dos riscos existentes no trabalho, formas de adoecimento e apontou para a necessidade de prover atenção integral à saúde do trabalhador.

Realizada em março de 2006, a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde trouxe como um dos eixos a negociação na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Valorização, Humanização e Saúde do trabalhador. Nesta conferência foram aprovadas 528 resoluções, sendo 111 no eixo que trata da Valorização, Humanização e Saúde do Trabalhador. Uma delas trata da implantação e do investimento em políticas de cuidado ao cuidador da saúde, com o acompanhamento de equipe multidisciplinar, organizando reuniões e atividades com os cuidadores, momentos de lazer, práticas de saúde mental e elevação da auto-estima, oferecendo suporte psicoterapêutico, quando necessário.

Tanto as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, quanto as Conferências Nacionais de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde são acionadas pela Conferência Nacional de Saúde, que é magna e ocorre a cada quatro anos. No entanto, as conferências temáticas não têm periodicidade definidas, ocorrendo apenas quando surgem questões a serem acrescentadas. Nesse aspecto, conforme a SES, tais conferências estão em processo de esgotamento, uma vez que, não acrescentam mudanças políticas à organização do sistema, como as primeiras. Segundo aquela instituição, a Conferência mais significativa para a Saúde do Trabalhador, que é uma organização anterior ao próprio SUS, foi a segunda, uma vez que traduziu sua política para o Sistema Único de Saúde.

5.1.3 Plano de Carreira, Cargos e Salários

No Brasil, segundo cartilha da Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional de Saúde realizada pelo Ministério da Saúde (2005), as instituições de saúde passam por grandes dificuldades sendo que os problemas relacionados ao campo da gestão e da formação de recursos humanos são apontados como um dos principais fatores que levam à desqualificação dos serviços. As instituições governamentais têm salientado, no entanto, a gestão dos recursos humanos como um tema que necessita de maior atenção e dedicação, assinalando a necessidade da adoção de mecanismos que possibilitem o equacionamento das distorções existentes no gerenciamento da força de trabalho.

Para suprir estas demandas, o Ministério da Saúde constituiu uma Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS (Portaria nº 626/GM, em oito de Abril de 2004), por entender a importância de estabelecer diretrizes norteadoras que garantam a valorização dos trabalhadores, mediante a equidade da oportunidade e do desenvolvimento profissional em carreiras. No entanto, os trabalhos trouxeram na prática, poucos resultados.

Em 2006, segundo a SES o Secretário de Saúde do Rio Grande do Sul elaborou um plano de carreira para os servidores do Estado, porém não houve tempo hábil, no final do governo Rigotto, de colocar em votação na Assembléia Legislativa, o que inviabilizou o projeto.

5.1.4 DesprecarizaSUS

Segundo cartilha do MS/2006, fruto de uma política que vigorou a partir da segunda metade da década de 1990, com as propostas de reformas estruturais do estado Brasileiro, a flexibilização e a precarização das relações de trabalho, passaram a ser amplamente adotadas, não só no âmbito do Governo Federal, mas também em boa parcela dos estados e municípios.

Há mais de duas décadas, o Brasil vem redefinindo a estrutura e o perfil do sistema de saúde. Nos anos de 1990 os papéis e funções dos entes federados foram reformulados e este novo modelo foi organizado de forma regionalizada, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade visando o controle social.

Como consequência dessa transformação, os estados e municípios, muitas vezes, tiveram que buscar alternativas de contratação de novos trabalhadores. Mas devido ao constrangimento legal da Lei de Responsabilidade Fiscal e a falta de orientações corretas e claras de como proceder a essas novas exigências, acabaram contratando indevidamente, sobretudo pelas características dos programas e pela sua instabilidade administrativa e orçamentária. Assim sendo, os municípios tornaram-se os principais responsáveis pela contratação de trabalhadores e pelo gerenciamento dos serviços, utilizando, inclusive, parcerias

com Organizações Não Governamentais (ONGs) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e contratos com cooperativas. Com isso, surgiram problemas associados à precarização dos vínculos de trabalho.

O trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS.

Diante dessas questões, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)/ Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS, tornando-se necessária a criação de um comitê nacional pela portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003, com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo.

5.1.5 Regulação do Trabalho em Saúde

Conforme cartilha do MS/2005 sobre Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde, embora a constituição Federal, em seu art.22, inciso XVI, estabeleça competência privativa à União para legislar sobre a organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício das profissões, essa atribuição que lhe é conferida não está sendo exercida plenamente. No Brasil, é livre o exercício de qualquer trabalho, desde que sejam atendidas as qualificações profissionais que a lei venha a estabelecer. Entretanto, observa-se uma ausência do Estado nessas questões.

A regulação das profissões tem obedecido muito mais às regras estabelecidas pelo mercado do que propriamente às ações efetivas do governo. Estimula-se o processo da auto-regulação das corporações, por meio de regras emitidas pelos próprios conselhos de fiscalização do exercício profissional. Vê-se que as iniciativas legislativas reproduzem, na maioria das vezes, resoluções internas desses órgãos que fiscalizam o exercício profissional sem que haja qualquer esboço de intervenção do governo nesse aspecto.

Numa análise aprofundada da situação, é possível identificar, como uma característica básica do atual regime regulatório brasileiro, a existência de uma legislação que preserva “monopólios” de regulação do trabalho, os quais, muitas vezes, extrapolam os seus próprios limites de atuação, disseminando conflitos que alimentam a competição entre corporações regulamentadas ou entre estas e as em vias de regulamentação.

Sucedem que as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e seu controle, a fim de efetivar a proteção à vida, submetendo o interesse particular ao interesse social.

É de grande importância a instituição de estratégias que venham a resolver não só as questões apontadas, como também as que porventura surjam dos choques de interesses profissionais, resultantes das tentativas de ganho de espaço e poder por parte das diversas categorias existentes no setor Saúde.

5.1.6 Negociação do Trabalho no SUS

Conforme cartilha divulgada pelo MS (2005), a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), instalada desde junho de 2003, tem suas bases oriundas do conceito de controle social e conta com a participação de trabalhadores, empregadores, gestores e governo, que possuem autonomia para discutir, de modo propositivo, todos os aspectos do funcionamento e das relações de trabalho no SUS, dentre elas, a jornada, condições de trabalho, salário e carreira.

Para isso, foi aprovado o Plano de Implementação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do Trabalho no SUS, cuja meta era instalar até 2005, mesas de negociação em todos os estados, no Distrito Federal e nas grandes cidades.

Em cooperação com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, por meio da Escola de governo, foram realizados seminários e oficinas para estimular e assessorar tecnicamente a construção de metodologias de negociação do trabalho no SUS.

Evidencia-se um amplo espectro de projetos que, em sua maioria, não conseguem ganhar corpo e ter continuidade, na prática, para que se obtenha

resultados realmente efetivos. Isso gera expectativas frustradas, por parte dos atores envolvidos e principalmente dos trabalhadores (não gestores), que passam também a desacreditar nas políticas públicas. No entanto, a complexidade da vida moderna e as transformações do mundo do trabalho têm demandado a existência de um Estado mais presente. As demandas são inúmeras e incontáveis, exigindo intervenções do poder público no sentido de ser arquitetada uma solução em harmonia com o interesse social.

O que é mais grave, diante de tantos programas criados que desencadearam poucos resultados, é que enquanto se padece de programas e ações internos, de acordo com a realidade específica de cada instituição, que dêem conta da saúde do trabalhador, convive-se com o aumento significativo de afastamentos do trabalho.

Na análise de acidentes de trabalho, do absenteísmo e de disfunções e incidentes que prejudicam o processo de produção, os fatores psíquicos e psicossociais vêm recebendo cada vez mais atenção. Nas estatísticas brasileiras de auxílio-doença, o peso da morbidade psiquiátrica e das doenças psicossomáticas é aspecto relevante e notório. (SILVA, 1994, p.609).

Rollo (2007) afirma que há carência de informações e de indicadores no SUS. Mas, conforme pesquisa realizada em 2004, a partir do Sistema Único de Benefícios do Ministério da Previdência Social, as causas mais frequentes de afastamentos no Brasil devem-se a problemas osteomusculares, lesões e envenenamentos e distúrbio mental/comportamental. Sendo que as causas específicas de maiores prevalências foram depressão e dorsalgia⁷ que, juntas, foram responsáveis por mais de 15% dos afastamentos naquele ano, segundo Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O autor entende que a questão que se coloca é crescente, preocupante e cobra atuação.

⁷ Também conhecida como “dor nas costas”, que pode provir dos músculos, nervos, ossos, articulações ou outras estruturas na coluna vertebral (DORSALGIA, 2009).

5.1.7 Recursos orçamentais da Saúde

A Constituição Federal Brasileira determina que 12% da receita líquida arrecadada com os impostos dos Estados, deva ser gasta com saúde. Na prática esse percentual não era repassado em sua totalidade, então foi estabelecido que de acordo com a emenda constitucional nº 29, o mínimo seria de 12%.

Segundo a Assessoria Técnica de Planejamento da SES (ASSTEPLAN) desde 1998 o Estado tem aumentado os investimentos em saúde, pagando o que deve, transferindo recursos programáticos aos municípios, como por exemplo, o Programa de Saúde da Família; zerando suas dívidas com os seus hospitais e a partir daí, podendo também, cobrar um serviço mais qualificado. (programa déficit zero do Estado).

Conforme o Fundo Estadual de Saúde, o gasto líquido com Saúde no Estado, em 2008, foi de 12,42% de acordo com o relatório de gestão de 2008 (Plano Estadual de Saúde). Pode-se afirmar, a partir dessas informações, que nunca foi gasto tanto em saúde no Rio Grande do Sul. Ocorre, no entanto, uma discussão sobre o que é Saúde, pois o orçamento do estado responde a muitas rubricas, além do SUS. Há repasse de verbas para o Ipê, Hospital Militar e Corsan, dentre outras instituições, que também são consideradas de Saúde, apesar de não pertencerem ao quadro da Secretaria da Saúde.

5.2. SERVIDOR X SERVIÇO PÚBLICO

Uma vez que a instituição está inserida na esfera pública, cabe levantar alguns pressupostos do seu funcionamento, porque este é um dos principais eixos, para a construção deste estudo. Ser funcionário público mexe com o imaginário coletivo das pessoas, no sentido de acionar desejos de estabilidade e de aposentadoria, necessidades legítimas de todo o trabalhador. Não é por acaso que, cada vez mais, aumenta a procura por concursos públicos, em uma tentativa de sanar tais preocupações.

O Brasil e o mundo enfrentam, na atualidade, a face mais desumana da crise global. Os dados oficiais corroboram esta questão, pois, segundo a Organização

Internacional do Trabalho (OIT, 2009), cerca de 20 milhões de postos de trabalho foram cortados em 2008, e outros 50 milhões devem ter o mesmo destino em 2009.

Diante desse cenário, acenar com os benefícios do funcionalismo público, em um mercado de trabalho marcado pelo excesso de pessoas e a pouca oferta de vagas, pode significar uma “garantia de segurança”, em um mundo cada vez mais volátil, desigual e inseguro. Isso se verifica, ainda mais, quando se trata da entrada e/ou permanência no universo de trabalho.

Os benefícios de ser servidor realmente existem, mas há muita desigualdade de remuneração, entre os poderes executivo, legislativo e judiciário. Os dois últimos são os que possuem melhor índice de remuneração. Só que tal aspecto não é percebido ou identificado pela população, que generaliza o funcionalismo, como se todos pertencessem a um mesmo nível.

Existe, no entanto, um pesado fardo no cotidiano de trabalho da maioria dos servidores, que é pouco abordado. Esse segmento não se depara com o risco do desemprego, mas há muitas outras questões, que se colocam e se atravessam em seu cotidiano e que dificultam, em muito, a sua vida laboral.

Os parâmetros das empresas públicas são completamente diferenciados das empresas privadas. Trata-se de outros valores, outras formas de subjetivação. Como é inerente a todo o trabalho, as características dessas empresas, muitas vezes, também fazem sofrer, mas de uma forma talvez mais danosa à saúde física e emocional do trabalhador. Ocorre que, nestas instituições, cada um deverá, por sua conta e risco, aprender a sobreviver da melhor forma possível, ou da forma que lhe for possível. Não há prescrições, e se elas existirem são reduzidas ou desatualizadas, em sua maioria.

Dentre os atravessamentos citados, está a questão política, que, em várias situações, inviabiliza a concretização de projetos legítimos, que foram planejados e desenvolvidos pelos trabalhadores, levando em conta as especificidades da instituição a que pertencem. Em outros casos, esses projetos são completamente ignorados pelos gestores políticos, que assumem cargos estratégicos, sem o conhecimento e/ou capacidade técnica para tal. Ocorre que, às vezes, eles ainda desconhecem, ou não concordam com diretrizes fundamentais, estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde ou pela Secretaria da Saúde. Estabelece-se, então, um jogo esquizofrênico e perturbador, para a maioria dos trabalhadores que se

encontram no meio do fogo cruzado e não sabem, ao certo, o que seguir e a quem responder.

As decisões são emperradas em processos burocráticos que perdem, muitas vezes, seu prazo de validade, ou sua razão de existir. E quando ocorrem, se dão de forma bastante verticalizada, com vários níveis hierárquicos, num excesso de chefias, coordenações e direções que, não raramente, entram em conflito, num jogo de poder onde todos perdem. Nesse jogo, geralmente há pouco respeito, diálogo e autonomia. Tais valores são repassados numa dinâmica de violência e agressividade, pois a verdadeira chefia “não tem rosto”. Há muitos, sem haver nenhum, o que permite um jogo mais aberto de desrespeito, onde as relações assumem um caráter mais pessoal e pouco profissional, abrindo brechas à discrepância e a acordos informais quanto à operacionalização do trabalho, que acabam por adicionar mais desgastes ao trabalhador, pois vão surgindo muitos vetores incontroláveis que reforçam a falta de autonomia de quase todos, demonstrando a falta de sistematização mínima de diretrizes básicas do trabalho em saúde.

Neste contexto, Lancman (2008), assinala que os pressupostos teóricos e as crenças sobre o próprio trabalho do servidor de saúde mental são desconsiderados fazendo com que os trabalhadores se vejam obrigados a entrar em um processo de dissonância entre o que acreditam dever fazer e o que efetivamente fazem, a rever posições e a trabalhar, não raras vezes, em desacordo com os seus valores ou com aquilo que acreditam ser um trabalho de excelência, ou um trabalho digno direcionado principalmente ao usuário.

Atender nessas condições, sem ampliação do quadro de recursos humanos e sem expansão plena do conjunto de serviços previstos pela reforma psiquiátrica, obriga o trabalhador a exercer suas atividades com uma qualidade inferior àquela que ele ajuíza, colocando-o frente ao dilema entre oferecer assistência de qualidade inferior e não oferecer assistência nenhuma.

A autora afirma que, embora com relações menos instáveis de trabalho, ou seja, com menor exposição ao risco de demissão sumária, relativa flexibilidade na hierarquia de poder, entre outros, os profissionais do setor público de saúde, em especial na saúde mental, estão expostos a outras formas de precarização, tais como: oscilações políticas e de planejamento que geram descontinuidade de projetos em curso; alterações na qualidade e na quantidade da demanda pelos

serviços ofertados; desorganização ou ausência de redes de apoio ou referência; mudanças na organização do trabalho ou na natureza das ações de atenção que se chocam com o sentido e as crenças que os trabalhadores têm em relação ao desenvolvimento do seu trabalho; oferta de serviços com uma qualidade aquém daquela considerada razoável pelas equipes de saúde.

Não há a preocupação em dar continuidade aos projetos de outros governos, ainda que a proposta seja interessante e que os resultados estejam sendo atingidos. Pelo contrário, há, sim, o desejo de cada político, em deixar a sua “marca” própria, ainda que fiquem inacabados projetos fundamentais à própria instituição.

As mudanças não ocorrem a cada troca de governo, municipal ou estadual, o que ocorre de dois em dois anos, mas a qualquer momento, de acordo com a vontade política. Essa realidade marca o serviço público, como uma das categorias que mais são atingidas ou que “sofrem” com mudanças, exacerbando em muito a vulnerabilidade a que são expostos os trabalhadores, contrariando o estigma popular de que o funcionário público seria contra ou que teria dificuldades com elas. É claro que as dificuldades existem, mas são aumentadas pela forma e volume com que acontecem.

No serviço público, há que se frisar que as mudanças ocorrem o tempo todo, a qualquer hora, o que faz com que a instituição fique vulnerável e, muitas vezes, acéfala em cargos fundamentais – podendo ocorrer, inclusive, demora na substituição de pessoas no gerenciamento das organizações.

Outro aspecto importante é que as mudanças são planejadas de cima para baixo, sem levar em conta a opinião dos protagonistas que as praticam no dia-a-dia hospitalar. Em decorrência disso, essas mudanças por vezes não correspondem aos anseios nem às necessidades dos trabalhadores que são justamente os sujeitos que vão operacionalizar e exercer as práticas na instituição.

Essa dinâmica de funcionamento traz severos desgastes aos relacionamentos no trabalho. O desconhecimento e a vulnerabilidade geram desconfiança e, sem confiança, não é possível a construção de vínculos mais estruturados e maduros, que possibilitariam, assim, uma identificação grupal. Com a ausência de força grupal, resta apenas o individualismo e a construção de “bodes expiatórios”, para a expiação da culpa e dos erros comuns a qualquer forma de organização do trabalho.

É interessante constatar como a dinâmica da “caça às bruxas” ocorre o tempo todo, em um jogo onde só mudam os personagens. Mas se o jogo é recorrente, a

questão que se coloca é no sentido de entender porque os próprios trabalhadores permitem brutalidades, na forma de tratamento, se todos, invariavelmente, são atingidos. Uma hipótese seria, talvez, pela forma individualista que caracteriza nossa sociedade, reproduzida obviamente, também, no campo do trabalho.

As muitas frustrações dos servidores – algumas delas levantadas aqui – promoveram um descrédito no coletivo e a tendência a se voltar, ainda mais, para o individual, o que também estimula o seu processo de sofrimento e de adoecimento.

Tal prática não está desconectada do mundo em que se vive, ao contrário, está inserida em uma grande matriz capitalística⁸ que promove o individualismo e tem como característica marcante a frustração, e com isso acaba por reforçar a tendência individualista, e assim, a construção de uma não potência, que traz como resultado a paralisia de todos.

É preciso lembrar que o campo de atuação destes agenciamentos é o da subjetividade dos sujeitos, que por si só já é deveras complexo, pois não admite uma homogeneização universalizante e reducionista, mas que comporta uma larga heterogeneidade.

Nesse aspecto, Guattari (1990) aponta que a produção maquínica de subjetividade pode tanto levar para o melhor, quanto para o pior. O melhor, segundo seu pensamento, seria a possibilidade da criação, da invenção de novos universos de referência; e o pior para a realidade dessa instituição seria a passividade, a acomodação e a continuidade das práticas despersonalizantes, desagregadoras e fragmentadoras para a saúde mental dos usuários e dos trabalhadores de saúde, que só fazem tirar a autonomia dos sujeitos envolvidos, despotencializando a todos, inclusive a própria instituição, que se vê ceifada de práticas reais de saúde.

Por outro lado, Dejours (1994) sugere que muitas vezes a desmobilização aparente dos trabalhadores não é devida a uma “crise de civilização”, nem a fatores gerais da sociedade, mas a problemas concretos que dizem respeito à organização do trabalho. Pois como afirma o autor, fala-se às vezes de rotina, de desânimo, de resignação, mas não se fala quase nunca que o próprio trabalho é monótono e aborrecido. Características, aliás, bem marcantes no serviço público.

⁸ Termo utilizado por Guattari (In GUATTARI; ROLNIK, 2005), que acrescenta o sufixo “ístico” a “capitalista”, por lhe parecer necessário criar um termo que possa designar não apenas as sociedades qualificadas como capitalistas, mas também setores do assim chamado “Terceiro Mundo” ou do capitalismo “periférico”. Tais sociedades funcionariam com uma mesma política do desejo, no campo social, ou seja, com um mesmo modo de produção da subjetividade e da relação com o outro.

O processo de trabalho no capitalismo imprime uma perda progressiva do controle do trabalhador sobre o processo produtivo, e conseqüentemente sobre seu trabalho. Da mesma forma, o trabalho no setor terciário, em que se encontra a saúde, vem sofrendo um processo de perda de seu controle por parte dos trabalhadores.

É um fenômeno que incide fortemente na subjetividade e, simultaneamente, em nível do coletivo de trabalho. Pois é necessário considerar o controle que é exercido sobre o trabalhador e do controle que este exerce sobre a realização de suas próprias atividades laborais.

Conforme Seligmann-Silva (1994) formas cada vez mais sofisticadas de controle surgem nos processos de trabalho. A partir do controle embutido nos próprios equipamentos, manifestações psicológicas de insegurança são muitas vezes suscitadas, podendo assumir intensidade e, inclusive, dar lugar a vivências de estar sendo perseguido. A ansiedade vinculada a tais situações poderá acarretar não apenas a intensificação da tensão da fadiga mental, como ocasionar inadequação das respostas em situações de emergência.

E o que é mais impressionante, segundo a autora, é que o dispositivo que funciona como “controlador invisível” muitas vezes nem chega a ser identificado pelos trabalhadores, o que torna a vivência de estar sendo vigiado particularmente inquietante.

Outro ponto que se evidencia, neste tipo de trabalho, é a questão legal, pois, de acordo com a Convenção 151, da Organização Internacional do Trabalho, os governos dos Estados não precisam negociar com os servidores. Então, por não estar prevista a negociação em bases legais, os trabalhadores utilizam a greve, como um instrumento para atingir as suas reivindicações. Isto quer dizer que os Estados brasileiros não são obrigados a negociarem, mas existem alguns que entendem este mecanismo como algo fundamental, o que não ocorre no Rio Grande do Sul.

Por não ter este mecanismo básico, previsto nas relações de trabalho, o trabalhador fica mais vulnerável e mais suscetível ao adoecimento. Isso faz com que sejam utilizadas as licenças, como um recurso ou, ainda, como uma estratégia massiva para evitar o adoecimento.

Outra questão relevante, apontada como um dos problemas estruturais do trabalho nos órgãos públicos é a crescente redução do quadro de pessoal, advinda

de aposentadorias, exonerações e eternas licenças prolongadas, pois não há substituição efetiva. O último grande concurso na área da Saúde ocorreu no ano de 1994. Na ocasião, houve muitas falhas e questionamentos judiciais, o que levou a se estender até 1998, sendo prorrogadas as nomeações por mais quatro anos. O processo todo de nomeação foi atípico e levou sete anos. É claro que, neste meio tempo, muitos candidatos desistiram e muitos outros não permaneceram, situação que só agravou o quadro funcional dos servidores, que já estavam nas instituições.

Atualmente a governadora do estado proclama ter atingido o déficit zero em sua administração. Uma de suas ações neste sentido foi a de cortar cargos de confiança (cc's). Por outro lado, não houve recolocação de servidores, pois não se fez mais concursos, o que ajudou, em muito, a precarizar o quadro e a adoecer quem está trabalhando, pois agora o servidor precisa assumir funções realizadas por outras pessoas, que já não se encontram nas instituições. Esse contexto também gera um desestímulo à própria mobilização coletiva, porque, cada vez mais, se tem menos tempo, ainda mais assumindo atividades além das que já eram realizadas pelo servidor.

Assim a precarização dos vínculos de trabalho é estimulada pelo governo para suprir a grande carência funcional do serviço público, através de contratos com estagiários, terceirizados, cooperativas e fundações. Inclusive, cabe ressaltar, que a locação de mão de obra é ilegal, mas é, contraditoriamente, balizada pelo próprio estado.

O intuito de refletir sobre tais questões que acentuam a complexidade do trabalho na esfera pública não é o da vitimização, pois tal visão só desacreditaria toda a potência possível de mudança contida no coletivo de trabalhadores e levaria a paralisação ainda mais doentia. Mas, sim o de problematizar questões que rotineiramente fazem os trabalhadores sofrerem no trabalho, dentre elas, entender a escolha pelo funcionalismo não apenas pela ótica do bônus, mas por um setor de trabalho marcado fortemente pela sua organização e que trará como consequência pesados ônus.

Cabe uma reflexão acerca do desmembramento da palavra servidor - aquele que serve à dor, o que já traz indicativos a respeito da constituição pejorativa do trabalho nas instituições públicas, marcadas geralmente pelo sofrimento decorrente das condições e da forma de organização laboral.

Conforme o dicionário Houaiss (2001, p.2559), a origem etimológica da palavra servidor é *servitor*, que quer dizer servo ou servidor dos deuses. Servidor é “[...] aquele que serve; servente [...] indivíduo remunerado ou não pelos cofres públicos, que exerce, temporariamente ou em caráter efetivo, cargo ou função pública, quer pertença ou não ao quadro do funcionalismo”.

A subalternidade, o assalariamento e o uso prevalente das mãos nas tarefas cotidianas no trabalho público, aproximaram a condição de servidor à do operário. Segundo Ribeiro Pina (2009), isto é perceptível em todos os poderes do estado: no executivo, no legislativo e no judiciário.

Mesmo que o trabalho público tenha se modificado de acordo com as transformações do próprio estado, persiste ideologicamente uma cultura entranhada e hierárquica de subalternidade que combina ausência de direitos trabalhistas para os estratos situados nos escalões mais baixos da hierarquia do Estado com a presença de benesses excessivas para os que estão nos escalões mais altos.

Esta cultura de subalternidade é resquício das relações sociais e do trabalho de regime de escravidão e serventia que atravessou a industrialização do país e permanece até os dias de hoje.

Historicamente a classe burguesa ao chegar ao poder desfez-se, aos poucos, da mão de obra escrava e servil e a substituiu pelo trabalho livre, assalariado e de custos mais baixos. Isso foi possível porque a base material da produção passou a ser a indústria e era menos dispendioso contratar trabalhadores do que tê-los como escravos ou servos; mais adiante, na medida em que a burguesia se apropriou da ciência e da tecnologia, passou a exigir escolaridade cada vez maior dos seus empregados. O estado, do qual a burguesia se apossou, fez a mesma trajetória.

Até 1930, segundo Ribeiro Pina (2009), o ocupante de cargo público civil era nomeado de favor e assumia como dever servir ao estado e aos senhores do momento; todavia, quanto mais escolaridade tivesse, mais se servia do cargo como direito natural. Com a obrigatoriedade constitucional de ingresso no serviço público por concurso desde os anos 30, persistem as nomeações de favor, graças a múltiplos artifícios engendrados pelos que continuam a deter as rédeas do estado em qualquer dos seus poderes.

Com o passar do tempo, a população brasileira, majoritariamente trabalhadora, assalariada e urbana, passou a ter outras necessidades que impuseram mudanças ao estado. Isso ocorreu porque os conflitos sociais ganharam

novos conteúdos e contornos que fizeram com que o embate político invadisse a esfera pública, à medida que os servidores adquiriram formalmente o estatuto de trabalhadores com a constitucionalização do direito de sindicalização em 1988.

Não obstante as profundas transformações materiais e nas relações de trabalho pós-escravidão, persiste muito da ideologia e das práticas anteriores de servidão e opressão dentro do aparelho do estado brasileiro. Por essa razão, os serviços prestados à população como direito de cidadania, dentre eles a saúde, continuam sendo percebidos e realizados como favor.

De acordo com o autor, esta ideologia e práticas retrógradas manifestam-se pelo exercício autoritário de trabalhadores em funções mais privilegiadas e hierarquicamente situadas sobre os outros trabalhadores em funções mais subalternas. O autoritarismo além de ser, muitas vezes, aceito como natural e legítimo, é reproduzido para fora, ou seja, sobre a população que deve servir.

Portanto, o autoritarismo e o maltrato interno e externo, históricos e ideológicos do estado são as causas também da dificuldade de acesso, ineficiência e insuficiência dos serviços públicos.

Conforme Ribeiro Pina (2009) o trabalho público se apresenta de forma mais manual para uns e mais intelectual para outros. Ocorre que a ausência de direitos explícitos para os primeiros e privilégios para os últimos, corrobora para uma divisão do trabalho permeada por vícios. Dentre esses, a tolerância excessiva - permitida mais para uns do que para outros, as licenças médicas freqüentes, ausências, atrasos e saídas antecipadas do trabalho. Esses fatores são acobertados e raramente punidos, resquícios de um passado, mas presentes em todas as repartições e serviços do estado brasileiro, que estão relacionados com a baixa qualidade e as dificuldades de acesso à maioria deles. Muitas vezes a indiferença, a intolerância e a rispidez no trato prevalecem, e são repassados, numa mensagem de que por ser um favor do estado, os usuários⁹ devam submeter-se e ainda agradecer.

Para entender a realidade do serviço público é necessária a compreensão de que este não foi efetivamente estruturado para os fins manifestos, ou seja, o Estado brasileiro não foi orientado para efetivamente prestar serviços públicos e garantir

⁹ O termo usuário é ambíguo. É, ao mesmo tempo, “aquele que, por direito de uso, serve-se de algo” ou “que tem apenas o direito de uso, mas não a propriedade”, “desfrutador”, “usufruidor” (HOUAISS, 2001, p. 2815). O legislador colocou na Constituição de 1988 o termo usuário, atribuindo-lhe o primeiro significado, mas o entendimento mais comum é de que trata de um desfrute (RIBEIRO PINA, 2009).

direitos de forma eficiente. Esta análise deve considerar que a cultura, as relações e a história do serviço público estiveram orientadas para outros fins, conforme será desenvolvido a seguir.

Da mesma forma que Foucault (1998) demonstrou que a prisão não deve ser considerada ineficiente quando falha no combate da delinqüência pois, apesar de todo o discurso oficial e do senso comum, sua finalidade é a produção da delinqüência enquanto uma estratégia de gestão das ilegalidades, a análise da eficiência do estado brasileiro deve se dar a partir da consideração das suas finalidades históricas efetivamente realizadas.

Dessa forma, Conforme Neves (2000) o processo de gestão do corpo funcional do Estado deve ser visto como um dos componentes constitutivos da estratégia da elite brasileira, ou uma das formas que essa dinâmica de gênese do aparelho estatal assumiu. Isto é demonstrado quando se analisa os instrumentos gerenciais do serviço público, e se identifica que estes não foram instituídos e não estão habilitados para operar como mecanismos profissionais. Ou seja, voltados a um gerenciamento técnico de uma força de trabalho dirigida para a prestação eficiente de serviços públicos, mas sim, como mecanismos autoritários, assistencialistas e paternalistas, para perseguição e cooptação dos servidores, com vistas à efetivação das funções políticas atribuídas ao Estado.

Vivemos, segundo Castel (1998), em uma sociedade que se torna cada vez mais uma sociedade de indivíduos em um processo de *individualização de massa*. Na esfera do trabalho, a individualização das tarefas permite a alguns que escapem das sujeições coletivas e expressem melhor sua identidade através de seu trabalho. Para a maioria, talvez signifique segmentação e fragmentação de tarefas, precariedade, isolamento e perda de proteções. Esta disparidade no serviço público é exacerbada pelo dispositivo da “liberdade de turnos”, onde as relações entre as pessoas são limitadas também em função dos desencontros de horários, facilitando a “despersonalização” e fragmentação da comunicação e dos vínculos afetivos que facilitariam, em muito, a operacionalização e a qualificação do trabalho.

Conforme Ribeiro Pina (2009) neste processo de exacerbação do individualismo e do empobrecimento moral que envolve os servidores do estado no Brasil, sobra medo, rancor e preconceito contagiantes. Medo em relação a diversas questões, de perdas materiais, de poder, de privilégios dos que não lhes são iguais; rancor ao trabalho público pelo sucateamento de recursos de toda ordem e dos

colegas que compartilham do conservadorismo ideológico e; de práticas anti-sociais, pois se há preconceito do servidor para com o usuário, também ocorre fortemente por parte da sociedade uma desvalorização e depreciação do trabalhador público.

O cenário, segundo o autor, sinaliza a necessidade de mudanças imediatas, a começar pela transição da condição de servidor do estado para o de trabalhador público e suas implicações a partir desta nova constituição.

Segundo Baremlitt (2002), uma instituição é um sistema lógico de definições de uma realidade social e de comportamentos humanos aos quais classifica e divide, atribuindo-lhes valores e decisões, algumas prescritas (indicadas), outras proscritas (proibidas), outras apenas permitidas e algumas, ainda, indiferentes.

Essas lógicas podem estar formalizadas em leis, em normas escritas ou discursivamente transmitidas, ou podem ainda operar como costumes, como hábitos não-explicitados. Por outro lado, conforme afirma Castel (1998), o poder público é a única instância capaz de construir pontes entre os pólos do individualismo e impor um mínimo de coesão à sociedade.

O recurso, segundo o autor, seria um Estado estrategista que estende amplamente suas intervenções para acompanhar o processo de individualização, desarmar seus pontos de tensão e evitar suas rupturas. Um Estado até mesmo protetor porque, numa sociedade hiperdiversificada e corroída pelo individualismo negativo, não há coesão social sem proteção social. Mas para isto, esse Estado deveria ajustar o melhor possível suas intervenções, acompanhando as nervuras do processo de individualização.

De acordo com Mendes (2003) é no cotidiano que se estabelecem as relações sociais de dominação e de reprodução. É assim que o Estado moderno assume o papel de gestor da sociedade e repousa sobre o cotidiano e tem por base a cotidianidade. O que vale dizer da importância de se estabelecer um exercício de compreensão da “cotidianidade” do trabalhador em sua plenitude, percebendo a íntima relação existente entre o homem e o mundo, entre a singularidade e a totalidade do cotidiano humano. E é exatamente nesse espaço que se encontram as intensas inter- relações sociais desses sujeitos sociais, os lugares políticos novos e, sem dúvida, a premência de uma nova prática.

Como afirma Dejours (1999), os trabalhadores são as pessoas mais indicadas para encontrar as soluções e oferecer sugestões para transformar a organização do trabalho. Pois se estes conseguirem entender melhor os dados da situação em que

enfrentam, eles mesmos terão idéias sobre como transformar a organização do trabalho. E essa é a grande aposta no sentido de gerar mudanças que sejam realmente efetivas.

6 SOFRIMENTO E PRAZER NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

6.1 OBJETIVOS

6.1.1 Objetivo Geral

- Compreender a dinâmica do processo de trabalho dos profissionais de saúde mental de um hospital público psiquiátrico, em relação ao sofrimento e ao prazer.

6.1.2 Objetivos Específicos

- Analisar a organização do trabalho dos profissionais de saúde mental do Hospital Psiquiátrico São Pedro.
- Conhecer as estratégias coletivas de defesa dos trabalhadores.
- Entender as estratégias coletivas de saúde, produzidas por trabalhadores, que possibilitem maior prazer em suas práticas.

6.2 METODOLOGIA

Os caminhos metodológicos de qualquer disciplina das diversas ciências nos levam sempre a buscar encontrar uma lógica, um modo de desenvolver um pensamento, para a seguir identificar estratégias compatíveis ao desenvolvimento de um determinado pensar e, como consequência imediata, a eleição de uma ou mais técnicas entre as inúmeras disponíveis para servir de instrumento para conhecer o desconhecido proposto.

A partir desta inferência, parte-se do princípio de que esta investigação foi pautada no método de pesquisa descrita pela Psicodinâmica do Trabalho, referendado por Dejours, sendo aplicada em trabalhadores do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Tal metodologia é calcada na palavra do sujeito em situação de grupo, em um ambiente em que este possa expressar sua vivência e elaborar, de maneira

compartilhada, uma reflexão sobre a relação entre sofrimento e prazer no trabalho através da identificação e análise das estratégias coletivas de defesa.

Segundo Dejours (1992), o fundamental neste método é o comentário verbal feito pelos trabalhadores, a respeito da sua dinâmica de trabalho e dos conflitos relacionados à mesma, o que significa dizer, que o interesse não está na objetividade dos fatos, e, sim, tal como os preceitos da psicanálise, no que é relatado pelos pacientes.

Assim, no decorrer da pesquisa, o conteúdo principal a ser investigado foram os comentários formulados pelo grupo de trabalho, uma vez que o alvo é a relação do coletivo com o trabalho e os efeitos mascaradores das estratégias coletivas de defesa, visando analisar os modos de ação da instituição estudada e suas conseqüências à saúde psíquica dos trabalhadores.

A partir do relato dos trabalhadores, a metodologia assinala que a correta interpretação do material levantado é de fundamental importância à continuidade da discussão, conforme assinala Dejours (1992, p.145):

A interpretação ideal seria aquela que, desmontando um sistema defensivo, autorizasse simultaneamente a reconstrução de um novo sistema defensivo ou um deslocamento do sistema defensivo existente, de maneira a enfatizar um elo entre o sofrimento e o trabalho.

Com esse entendimento, o trabalho foi tomado como eixo norteador da pesquisa, uma vez que a sua centralidade na vida contemporânea faz com que seu significado atravesse toda estrutura sócio-econômica, ética e cultural da sociedade. Marcando assim a subjetividade de todos, balizando modos de ser e de estar no mundo.

Conforme Merlo (2004), esta abordagem conjuga questões relativas à significação e vivência subjetivas dos trabalhadores, além das questões relacionadas à organização e às relações sociais no trabalho, considerando este como um centro de luta do sujeito para preservar sua saúde mental.

De acordo com Nardi et al (1999), pensar a relação subjetividade e trabalho, significa pensar a forma como o jeito de ser, agir e sentir são construídos pelas experiências do trabalho. Este modo de conceber a relação com o trabalho está

diretamente vinculado à análise social, ampliando o foco das questões socioeconômicas, para dimensões culturais, éticas e políticas. (NARDI, TITTONI E BERNARDES, 1999).

Diante do exposto, as principais questões norteadoras da pesquisa foram: de que forma ocorre a dinâmica do processo de trabalho dos profissionais de saúde mental do HPSP? E como esta dinâmica interfere na dimensão de sofrimento e de prazer, vivenciada por esses trabalhadores? Também se buscou entender quais seriam os desdobramentos, produzidos na subjetividade dos trabalhadores da área da saúde, pelo fato de o seu trabalho estar inserido em um hospital, marcado profundamente pela loucura e pela esfera pública?

De forma específica, este campo de pesquisa objetivou compreender, como as pessoas, sujeitas às mais diversas pressões no trabalho, conseguem evitar a doença e a loucura. Como o trabalho está organizado nesta instituição? Como se dá a relação entre sofrimento e prazer, nos processos de trabalho? Que estratégias coletivas de defesa são acionadas pelo coletivo? E como é possível (se é que é possível) aos trabalhadores de saúde, diante desse contexto, produzirem saúde? Seriam acionadas estratégias coletivas de saúde que possibilitem mais prazer aos trabalhadores?

A Psicodinâmica do Trabalho foi empregada de forma *strictu senso*, inclusive na compreensão dos movimentos produzidos pelos trabalhadores na construção de estratégias defensivas adotadas em seu dia-a-dia com o propósito de evitar o sofrimento. A busca se baseou na identificação dos focos de sofrimento e prazer originados na organização do trabalho, bem como nas fontes de reconhecimento e saúde.

A pesquisa buscou desenvolver, portanto, uma investigação pautada na normalidade e não na doença mental. A normalidade aqui, Conforme Dejours (1992) não é concebida como simples ausência de doença e de sofrimento, mas como resultado precário de estratégias defensivas elaboradas para resistir ao que é, no trabalho, desestabilizante e nocivo para o funcionamento psíquico e a saúde mental.

Conforme Merlo (1999), a pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho procura compreender como os trabalhadores conseguem não adoecer ou enlouquecer frente às pressões cotidianas.

Com esse entendimento a Psicodinâmica do Trabalho,

[...] busca romper com o modelo causal médico-biológico, balizado pela doença, reforçando os mecanismos de luta e resistência desenvolvidos por estes sujeitos trabalhadores, que se traduzem nas estratégias defensivas. O objetivo é dirigido essencialmente para a vivência subjetiva (DEJOURS, 1992, p. 149).

Logo, a presente pesquisa teve um enfoque qualitativo, já que possui como pressuposto a abordagem do universo laboral dos trabalhadores de saúde, buscando assim a compreensão de suas relações e de suas ações. Pois como afirma Minayo (2004), a pesquisa qualitativa opera com um universo de valores, crenças e motivações que não pode ser captado ou percebido por estatísticas ou equações, uma vez que lida com a subjetividade das pessoas.

A estratégia utilizada foi a da pesquisa-ação, pois conforme diz Tittoni e Jacques (2004), esta é uma forma de pesquisa cuja característica é o envolvimento efetivo da população pesquisada em todas as etapas do desenvolvimento da investigação, desde a formulação do problema até a divulgação dos conhecimentos produzidos.

Dejours (1992) entende que a pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho é sempre uma pesquisa-ação. Em função dessa questão, a ação proposta é no sentido de buscar problematizar junto aos trabalhadores toda a dinâmica que é atravessada pelo seu trabalho na instituição, no intuito de que o próprio grupo construa alternativas possíveis, no sentido de alterarem a forma pela qual o trabalho está organizado; ou ainda, de flexibilizarem mecanismos, objetivando a minimização do sofrimento e a produção de mais prazer em suas práticas.

A metodologia em Psicodinâmica do Trabalho prevê diferentes etapas de desenvolvimento, dentre elas, a análise da demanda; a pré-pesquisa ou pesquisa inicial, com a composição do grupo de trabalhadores da instituição e do grupo de pesquisadores da Universidade; a pesquisa propriamente dita, que compõe encontros com o grupo de trabalhadores e com o grupo de pesquisadores; análise e interpretação dos dados; a elaboração de relatório; a validação ou refutação dos dados junto aos trabalhadores e por último o relatório final¹⁰.

¹⁰ Sistematização das etapas provenientes do esquema elaborado por Bottega (2009), com base em Dejours (1992, 2004).

Cabe ressaltar, no entanto, que cada campo possui especificidades próprias e que em função dessas questões poderão ser necessárias algumas adaptações, que a princípio não comprometem o método.

6.2.1 Análise da Demanda

A demanda partiu da necessidade de realização de uma pesquisa acadêmica somada à percepção da pesquisadora, também funcionária pública, da urgência de uma intervenção que pudesse oferecer aos trabalhadores um espaço legítimo de discussão a respeito do trabalho. No entanto, fundamentalmente, a pesquisa não teria sido possível se não houvesse por parte dos atores envolvidos um desejo genuíno, no sentido de analisar suas dificuldades, uma vez que as mudanças são prementes .

Pois como afirma Dejours (1999), todos os trabalhadores que sofrem e que demandam a intervenção do pesquisador já estão implicados na gestão da organização do trabalho. Em geral, eles só formulam uma demanda quando essa gestão não mais lhes parece possível, quando está bloqueada e quando, em seguida, os condena à repetição.

Tal fato fica evidente quando se leva em consideração características do trabalhador público, como a perseguição e/ou paranóia, que dificulta em muito a entrada de um pesquisador “estranho” à instituição. Não se pode esquecer que foram os próprios trabalhadores que permitiram o início, desenvolvimento e término da pesquisa, o que foge em muito ao padrão público em relação à descontinuidade de projetos.

6.2.1.1 Pré-pesquisa ou Pesquisa Inicial

Devido à complexidade do tema, foi realizada uma pré-pesquisa, com o objetivo de conhecer o campo, compreender os processos de trabalho e a estrutura do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Esta etapa incluiu: pesquisa documental, registro descritivo e reflexivo em diário de campo e entrevistas com gestores da

Secretaria Estadual de Saúde, do HPSP, representante de entidade religiosa, presidente da associação de funcionários e de duas entidades sindicais.

Após aprovação do projeto no Comitê de Ética do HPSP, vinculado ao Departamento de Ensino da instituição, foram retomadas as combinações para início do grupo de pesquisa. Inicialmente com os gestores e depois com os trabalhadores, onde foi sinalizada a possibilidade de unir as duas unidades de internação (masculina e feminina).

A proposta da junção das unidades objetivou facilitar a viabilização da pesquisa, em virtude da pouca disponibilidade em função do número restrito de profissionais. Foram então convidados a participar trabalhadores provenientes das duas unidades de internação de pacientes agudos - Mário Martins Feminina e Mário Martins Masculina - que formataram um único grupo de trabalho.

O critério de escolha, para essas unidades específicas, ocorreu em função de essas possuírem características institucionais, de funcionamento e de perfil de pacientes muito semelhantes. Cabe frisar que pela metodologia não há problema em que a constituição do grupo seja mista e alternada, tal questão inclusive viabilizou sua formação em função do aspecto voluntário quanto à participação dos trabalhadores.

Os trabalhadores então foram convidados a participar do grupo, a partir da divulgação da pesquisa e de seus objetivos, que foi feita pessoalmente pela pesquisadora, no momento das visitas da pré-pesquisa e em reuniões.

6.2.1.2 Pesquisa

Em realização à operacionalização da pesquisa, os encontros com os trabalhadores ocorreram em caráter grupal, que tiveram a duração de um pouco mais de uma hora, com periodicidade semanal. No total, foram realizados treze encontros, perfazendo o período de três meses e meio.

O primeiro encontro com o grupo de trabalhadores foi destinado ao desenvolvimento das combinações para realização da pesquisa, com especial atenção ao esclarecimento sobre os motivos e objetivos, do detalhamento do modo de funcionamento do grupo (tempo de cada encontro, presença, assiduidade), a especial preocupação com o sigilo quanto às informações e material produzido pelo

grupo, bem como, o compromisso com a produção e devolução dos resultados por parte da pesquisadora, além da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, que foi refeito algumas vezes para estar de acordo com as necessidades demandadas pelos trabalhadores. A partir dessas questões então, puderam optar por aderir ou não a formação do grupo, tendo liberdade de interromper sua participação em qualquer momento do estudo.

As reuniões dos grupos ocorreram em salas privativas dentro das unidades, de forma alternada, de modo a contemplar que em uma semana fosse realizada na unidade masculina e na semana seguinte, na unidade feminina. Os encontros não foram gravados por solicitação dos próprios trabalhadores, mas foi negociado o registro dos encontros através de apontamentos escritos, com o objetivo de não perder acontecimentos significativos. O grupo foi coordenado pela pesquisadora e contou com a participação de mais duas pesquisadoras [0]do Laboratório de Psicodinâmica do trabalho da UFRGS como observadoras, sendo uma bolsista de Iniciação Científica do CNPQ.

Tal participação é importante, na medida em que a observação, conforme refere Dejours (1992), é fundamental para auxiliar a pesquisadora a traçar as linhas dos movimentos que se deram no grupo, mostrando os desvios, as reações e interações entre os protagonistas da pesquisa – trabalhadores e pesquisadores.

Cabe apresentar, de forma sucinta, características do grupo estudado. O perfil do coletivo de trabalhadores foi formado exclusivamente por sujeitos de meia idade, com formação técnica em enfermagem, auxiliar de enfermagem e nível superior em diversas áreas, que exercem funções ligadas ao cuidado direto dos pacientes, no turno diurno, perfazendo o total de sete pessoas.

O grupo teve variação de participantes em vários encontros, pois de acordo com a metodologia utilizada, não há necessidade de manter os mesmos sujeitos, ou o mesmo número de sujeitos ao longo dos encontros. Isso facilitou a participação dos trabalhadores, em função da sistemática de turnos e plantões da instituição, e principalmente do reduzido quadro funcional. Pois como afirma Dejours (1992), o alvo da pesquisa é a relação do coletivo com o processo de trabalho, portanto as substituições ocasionais não prejudicam o andamento da pesquisa.

6.2.1.3 Análise e interpretação dos dados

A análise dos dados incluiu a participação de todos os trabalhadores envolvidos no campo, sendo que a análise do material levantado foi realizada através da junção da vivência dos trabalhadores, das pesquisadoras envolvidas mais diretamente e do grupo de pesquisa do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho da universidade. Foi estabelecida, também, uma busca de diálogo com os autores utilizados no percurso teórico, visando à compreensão dos modos de vida na contemporaneidade e questões específicas do trabalhar que atravessam a instituição. Procurou-se identificar, assim, em que medida estas questões emergiram na subjetividade destes trabalhadores.

A partir desta dinâmica, foram sendo levantados, com os sujeitos envolvidos, as estratégias coletivas de defesa e as de saúde, que permitiram as intervenções e questionamentos, decorrentes da forma pela qual o trabalho está organizado, bem como ao sofrimento e prazer do trabalho, na instituição pesquisada.

Da capacidade de escuta que a metodologia propõe, derivam-se novas possibilidades de relação. Dentre elas, a passagem de uma situação de alienação do trabalhador para uma situação de consciência crítica, produzida no resgate de seus modos de pensar, sentir e vivenciar.

6.2.1.4 Etapas de pré-validação e validação/Elaboração de relatório

No momento inicial de cada encontro, foram retomadas, pela pesquisadora, as temáticas mais relevantes do encontro anterior, numa etapa denominada de pré-validação¹¹, o que permitiu problematizar de forma mais intensa questões importantes e nevrálgicas do trabalho, além de situar os trabalhadores no foco da pesquisa, evitando maiores dispersões.

No último grupo realizado, foi feita uma abordagem geral com os temas produzidos em todos os encontros, onde foram fornecidos *feedbacks* para validação

¹¹ Denominação utilizada pela pesquisadora, para referir os principais temas, que surgiram nos encontros. No início de cada reunião, esses temas eram utilizados como balizadores, para a discussão. Assim, o próprio grupo já ia se ambientando com os conteúdos advindos da pesquisa, além de validar a discussão, realizada anteriormente.

dos resultados e foram também discutidas as possibilidades de ação daí decorrentes.

Após o término da pesquisa, foram realizados dois encontros devolutivos aos trabalhadores, com duração de duas horas cada, balizados pela elaboração de um relatório, que sintetizou as principais questões pontuadas, já com as interpretações e inferências, que foram discutidas e reelaboradas com o coletivo, o que permitiu, assim, a construção do relatório final¹², etapa denominada de validação.

Este movimento levou em consideração a importância do momento de devolução, de se constituir em um espaço de participação e apropriação por parte dos trabalhadores da produção de conhecimento construída na pesquisa. “*Trata-se da etapa de validação e refutação prevista na metodologia em Psicodinâmica do Trabalho*” (DEJOURS, 1992, p. 156).

Essa etapa foi pontuada pelo próprio coletivo, como fundamental, por respeitar e levar em conta suas preocupações, em relação ao sigilo e andamento da pesquisa. Fato que foi pontuado como inédito pelos participantes, que nunca haviam recebido devolução de pesquisas realizadas na instituição até então.

Um dos pedidos que emergiram nestes encontros, foi quanto à solicitação para que a pesquisadora sempre utilizasse o termo genérico “trabalhadores”, quando se referisse aos participantes da pesquisa, evitando ou minimizando, dessa forma, possibilidades de identificação junto à instituição, uma vez que, após a defesa será fornecida uma cópia da dissertação ao Departamento de Ensino e Pesquisa do hospital.

Os trabalhadores também acenaram para o desejo de que fosse realizada uma grande reunião devolutiva, junto à direção e a outros colegas, em um espaço de encontro já sistematizado pelo grande grupo de trabalho na instituição. Além disso, existe a possibilidade, proposta pela pesquisadora e aceita pelo grupo, de apresentar o trabalho em dois sindicatos mais representativos da categoria dos servidores públicos, com o objetivo de discutir e problematizar a complexa questão da saúde e do sofrimento no trabalho, para este segmento em especial.

Além disso, existe a possibilidade de apresentação da dissertação em outros espaços, utilizados pela categoria dos servidores públicos, no intuito de

¹² O relatório final encontra-se na íntegra no apêndice B.

problematizar questões específicas deste modo de trabalhar, além de se criar espaço de discussão específico sobre o tema.

6.2.2 Riscos da pesquisa

Dejours (1992) ressalta ainda, como importante aspecto da pesquisa, a explicitação dos riscos implicados. Resume em três questões a serem consideradas no trabalho do pesquisador: a possibilidade de nada encontrar, a possibilidade de não encontrar nada do que era esperado e o risco de tocarmos em aspectos desagradáveis e mesmo desestabilizadores com relação às situações de trabalho.

A pesquisa em questão esteve duplamente implicada no respeito a estas etapas. Por se tratar de uma pesquisa científica e por focar a subjetividade dos trabalhadores não pôde se furtar de responsabilizar-se pelo processo e pelo material produzido. Para tanto, o início do percurso da pesquisa foi marcada pelo encaminhamento do projeto para análise do Comitê de Ética do setor de Ensino e Pesquisa do próprio Hospital Psiquiátrico São Pedro.

6.2.2.1 Preocupação com a Ética

O material produzido nos grupos teve a garantia de sigilo, inclusive nas falas dos trabalhadores, foram utilizadas iniciais fictícias, de forma a descaracterizar qualquer relação que gerasse identificação. Inclusive a pesquisadora foi identificada com a letra “P”.

As informações poderão ser utilizadas em etapas futuras, exclusivamente com a finalidade científica expressa no projeto de pesquisa. Cabe frisar que o material escrito, advindo dos apontamentos ficará sob a guarda da pesquisadora por cinco anos.

O compromisso de ética e respeito para com os trabalhadores foi respaldado mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo as combinações com o grupo, que foi elaborado e modificado várias vezes para estar de acordo com as suas necessidades; bem como a própria etapa de validação que levou em consideração o desejo dos trabalhadores envolvidos com a pesquisa.

6.2.2.2 Relação do pesquisador com os trabalhadores

Em referência à relação do pesquisador com o grupo, Minayo afirma que: os objetos sociais são historicamente construídos e a pesquisa social busca trabalhar com as pessoas em suas relações, logo a interação entre pesquisador e sujeitos pesquisados é primordial. (MINAYO, 2004, p.105).

O trabalho do pesquisador, portanto, não é neutro, interfere no campo e é por este influenciado. À medida que se constrói o conhecimento, modificam-se os modos de existência. As dimensões ontológicas (modos de existência do ser) e epistemológicas (modos de conhecer) estão profundamente vinculadas neste modo de pesquisar.

A proximidade da pesquisadora com o campo estudado acirrou uma forte identificação com a realidade encontrada na instituição, o que, em alguns momentos, dificultou o descolamento do papel de trabalhadora da saúde e de pesquisadora. Ainda mais, por ser esse último um novo desafio à vida pessoal e profissional da mesma.

Por outro lado, cabe lembrar, que a própria entrada da pesquisadora na instituição HPSP e a possibilidade de realizar entrevistas em diversos setores e serviços, dentre eles - o residencial terapêutico morada São Pedro, a Associação dos Servidores, o acervo do Serviço de Memória Cultural, Recursos Humanos, SESMT, Departamento de Ensino e Pesquisa, representante da Congregação Religiosa e os próprios gestores do hospital; além das entrevistas nos Sindicatos e assessoria de Comunicação dos Hospitais do Estado, bem como, em diversos setores da própria Secretaria da Saúde, foram facilitados, em muito, pelo fato daquela também ser servidora pública - colega de instituição hospitalar pertencente ao quadro da Secretaria de Saúde do Estado.

A continuação e finalização da pesquisa foram igualmente facilitadas em função do aspecto acima mencionado, questão que foi verbalizada pelos próprios trabalhadores. Inclusive, o fato de a pesquisadora ser trabalhadora vinculada à outra instituição da Saúde, atenuou características persecutórias do grupo estudado, que talvez, devido a algumas especificidades da instituição, não fosse possível a outro

pesquisador sem a mesma bagagem e/ou identificação com este segmento de trabalho.

6.3 RESULTADOS

Este capítulo advém do trabalho de análise e interpretação do material, que foi obtido através da pesquisa propriamente dita. Os relatos dos encontros foram divididos em quatro grandes agrupamentos temáticos, conforme as questões trazidas pelos próprios integrantes do grupo, sendo que esses foram construídos, tendo em vista, os objetivos geral e específicos, propostos para a presente pesquisa. São eles: Organização do trabalho, Sofrimento e prazer, Estratégias coletivas de defesa e Estratégias coletivas de saúde, sendo que cada grande temática foi subdividida em outras seções.

O primeiro grande tema abordou a organização do trabalho e foi escolhido por ser um eixo fundamental na teoria de Dejours (1986, 1990, 1992, 1999), conforme abordado anteriormente na construção teórica da pesquisa, uma vez que, é a partir da forma pela qual o trabalho está organizado na instituição que se vai delinear a dinâmica do sofrimento e/ou do prazer no trabalho. Nesse primeiro eixo está contido o trabalho na instituição - marcando a entrada dos trabalhadores no local, as condições e demandas do trabalho; os atravessamentos políticos, que são cada vez mais desgastantes para a saúde dos profissionais; e o trabalho prescrito e real – já que também há uma forte referência de Dejours, quanto à importância destes fundamentos para a constituição da metodologia. Ainda nesse primeiro tema, encontram-se as relações de trabalho que foram analisadas em relação aos pacientes, aos colegas e aos superiores, e que se constitui em um grande ponto nevrálgico para a questão do sofrimento e do prazer, bem como, da saúde desses trabalhadores.

O segundo grande tema escolhido foi o do sofrimento e prazer, uma vez que, também se constituem em pilares básicos para o entendimento da Psicodinâmica do Trabalho (Dejours 1994,1996,1999). Neste eixo, foram elencados temas que apareceram de forma recorrente nos encontros com os trabalhadores, são eles: a perseguição ou “paranóia” que marca pesadamente a preocupação constante em todos os encontros do grupo com o que deveria e poderia ser dito, ou o que poderia

ser usado contra os próprios trabalhadores; do medo a somatização – que sinaliza diferentes estágios de normalidade sofrida e de adoecimento físico e mental; falar ao vento – que dá a tônica dos desgastes quanto à inexistência ou precariedade dos espaços de discussão na instituição; da transgressão ao reconhecimento que expõe maneiras diferentes de executar o trabalho e de ser reconhecido, principalmente pelos próprios pares; e ainda, algumas vitórias - que evidenciam as possibilidades reais, ainda que restritas, de se fazer o trabalho de outras formas. Sendo que estas últimas duas categorias marcam o prazer no trabalho.

E como produto final, proveniente da análise de todo o material do grupo, associado à junção da discussão do laboratório de pesquisa em Psicodinâmica do trabalho, surgiram às Estratégias Coletivas de Defesa (Dejours 1999) e as Estratégias Coletivas de Saúde (Dejours 1992, 1999) utilizadas pelos trabalhadores, que foram devidamente apontadas, de acordo com a frequência e intensidade com que surgiram nos encontros.

Os eixos temáticos serão desenvolvidos de forma mais intensa no item 6.4 Relato dos agrupamentos temáticos.

Vale lembrar, no entanto, que a possibilidade de desvelar dimensões da realidade do trabalho, a partir da investigação, é sempre uma rica oportunidade de contribuição na geração de conhecimentos sobre fenômenos relevantes na vida dos trabalhadores do hospital. O desafio de conhecer e compreender ângulos de uma totalidade é permanente, sendo possível apenas algumas capturas e traduções desta complexa dinâmica que se estabelece com e entre os atores envolvidos.

A divisão realizada, através de agrupamentos temáticos estanques, teve objetivo meramente didático, pois, na prática, se reconhece que eles fazem parte de um grande todo, em uma dinâmica que lembra mais a de uma dança - por serem movimento e por estarem vivos e pulsantes. Portanto, mais importante do que analisá-los, isoladamente, a grande questão que se coloca, em termos de aprendizado, são os inter-relacionamentos, que ocorrem o tempo todo, entre as temáticas, demonstrando a dinâmica do trabalho na instituição.

A escolha por este tipo de divisão passou, também, pela emergência e importância dos temas que foram, sistematicamente, se repetindo ao longo dos encontros, em situação de grupo, assinalando a complexidade da instituição a ser desvelada e corroborando pela forma esquemática definida pela autora.

Cabe salientar, ainda, que os relatos dos trabalhadores foram agrupados em momentos não lineares temporalmente, mas de acordo com a lógica das temáticas delineadas pela pesquisadora. Segue abaixo uma sistematização dos agrupamentos e suas subdivisões.

6.3.1 Agrupamentos Temáticos

1. Organização do Trabalho

1.1 O Trabalho no hospício

1.1.1 O início de tudo

1.1.2 Condições e demandas

1.1.3 Atravessamentos do setor público

1.1.4 Trabalho prescrito X trabalho real

1.2. As relações de trabalho

1.2.1. Com os pacientes

1.2.2. Com os colegas

1.2.3. Com os superiores

2. Sofrimento & Prazer

2.1 Perseguição ou “paranóia”?

2.2 Do medo à somatização

2.3 Falar ao vento

2.4 Da transgressão ao reconhecimento

2.5 Algumas vitórias

3. Estratégias coletivas de defesa

3.1 Primárias:

3.1.1 Afastamento

3.1.2 Endurecimento

3.1.3 Reclamação

3.2 Secundárias: Silêncio/não enfrentamento; Racionalização.

4. Estratégias coletivas de saúde

4.1. Trocas e ajuda e a organização em torno da comida

4.2. A oxigenação: residência/ cursos/ espaços reais de fala/humor

4.3. Mudanças possíveis.

Estratégias individuais – dança, viagens e família.

O quadro abaixo tem o intuito de cruzar o objetivo geral e os específicos com os devidos agrupamentos temáticos, permitindo, assim, uma melhor visualização do entrelaçamento e da relação dos mesmos.

QUADRO 1: Objetivos X Agrupamentos Temáticos

Compreender a dinâmica do processo de trabalho dos profissionais de saúde mental de um hospital psiquiátrico público, em relação ao sofrimento e ao prazer.	Trabalho no hospício Relações de trabalho Sofrimento e Prazer Estratégias coletivas de defesa Estratégias coletivas de saúde
Analisar a organização do trabalho dos profissionais de saúde mental do Hospital Psiquiátrico São Pedro	Trabalho no hospício Relações de trabalho
Conhecer as estratégias coletivas de defesa dos trabalhadores	Relações de trabalho Sofrimento e Prazer Estratégias coletivas de defesa
Entender as estratégias coletivas de saúde, produzidas por estes trabalhadores, que possibilitem maior prazer em suas práticas.	Relações de trabalho Sofrimento e Prazer Estratégias coletivas de saúde

6.3.2 Relato dos agrupamentos temáticos

6.3.2.1 Organização do Trabalho

Segundo Dejours (1992), a expressão organização do trabalho designa a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e as questões de responsabilidade. Sendo que o seu caráter qualitativo não pode ser traduzido em termos de custos, mas é sabido que o sofrimento mental resulta da forma com que o trabalho está organizado.

Lancetti (1989) afirma que a divisão do campo da saúde em primário, secundário e terciário, a idéia do todo biopsicossocial e a organização do trabalho

em programas são noções muito presentes nas práticas de saúde mental. Na nossa contemporaneidade esta organização se toma de modo tácito. Essa hierarquização é resultado de uma abrangência social que se pressupõe a si mesma como superadora do discurso organicista, que a princípio, não se preocupa com os aspectos sociais do adoecer psíquico.

Para Dejours (1992), o sofrimento laboral começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada, quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação. Via de regra, quanto mais a organização do trabalho é rígida, mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores ainda são as possibilidades de mudá-lo. Correlativamente, o sofrimento aumenta.

Dejours (1999) entende, no entanto, como fundamental admitir que a organização do trabalho seja inteiramente atravessada por contradições, sendo impossível resolver definitivamente as questões colocadas. Isto ocorre, pois cada nova disposição regulamentar responde a dificuldades, mas também gera novas contradições. Portanto, a superação das contradições entre organização prescrita e organização real do trabalho não pode dispensar discussões, deliberações e debates de opinião entre os trabalhadores.

É sabido que as condições de trabalho têm repercussões diretas sobre a saúde dos trabalhadores, uma vez que expõem as pessoas a diferentes riscos de adoecer e de morrer. O estresse pela sobrecarga de tarefas, a menor ingestão de alimentos, a diminuição do repouso, a instabilidade dos horários, a ausência de lazer, o aumento das doenças e dos acidentes de trabalho, entre outras coisas, resultam em um maior desgaste da força de trabalho, acrescentando-se ainda os baixos padrões de remuneração, moradia e transportes.

Abordar esse complexo processo demanda ainda considerar algumas questões atuais, como a urbanização, o crescimento demográfico, a expansão dos meios de comunicação de massa, a sinalização da mídia e a globalização da economia, entre outras. Essas questões não deixam dúvidas de que a saúde e a doença dos indivíduos são aspectos relacionados a fatores que transcendem as análises de sua causalidade e multicausalidade.

Pensar sobre o processo e organização do trabalho permite esclarecer que o trabalho em si não é nocivo e perigoso, como se intrinsecamente possuísse

atributos. Ao contrário, o que o torna nocivo e perigoso é exatamente a forma pela qual ele é organizado pelo próprio homem.

Dejours (1986) utiliza a distinção entre condições de trabalho e organização do trabalho para discutir as repercussões do processo de trabalho sobre a saúde do trabalhador. As condições de trabalho dizem respeito às condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho, como por exemplo, a temperatura, vibrações, radiações, poeiras, ruídos, e repercutem sobre as condições físicas do trabalhador. Já a organização do trabalho diz respeito à divisão técnica e social do trabalho – à hierarquia interna dos trabalhadores, ao controle por parte da empresa do ritmo e pausas do trabalho e padrão de sociabilidade interna – e repercute sobre a saúde mental do trabalhador, causando sofrimento psíquico e doenças mentais.

Portanto, as condições de trabalho têm uma ação direta sobre o corpo dos trabalhadores, já a organização do trabalho age sobre a sua vida mental.

Ainda que a compreensão da relação entre trabalho e saúde comporte inúmeras interpretações, a questão das doenças provocadas pelas condições de trabalho tem sido objeto de discussão entre os profissionais de saúde, estudiosos e os próprios trabalhadores.

Falar em organização do trabalho implica em falar na relação capital-trabalho, que se constituem em relações sociais entre determinados atores sociais. E também em como toda realidade social é dinâmica, contraditória e conflituosa, sendo necessário enfatizar que no decorrer da história do capitalismo, os trabalhadores apresentaram e continuam a apresentar resistências às formas de exploração do capital sobre o trabalho.

Dejours (1990), ao analisar os fenômenos intrapsíquicos, os intersubjetivos e as configurações assumidas a nível “micro” pelos coletivos de trabalho, não deixa de apontar que as sobredeterminações advindas do âmbito macrossocial estão presentes, quando reafirma que a organização do trabalho se encontra, em definitivo, sobredeterminada pelas relações sociais de trabalho.

6.3.2.1.1 O trabalho no hospício

Em função do breve histórico já apresentado sobre a loucura e os manicômios, pode-se afirmar que a instituição é fortemente marcada pelo peso dessas questões, mas também por histórias constantes de violência e violações aos

pacientes, e que também dizem respeito à agressão vivenciada pelos seus próprios trabalhadores.

Apesar de se viver em um momento de reformulação dos hospitais psiquiátricos, indiscutivelmente, esse é um lugar fortemente marcado pela dor, onde inclusive a sua arquitetura, em formato de pente, tem a função de exercer o controle sobre os indivíduos.

Os trabalhadores, assim como os pacientes crônicos encontram-se igualmente institucionalizados em seu modo de viver e trabalhar. Percebe-se essa marca na fala do grupo:

V: [...] Para estar aqui tem que gostar muito [...] O São Pedro é coisa para macho [...] (risadas)

S:[...] Não gosto muito porque é muito estresse, mas vou ficando[...]

V: (rindo) aqui é mesmo um hospício!! [...] Como eu queria que o São Pedro tivesse recursos, mas tem que brigar por tudo, daí tu já é chamada de brigona!

É interessante ver sintetizada na fala do coletivo, a forma pela qual a instituição “resolve” suas dificuldades - terceirizando problemas e repassando responsabilidades:

U: Acho gozado, darem arma ao vigilante [...] mas é a lógica moderna [...] terceirizar os problemas, assim como fazem com a gente [...] (metáfora com a instituição).

Em muitas situações os trabalhadores apostam na mudança, mas a instituição mostra-se engessada também pela Secretaria do Estado e Ministério da Saúde, onde as decisões estão centralizadas.

T: É um absurdo, nos dias de hoje a gente (HPSP) gasta com tanta lenha, é um dinheiro queimado. Mas as pessoas não têm interesse

de mudar, poderíamos comprar fornos e daí não precisaríamos das lenhas. Mas a saúde (SES) disse que não tinha interesse. Eu tinha até um projeto, mas foi pura falta de vontade.

Constata-se a falta de autonomia dos gestores da instituição que serve de desestímulo a todos.

U: Tu tenta até onde dá, mas também não tem muitos funcionários. A gente teve um retorno com colegas, a gente chamou, conversou (rede solidária) [...] o que iria ajudar era mais funcionários, mas não depende de nós nem da direção [...]

6.3.2.1.1.1 O início de tudo

Os trabalhadores relatam que a sua entrada no hospital foi marcada pelo desconhecimento, pela curiosidade e pelas más condições de trabalho. O que vai delineando a dinâmica do trabalho na instituição.

V: [...] As pessoas quando passam no concurso não sabem que é para trabalhar aqui [...] é para onde tem necessidade, muitas quando sabem acabam até desistindo.

Z: Eu vim porque os muros me chamaram atenção e pela distância da minha casa [...]

S: [...] Eu nem lembrava que tinha feito concurso, me disseram para trabalhar no São Pedro (na Secretaria da Saúde) e eu disse que nem pensar.

V: [...] Olha uma coisa te digo, para trabalhar aqui tem que gostar muito, porque o salário não é bom, a gente chama de gorjeta. As condições de trabalho são ruins. Eu não sabia como era isso aqui.

Os trabalhadores descrevem o quanto foi assustador e deprimente se deparar, quando ingressaram na instituição, com as patologias dos pacientes por não possuírem experiência prévia.

U: [...] foi um pouco assustador porque disseram que eu trabalharia com crianças e adolescentes que eu já tinha experiência, mas quando cheguei a coordenadora disse que eu ficaria na morada em Viamão.

S: Eu nunca tinha trabalhado com este tipo de paciente, mas fui. Daí quando entrei fui direto trabalhar na enfermaria. Hoje está melhor, mas antes era deprimente. Os pacientes ficavam sem roupa [...]

Z: Eu quase não agüentei no estágio probatório (primeiros seis meses), até adoeci, fui à coordenadora e tive apoio. Ela viu que eu estava no limite, daí fiz rodízio nas unidades.

Por outro lado, alguns trabalhadores escolheram estar na instituição, e outros, acabaram se adaptando, com o passar do tempo.

Z: [...] Estou na unidade de agudos há um ano e meio, estou gostando muito porque aqui é um “tudo” – deficiente físico, neurológico e doença psíquica [...]

X: Estou há pouco tempo, há 10 anos. Quando me chamaram para vir para cá, chorei, não queria vir. Vim a contragosto, mas não me arrependo. É muito bom...

Z: [...] eu escolhi estar aqui porque queria, mas o estágio probatório foi difícil, tive que fazer rodízio nas unidades para me acostumar e suportar.

6.3.2.1.1.2 Condições e demandas

Dejours (1992) declara que por condição de trabalho é preciso entender, antes de tudo, ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude, etc), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc), ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), condições de higiene, de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho. Portanto, a luta pela saúde do corpo conduz à denúncia das condições de trabalho.

O autor entende que em um trabalho rigidamente organizado, mesmo se ele não for muito dividido e fragmentado, nenhuma adaptação do trabalho à

personalidade é possível. No entanto, mesmo as más condições de trabalho são, no conjunto, menos temíveis do que uma organização de trabalho rígida e imutável.

Quanto às condições de trabalho no HPSP, fica evidente o sucateamento dos recursos, que faz com que em muitas situações os trabalhadores contem apenas com a sorte na resolução dos problemas.

S: Quando trabalhei na masculina tivemos sorte, ligamos para o médico e ele desceu correndo (caso de parada cardíaca). Mas as máscaras não se adaptavam ao massageador, dois enfermeiros massagearam (manualmente) e conseguiram ainda bem que poucos pacientes viram [...].

U: É um desgaste físico e mental.

S: Nós temos que ter um carro de parada cardíaca. Estamos batalhando e ainda não conseguimos [...].

U: Se só agora é que trocaram as lâmpadas da unidade [...] depois de 7 anos queimadas [...].

Os trabalhadores queixam-se da baixa remuneração e da “ajuda” do vale transporte, que não é suficiente para cobrir os gastos de deslocamento necessários para o mês de trabalho.

V: [...] porque se ganha vale, mas não é suficiente, pois é de 95 reais para o mês todo, mas não dá [...] a gente tem que se virá.

A falta de programas de capacitação direcionados ao trabalhador contribui para que estes se sintam mais vulneráveis.

U: Quando tu passa no concurso e vêm para cá, não têm treinamento, não ensinam como agir em caso de surto, socorro. Tu entra como se tivesse muita experiência.

O aumento do quadro de pessoal é apontado como uma questão essencial para que se melhorem as condições de trabalho.

V: Já pensou, ficar sozinha numa unidade com traficantes [...].

Z: É desumano uma mulher ficar sozinha com sete homens (pacientes)!

U: A paciente C. deu um soco na cara de outra paciente. Mas a gente apontou (para a Direção) que eram 30 pacientes no sábado à noite com uma atendente só, a gente sabe que não funciona [...].

Em função da redução do quadro de trabalhadores, percebe-se um acúmulo de tarefas para o serviço de enfermagem, que já estava assoberbado de atividades há muito tempo.

V: Aqui a gente faz de tudo, a gente medica - separamos os medicamentos para 30, os pacientes chamam toda hora, a campanha toca, tem mais a demanda interna – o laboratório que a gente tem que atender. Normalmente estamos em duas, há o banho – que deveria ocorrer todas às noites, mas a turma da noite às vezes não dá, ou não dá em todos. A gente ainda recebe as roupas, guarda na rouparia, que também não é tarefa da gente, mas a colega que deveria chegar pela manhã e fazer, chega só ao meio-dia. Vários de nós trabalham em coisas que não são da sua competência [...] e das 9:30 às 11:00 é o horário da visita. Elas (pacientes) cobram fruta, chimarrão, tem que levar para exame dentro e fora do hospital (realizar Eletroconvulsoterapia, RX, dentre outros) [...] e ninguém quer saber que a gente já tá cheio de coisas [...].

V: Eles ainda pedem para falar com os familiares, com os técnicos. O familiar não pode falar com o paciente por telefone, eles não deixam, são normas [...] a alta ocorre ao meio-dia, mas atrasa. Às vezes a ambulância que vem buscar é do interior e também se atrasa ou não vem, e daí é um problema porque os pacientes ficam loucos para sair e descontam na gente.

S: Elas (pacientes) sugam a gente, nos cobram, querem atenção o tempo todo.

U: [...] pois é e aqui é só desintoxicação [...].

A falta de *status* do serviço público e a necessidade de um serviço voltado mais especificamente para área de saúde do trabalhador são apontadas pelo grupo como importantes.

U: Antigamente o serviço público tinha um status [...] Eu fiz exames quando entrei, o médico me disse que eu teria que fazer periódicos, mas nunca foram feitos [...] a gente fica solto aqui [...]

6.3.2.1.1.3 Atravessamentos do setor público

Conforme Nardi (2006) as circunstâncias de uma economia globalizada, retiram dos sujeitos o sentido da governabilidade sobre suas próprias vidas, onde os destinos da instituição não dependem de atores identificáveis e estão muito além, do jogo de decisões locais e fora da alçada de uma ação possível.

Quando a instituição pertence à esfera pública, tais questões tornam-se ainda mais evidentes, pois não há a identificação ou personalização de alguém que está no poder, o que abre margem para que existam muitos atores envolvidos e com isso ocorrem inúmeros atravessamentos políticos. Tais aspectos transcendem a instituição e marcam um poder diluído na Secretaria da Saúde e no Ministério da Saúde, além de outras instâncias (tais como a Secretaria de Administração que realiza as perícias médicas para a SES).

Conforme Arejano (2006), a divisão entre o saber técnico e político é uma estratégia histórica e eficaz para a manutenção da hegemonia daqueles que exercem o poder. A lógica de funcionamento do HPSP está atrelada também à operacionalização de ações necessárias para que esta ou aquela prioridade política se concretize, o que acaba por retirar a autonomia dos trabalhadores. Tal estratégia é evidenciada no dia-a-dia dos trabalhadores que se sentem esvaziados e impotentes diante de tais situações.

São trabalhadores que vivem em um presente, como se nada mais restasse do que a gestão das urgências de cada dia, feitas de acordo com o referencial político da vez. Tais aspectos ficam ainda mais relevantes quando surgem diferentes e contraditórios interesses políticos, que contribuem para que não se tenha a possibilidade real de concluir projetos, gerando pouco reconhecimento e credibilidade técnica para a equipe que permanece na instituição.

A instituição estudada, por ser marcada pela especificidade da gestão pública (apesar de reproduzir a lógica do capital como um todo) não visa o lucro, e pode, inclusive, ser responsável por um déficit, uma vez que é balizada pelo Sistema Único de Saúde. E como não há uma cultura instituída de gerenciamento por indicadores, perde muitas vezes a noção de tais questões.

O entendimento de que dinheiro e/ou recurso público não tem dono, dá uma dimensão de que tudo é possível, o que autoriza, na prática, a comportamentos não éticos, tais como, a apropriação indevida de bens da instituição ou dos próprios colegas, evidenciando um alto índice de desrespeito pelo alheio. Questão que é direcionada não apenas ao patrimônio, mas que é diluída em todas as direções.

A presença de pessoas com cargo de confiança na instituição faz com que os trabalhadores tenham a sensação de possuírem ainda menos autonomia, e, de estarem à mercê dessas proteções políticas, que parecem não ter fim. Onde o desrespeito ao alheio torna-se generalizado.

U: [...] Daí a gente vem para a moradia para a louca da "X" dizer quem faz o quê. Tu faz concurso e daí vem um CC (Cargo de Comissão/Confiança) que é amigo do Secretário [...] Essas politicagens não passam.

U: Pois é a "X" é uma grossa, me botou o dedo na cara e falou: cala a boca guria. Eu falei: cala a boca não, estou aqui há cinco anos. A partir desse momento ela pegou no meu pé. Muda o partido e ela continua [...]

V: É sempre o funcionário que entra em risco [...] quem ganha menos sempre é o mais atingido.

Fica marcado pela fala do grupo que quem está mais próximo do poder consegue com muito mais facilidade obter ganhos.

U: [...] Eu não era amiga dela [...] quem é amigo do rei e da rainha consegue as coisas.

U: A Falcão (unidade) e a UD (Unidade de Dependência) conseguiram levantar o muro e nós estamos pedindo há um tempão e eles não aumentaram o nosso. Mas eles conseguiram porque “são amigos do rei”, aparecem na TV, dão mídia.

Segundo os trabalhadores, os enfrentamentos das situações que estão alicerçadas na proteção política, são improdutivos, pois só geram retaliações e desgastes pessoais e profissionais.

U: Não dá para peitar. A questão é que muita gente questiona porque não se enfrenta [...] Ela (colega) tem as costas quentes. Te manda para Itapuã (Hospital Colônia Itapuã em Viamão). Vai peitar para quê? Vai peitar, mas por questões políticas, tu vai para a geladeira, freezer, incinerador [...] Quanto menos falar melhor.

Z: [...] se tu vai peitar, tu fica marcada. Isso não vai mudar porque as pessoas têm costas quentes. Tem coisas de manejo com pacientes, de inadequação total. Eles (colegas) pipocam em vários setores e depois vão para outras instituições. Te choca ainda, mas não muda [...].

U: Outra coisa que enfraquece é a questão política. Se a gente incomoda é ameaçada de ir para Itapuã [...] ou se consegue uma promoção, uma FG (Função Gratificada) se tu não incomodar.

Aparecem as contradições da instituição, dentre elas, à própria Reforma Psiquiátrica, que não é estimulada pela direção geral do hospital, mas é uma diretriz adotada pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual da Saúde, o que acaba por balizar um descrédito também por parte dos trabalhadores.

U: “O muro de Berlim” (que separa o hospital do residencial) [...] tem que ficar vazio e estão enchendo de casas [...] já se apropriaram da morada.

Z: Hoje falei com uma paciente que me disse: [...] não me fala da morada!

U: Sou altamente a favor da reforma psiquiátrica, mas com bom senso [...].

U: Têm um furinho no portão que parece bala [...] porque agora o morada é da vila. Eles dão drogas para os pacientes em troca de comida. Se metem com gente que não tem condições de se defender, por isso eu fico com raiva [...].

Y: Existem muitas opiniões divergentes, a coordenação da minha área acha que não tem que ter hospital [...].

Surge um discurso confuso e contraditório sobre a Reforma Psiquiátrica, mas que sinaliza que os trabalhadores estão contra a maneira com que esta está sendo conduzida, e não contra a reforma propriamente dita. Marcando assim o fato de estarem em um espaço do “entre” - o que já não é mais (hospício), e o que poderá vir a ser (efetivação da Reforma Psiquiátrica). Este espaço do “entre” também situa a necessidade de um novo fazer, uma vez que o perfil dos pacientes também se modificou. Além disso, este “entre” também é geográfico, pois as unidades estão literalmente situadas entre as unidades de internação e o serviço residencial terapêutico morada São Pedro.

Y: A reforma não me pega; eu gosto da clínica. Meu trabalho é entender os pacientes, a dinâmica. No meu consultório eu trabalho a parte clínica. Essa discussão de vamos fechar o hospital não se sustenta e já me cansou. Não é coerente. Não entro na discussão [...] nós trabalhamos a crise!

T: A teoria da reforma é ótima, mas a prática é outra, pois só reduziram os leitos em hospital geral. Qual é o hospital que abriu vagas? Eu sei que o tratamento aqui não é *top*, mas a gente consegue amenizar [...].

Fica evidenciado um desconhecimento dos processos de trabalho e do funcionamento, inclusive, dos serviços de saúde mental.

Y: [...] Adoraria que fossem fechados os hospitais psiquiátricos, desde que a rede desse suporte, mas isto não existe! [...]a reforma

era isso [...] queriam fechar o hospital para a rede atender, mas não existe a rede! Eu nem sei direito como eles (pacientes) fazem depois [...].

Apesar do descrédito da Reforma Psiquiátrica os trabalhadores assinalam a necessidade de mudanças quanto à forma de tratar a loucura, que é, inclusive, o grande viés da Reforma Psiquiátrica.

U: Tem coisas que funcionam e outras que não funcionam [...] Poderia se transformar isto (a instituição) num plano de saúde mental, com oficinas de trabalho [...] fazer de forma diferente [...].

6.3.2.1.1.4 Trabalho prescrito X Trabalho real

Dejours (2004) afirma que sempre existirá uma distância entre o trabalho prescrito e o real, entre aquilo que foi planejado e o que foi realmente executado. Neste hiato, se o trabalhador conseguir imprimir em seu trabalho o seu jeito de fazer, acionando suas instâncias criativas, e obtendo o reconhecimento, não só hierárquico, mas também dos seus pares, estaria desta forma mais próximo do que se poderia chamar de saúde.

[...] trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real. O que é preciso fazer para preencher esta lacuna não tem como ser previsto antecipadamente. O caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha. Nesse sentido, o trabalho se define como sendo aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados; ou ainda aquilo que ele deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições (DEJOURS, 2004, p.67-76).

Dejours (1999) entende que não seja possível regular a distância entre o trabalho prescrito e o real pela aplicação de instrução ou de prescrições. Pois não há rotinização possível desse ajustamento. É necessário reinventá-lo a cada vez,

porque no trabalho sempre ocorrem imprevistos. E esse ajustamento implica decisões do trabalhador, o que leva a crer que o trabalho depende da ação.

Ocorre que, tradicionalmente, o trabalho sempre foi oposto à ação. Desde Aristóteles o trabalho é o que justamente não exige decisão e que se baseia na aplicação de regras já conhecidas. A ação, por outro lado, é a parte nobre da atividade humana. O que, segundo a psicodinâmica do trabalho, leva à conclusão de que o trabalho não pode ser oposto à ação.

Conforme Dejours (1997) há sempre uma defasagem entre a dimensão prescrita e a real do trabalho que só poderá ser gerida pelo engajamento da subjetividade dos trabalhadores. Esse engajamento recebe a denominação de “inteligência astuciosa” ou “prática”, mobilizada frente ao real e que tem como característica fundamental a inventividade e a criatividade. No entanto, é importante salientar que a inserção do sujeito, entre o trabalho prescrito e o real é sempre conflitiva.

Sznelwar (In MENDES MAGNÓLIA, 2008) entende que os sujeitos elaboram estratégias operatórias para responder às exigências contidas na tarefa. Se a organização for rígida, não haverá espaço para modificações nas tarefas e nas relações com os colegas e com a hierarquia, então o que se encontra é um bloqueio. Trabalhar sob essas condições traz conseqüências nefastas para a qualidade daquilo que se faz e para a subjetividade dos trabalhadores.

O que se constata no HPSP, no geral, é que as instruções se referem somente às situações conhecidas ou previstas e não comportam a diversidade de ocorrências com as quais os trabalhadores se deparam no cotidiano.

Os trabalhadores sentem-se destituídos da capacidade de planejar e executar seu trabalho, não se apropriando de todo o seu processo laboral e dessa forma de sua autonomia e de seu saber técnico.

Fica marcada na instituição a distância do prescrito, pois os trabalhadores verbalizam que se fossem seguir as regras ao “pé da letra”, não conseguiriam dar conta do trabalho real.

V: [...] Tem tanta coisa, tem coisas que são regras, mas se a gente cumprir mais atrapalha, os funcionários antigos têm um ritmo e os novos não podem relaxar como eles. Os novos são muitas vezes agredidos porque não sabem muito de psiquiatria.

U: A gente deveria anotar nos prontuários os procedimentos, mas eu acabo não fazendo porque às vezes os residentes carregam os prontuários.

V: [...] Eu mostrei para a colega que o horário do banho é das seis às oito horas. Mas o pessoal só chama os pacientes, não vão atrás. Então quem não consegue tomar sozinho fica sem banho.

A respeito da carga horária de trabalho, apesar da jornada ser de 40 horas semanais, há um acordo implícito que se faça no mínimo 30 horas, o que nem sempre é respeitado. E normalmente a enfermagem, por estar mais em contato direto com o paciente, acaba cumprindo.

U: A gente faz no máximo 20 horas de jornada

V: A gente da enfermagem faz até mais.

Z: A gente não faz, mas está super presente, somos comprometidas.

Y: Eles só querem saber o horário real para que tu faça o mínimo possível [...] se nos pedissem para fazer oito horas eu iria porque o acordo é de fazer seis.

X: A gente tem este horário especial e às pessoas fazem o mínimo do mínimo. E como sempre quem segura o hospital é a enfermagem, porque senão os pacientes morreriam à míngua. Se a enfermagem fosse trabalhar 2 horas por dia, como os outros, não sei o que iria acontecer. Se procurarem, vão ver que tem pessoas que vão até ali, dão uma volta no pátio e vão embora na cara dura.

Por outro lado, o não cumprimento da carga horária faz com que os trabalhadores sintam-se em dívida com a instituição e vulneráveis a quaisquer solicitações e/ou imposições da Direção. Na prática essa questão torna-se o grande “calcanhar de Aquiles” dos trabalhadores.

Y: [...] a gente realmente é pago para fazer 8 horas diárias e faz 3 horas e meia, quando faz [...] então se eles (Direção) cobrarem a gente vai ter que cumprir [...] eu acho que algumas coisas têm que moralizar mesmo [...] mas, às vezes, a gente fica até meio assim, com o “rabo preso” [...] em muitas situações a gente fica quieto.

Fica exposta a desigualdade, percebida na fala dos trabalhadores, em relação aos parâmetros de tratamento das diferentes categorias profissionais existentes no hospital, onde há três “castas distintas” – a dos técnicos formada por profissionais com curso superior; a da enfermagem, constituída por auxiliares e técnicos; e a dos médicos – que segundo os trabalhadores é a mais diferenciada por ser mais protegida. Além disso, aparece o uso de alguns mecanismos institucionais na tentativa de controle sobre os trabalhadores.

U: Alguns médicos vêm só de noite para assinar o ponto, mas foi inclusive proibido pela direção, porque já existem os plantonistas [...] não aconteceu o que disseram há um tempo, que o RH ia ligar em horários indefinidos atrás de algumas pessoas nas unidades para ver se esses estão trabalhando.

V: [...] aqui as pessoas chegam e saem a hora que querem! Mas sempre tem uns que tem mais regalia e outros como a enfermagem que carregam o piano [...].

Os profissionais sabem fazer uso da distância entre o prescrito e o real, muitas vezes, se beneficiando da falta de controle sobre os seus horários e faltas, evidenciando a transgressão. Ocorre também que, em função do reduzido quadro de escala, as chefias submetem-se às condições pessoais estipuladas pelos próprios trabalhadores, o que desorganiza a própria escala de operacionalização do trabalho.

T: A funcionária X falta três dias no inverno. Tira três dias do salário, agora o horário é às 8:00 horas e dou 30 minutos. Ela chega às 10:00 horas [...] já falei tantas vezes, mas não adianta [...].

Y: E o que é pior é que se a gente manda embora, ficamos sem! Ela faltou, um mês depois ela veio e dissemos que iríamos descontar e ela disse que estava *ok*. Ela sabe usufruir porque não tira licença

prêmio, mas prefere se beneficiar semanalmente com três faltas justificadas (desta forma não tem descontos).

Os trabalhadores percebem a tentativa de controle da direção quanto ao seu horário real de trabalho, como uma produção de prova contra si mesmos.

U: A direção exigiu que se coloque no papel nosso horário real [...] Algumas pessoas se recusaram a colocar no papel, principalmente os médicos. Tu tem que ter um livro ponto e assinar [...] mas tu tá te comprometendo e comprometendo a tua chefia porque a gente escreve uma coisa e faz outra.

6.3.2.1.2 Relações de Trabalho

Dejours (1992) entende por “relação de trabalho”, todos os laços humanos criados pela organização do trabalho, tais como, as relações com a hierarquia, com as chefias, com a supervisão, com os outros trabalhadores – e que, muitas vezes, são desagradáveis, e até insuportáveis de se lidar. No entanto, para que possa viver com as mais diversas insatisfações que a sociedade produz, é necessário a repressão de inúmeros desejos e gratificações.

Nesse sentido, a cultura, para Freud (1974) seria resultante da restrição e do adiamento da gratificação, para que o adulto possa deixar a idealização para apropriar-se de uma realidade construída nas relações sociais, o que permitiria, assim, a entrada no mundo do trabalho e a mobilização no sentido de obter gratificação.

Magnólia Mendes (2008) ao abordar à contribuição do trabalho como relação social, afirma que os sujeitos não trabalham para si mesmos, mas pelos outros, ou seja, chefes e colegas. O trabalho então, por ser uma atividade social, contém relações de dominação, e por essa razão é um espaço de negociação. Uma vez que o trabalho está vinculado a uma condição de convivência com regras e com a direção que é dada pelo sujeito, às pulsões sexuais e agressivas.

A autora entende ainda, que essa relação de poder, permeada por homens e mulheres, classe social e *status* profissional, gera tensão por exigir uma convivência que pressupõe relações de dominação, caracterizando o trabalho não só como um

modo de produzir, mas também, como um modo de “viver junto”. O que denota que os trabalhadores precisam ter uma autonomia mínima de poder para usar sua inteligência prática.

Ocorre que, em geral, como resultado das relações truncadas na sociedade, surge o afastamento do coletivo e uma tendência ao individualismo. Tais questões também são evidentes no trabalho.

Sobre esse aspecto, Nardi afirma que:

As figuras coletivas de classe cedem lugar ao “indivíduo empreendedor de si mesmo” que sabe lidar com competência e iniciativa com as incertezas próprias dos novos tempos. Figuras de um individualismo que não deixa espaço para lealdades e compromissos duradouros nos locais de trabalho, que recusa práticas associativas e é regido por um agudíssimo sentido de competição. (NARDI, 2006, p.8).

Dejours (1999) entende o individualismo como resultado de decepção ou de desesperança das pessoas. Dessa forma, o descomprometimento com o trabalho é sinal de crise da organização do trabalho, suficientemente longa para conduzir a esse estado.

Nardi (2006) compreende que, ao mesmo tempo em que os trabalhadores são chamados a exercer a autonomia, a iniciativa e o empreendedorismo, na conquista de seu lugar no mercado, são frágeis as condições que permitem a “posse de si” sem a qual essa autonomia vira ficção, ou assume um individualismo negativo. A experiência adquirida não vale muita coisa e pode ser desqualificada a cada inovação introduzida no trabalho, ou a cada novo interesse político.

Segundo o autor, ocorre um grande hiato na organização da força de trabalho como força produtiva, resultado da dificuldade em haver uma troca satisfatória nas relações de trabalho de uma forma geral. Ainda que haja competição entre os trabalhadores, a formação de subgrupos, grupos rivais e bodes expiatórios, os sujeitos compartilham pela instituição os mesmos sentimentos que os fazem buscar afiliação a outros grupos, ou seja, a idealização, a necessidade de identificação, de valorização e de reconhecimento.

Surgem algumas questões que, segundo Maturana (2005), deveriam ser protagonizadas por quem “faz” saúde, dentre elas, a possibilidade de nos afazerem de saúde reconhecer o outro, como legítimo outro em suas singularidades e diferenças, produzindo dessa forma encontros em que esteja presente o compartilhar de uma vida digna.

O autor problematiza ainda se seria possível e desejável que o conhecimento técnico não fosse usado para o controle e exploração, mas, para o entendimento e compreensão no compartilhar da sobrevivência com os outros humanos na produção de saúde.

Em relação a essas questões, Maturana afirma ser necessário refletir sobre as emoções e as interações humanas.

Para que haja histórias de interações recorrentes, tem que haver uma emoção que constitua as condutas que resultam em interações recorrentes. Se esta emoção não se dá, não há história de interações recorrentes, mas somente encontros casuais e separações (MATURANA, 2005, p.66).

A respeito das interações humanas na instituição, os trabalhadores apontam que colegas que menos compartilham são os mais rígidos.

Y: Acho que esta última questão passa pela satisfação, a nossa vida lá fora também é boa [...] a gente consegue falar da nossa vida lá fora [...].

T: Sabe que eu gostei que a fulana (colega) se abriu comigo, me disse que estava chateada com a separação do filho.

Y: A gente se sente aliviada quando vê que o outro também sente. Só fala quem tem vida lá fora, as que não falam são amargas, duras.

Rollo (2007) nos incita a refletir sobre a viabilidade de trabalhar na saúde sem a constituição de vínculos com os usuários, com a equipe de trabalho e com a comunidade em que o serviço está inserido; da possibilidade de trabalhar na saúde como um ser insípido e inodoro como, em geral, apregoam os órgãos formadores de

profissionais para o trabalho na saúde; e ainda problematiza a respeito de que emoções nos tomam quando negamos o outro como legítimo outro na convivência.

Porque a rejeição do outro como legítimo outro, conforme referência o autor, se faz em um espaço de interações, que obstrui a possibilidade de compartilhar a convivência com o outro em suas necessidades e demandas. Já a rejeição constitui um espaço de interações que, em geral, leva a separações.

Maturana (2005) apresenta a indiferença como o oposto do amor e da rejeição, pois aquela emoção cria um espaço de interação no qual o outro se torna um objeto e/ou instrumento, e como tal, não seriam necessárias relações sociais.

O autor questiona a respeito das narrativas e processos de “anestesiamento” que justificariam hoje a negação e indiferença do e para com o outro, em suas necessidades, demandas e diferenças na sociedade e no trabalho na saúde? Avança, ainda, refletindo sobre os processos que levam ao individualismo do salve-se-quem-puder, à competição e ao isolamento que embrutecem os afetos? E em que medida a tecnologia, com seu fetiche e sedução, com sua propaganda enganosa e os modos hegemônicos de produção de saúde, estaria implicada com a alienação dos trabalhadores, gestores e usuários?

Maturana (2005) pondera a respeito do grande esvaziamento da relação dos trabalhadores com os usuários, questionando-se em que medida os imperativos econômicos e egoísticos podem capturar e “destruir coisas belas” no trabalho em saúde? E em que medida as relações do dia-a-dia do trabalho em saúde são relações sociais no compartilhar da sobrevivência enquanto seres humanos?

Pois de acordo com Maturana (2005), as relações de trabalho, que não se baseiam na aceitação do outro como legítimo, e estão fundadas na exigência de obediência ou na desqualificação do outro, em função da assimetria de saber e poder, não podem ser consideradas como sociais.

Em relação a esse aspecto, Foucault afirma que, nas relações de poder existem necessariamente possibilidades de resistência, já que se não existissem possibilidades de resistência [...] não existiriam relações de poder (1987, p.125).

Ao se trabalhar com relações de poder, conforme assinala Foucault (1998), é preciso defini-las, compreender seu significado e situar como os jogos de verdade interagem nessas relações.

Pois considerando o que Foucault (1998) define como relações de poder, há que se entender que essas não estão em uma classe dominante apenas, ou mesmo

em um governo, mas em toda e qualquer relação entre humanos em que alguém tenta dirigir a conduta de outrem.

Se houver muito controle, instala-se a desconfiança que não permite a realização de vínculos mais estruturados, e assim se viabiliza a instalação de uma dinâmica relacional voltada ao individualismo e ao egoísmo.

De modo geral, no momento em que surgem atos de sabotagem ou de violência, o coletivo não funciona mais. Isso significa dizer que as pessoas acham que os problemas dos outros não lhes dizem mais respeito, havendo descomprometimento com as relações de trabalho, onde já não se assume responsabilidade pelo processo laboral.

Dejours (1999) assinala que o problema da cooperação situa-se no nível da coordenação dos quebra-galhos, entre as pessoas do coletivo do trabalho ou da equipe. No nível da organização do trabalho, só se sabe dividir e repartir as tarefas, as responsabilidades e as atribuições. No entanto, a dificuldade é que se torna impossível prescrever a cooperação. Pois de acordo com o autor, sabemos dividir, mas não sabemos reunir.

A cooperação, afirma Dejours (1999), supõe que os quebra-galhos sejam visíveis à confiança e a atividade deôntica¹³ entre os membros do coletivo do trabalho. Essa atividade passa por discussões, conflitos, deliberações e arbitragens entre as diferentes pessoas, tornando-se assim muito custosa, o que tem efeitos muito ruins sobre a mobilização subjetiva no trabalho.

As pessoas só se engajam na atividade deôntica, nos casos em que, em contrapartida, os agentes possam esperar uma retribuição. E a forma específica da retribuição é o reconhecimento no sentido de admitir essa contribuição da pessoa e reconhecimento no sentido de gratidão.

A cooperação supõe que os diferentes parceiros construam acordos entre si. Desses acordos passa-se aos acordos normativos, e destes às novas normas de trabalho. A soma das normas estabelecidas constitui o que se denomina de regra do trabalho ou de ofício.

Uma regra de trabalho, segundo Dejours (1999), implica ainda quatro aspectos, antes de tudo é uma regra técnica, pela qual se pode decidir o que convém fazer quanto à eficácia, à qualidade, à segurança. Ao mesmo tempo, uma

¹³ Capacidade de construir acordos, normas e valores que se estabilizam sob a forma de regras. (DEJOURS, 1999)

regra de trabalho é sempre uma regra social sobre o que é bom ou mal fazer para manter a convivência. Uma regra também é sempre ética, ou seja, é relacionada a normas e valores. E finalmente, uma regra de trabalho é sempre uma regra de linguagem. Pois é dita, pronunciada, explicitada, o que é especialmente importante quando há conflitos.

Dejours (1999) afirma, no entanto, que todo trabalho é vivido afetivamente por quem o faz. O trabalho dessa forma, então, nunca é neutro com relação à subjetividade. Ou ele contribui para construir a identidade e a saúde ou contribui para destruir a identidade e criar doença.

Logo, a natureza, a qualidade e a dinâmica das relações no interior dos coletivos de trabalho têm peso considerável, se não decisivo, nos efeitos do trabalho sobre a saúde.

6.3.2.1.2.1 Com os pacientes

Percebe-se um processo de sujeição dos usuários pela instituição, que é apropriado pelos trabalhadores e balizado através da forma pela qual os mesmos são identificados - como “pacientes”. Termo que será reproduzido doravante pela pesquisadora, porque fornece indicativos do conjunto de valores e ideologias amalgamados historicamente pela instituição.

Conforme entrevistas realizadas na fase da pré-pesquisa, essa expressão é diferenciada da forma pelas quais os trabalhadores envolvidos mais diretamente com a reforma psiquiátrica denominam seu público atendido, ou seja, ora por usuário ora por morador, o que sinaliza uma maior apropriação do sujeito da sua própria subjetividade.

A identificação de diversas formas de resistência manifestadas pelos pacientes, no cotidiano do serviço de atenção à saúde mental, são importantes, porque também evidenciam a resistência como uma forma de enfrentamento das tecnologias normalizadoras e a minimização da expansão de seus domínios. O que por outro lado, pode gerar muitos conflitos com a equipe de trabalho.

Nas unidades, campo da presente pesquisa, a hospitalização de pacientes agudos aparece como uma necessidade passageira, como um refúgio para a desintoxicação, uma vez que o foco está centrado, na maioria dos casos, em drogadição, mais especificamente o *crack*, e não mais em patologias mentais. Nesse contexto, as dificuldades encontradas, tais como, incidentes, recaídas e, às vezes o próprio agravamento progressivo do quadro, são muito mais freqüentes do que costumavam ser.

Com a alta dos pacientes, ocorre geralmente o retorno às condições de vida anteriores à internação, só que com agravantes. Pois as condições sociais e a viabilidade de conseguir tratamento e medicamentos são difíceis, muitas vezes até inexistentes, em função de que muitos pacientes residem no interior, onde o acesso a recursos se torna mais complicado.

Dessa forma, os trabalhadores acabam, em casos onde percebem desejo de mudança por parte dos pacientes, retardando a alta para assegurar-lhes o acesso aos medicamentos e/ou tratamentos adequados. Tornando clara a transgressão¹⁴ por parte do grupo, que utiliza sua criatividade e inteligência para resolver algumas questões pontuais, que fogem às regras do que deveria ser feito.

Um fator agravante em relação ao novo perfil dos pacientes atendidos nas unidades é o desconhecimento e/ou registro por parte dos trabalhadores de casos bem sucedidos em relação a usuários pesados de *crack*, o que também não se encontra em referências científicas sobre adição a drogas.

A grande mudança que ocorreu em relação ao perfil dos pacientes internados nas unidades, descaracterizou a patologia ou o sofrimento mental para, em sua maioria, usuários de *crack*. Outra questão significativa foi em relação à diminuição da faixa etária, pois os pacientes que se apresentam ao serviço são bem mais jovens do que costumavam ser.

¹⁴ Dejours (1999) entende que é impossível trabalhar sem incorrer em transgressões, devido às contradições do trabalho. O autor propõe a utilização do termo de forma mais ampla, pois em psicologia o termo possui um sentido demasiado preciso.

V: E só o que a gente tem agora é usuário de *crack*.

Y: Nossa população está repleta de gurizada, antes não era assim [...] Inverteu, agora a regra é internar novo, a exceção são os mais velhos.

T: É em função das drogas, do *crack*.

U: A gente tá atendendo muita “*craqueirinha*” (usuária de *crack*) [...] Mas os plantadores do interior também estão usando bastante droga [...].

Os fracassos repetitivos em relação à continuidade do tratamento, após a agudização, fazem com que os profissionais assistam à degradação física e psicológica dos pacientes. Essa realidade está bem presente no discurso dos trabalhadores:

U: [...] às vezes tu vê uma guria bonita que se perdeu. A gente aposta, tu conversa, passa a fissura, elas ficam bem conscientes. Daqui a três ou quatro meses estão de volta, cada volta é pior, voltam das recaídas mais enfraquecidas. Tu vê na equipe [...] o psiquiatra que não aposta, que desacredita [...] e como é que tu vai atender desacreditando na capacidade de inserção?

Z: Eu também pensava em trabalhar com crianças porque a gente ainda pode modificar alguma coisa, alterar o padrão, daí o prognóstico é melhor, tu vê acontecer. Sou um pouco impaciente, de querer ver outras coisas.

A questão do retorno sistemático dos pacientes, em função do *crack*, torna o trabalho sem fim, semelhante ao Mito de Sísifo, repetitivo e interminável, uma vez que o produto final fica cada vez menos palpável.

Y: [...] Tu vê que eles (pacientes) saem, mas voltam depois de três, quatro meses. O uso de drogas e uma rede de apoio e tratamento que não se sustentam, no meu entender, são as causas dos retornos sistemáticos, o nosso trabalho nunca acaba [...].

A questão do gênero dos pacientes também aparece no discurso dos trabalhadores, onde as mulheres são apontadas como as que dão mais trabalho.

V: Agora o trabalho com homens e mulheres é diferente. A mulher paciente é mais exigente do que o homem, ela é mais pegajosa.

U: É, elas são mais solicitantes.

V: Os homens são mais caprichosos – no quarto, no banheiro. Eles respeitam mais os funcionários, protegem a gente. As mulheres afrontam mais. São hormônios diferentes, isso pode influenciar. Aqui (na unidade feminina), se ouve gritos o dia inteiro, e daí os funcionários precisam também gritar o dia todo, pôr ordem. Não se ouve isto na masculina [...].

Manifesta-se a competição entre as pacientes e os trabalhadores, e inclusive o enfrentamento destas com a equipe.

S: [...] O homem é mais tranqüilo, as mulheres se comparam com a gente, elas dizem: tu tá aqui trabalhando, mas eu também trabalho lá fora. [...] As mulheres são mais difíceis neste ponto para ajudar.

V: Quando elas estão mais limpinhas não querem tocar nas outras... Uma paciente me disse: "eu não quero mais voltar e dar banho nas mijadas" [...] (risadas).

Aparece também na dinâmica de funcionamento dos pacientes a questão da transgressão e da sedução, num jogo muito similar ao que se estabelece entre os próprios trabalhadores.

Z: É proibido fumar na unidade, mas os familiares trazem. Os homens conseguem mais cigarro e as mulheres mostram o corpo para conseguir [...].

S: [...] As pacientes já sabem que é só se pelar que são internadas. Eles (direção) esquecem que aqui também tem mulheres traficantes.

Ocorre também uma forte identificação dos trabalhadores com a história de vida dos pacientes, principalmente com os mais jovens.

S: Às vezes eles (pacientes) pedem para falar com os pais que os maltrataram, os adultos muitas vezes batem em seus filhos. A gente fica com pena [...] eu apanhei também muito quando era criança.

Y: Eu fico muito mexida com a gurizada jovem, porque a gente lembra dos filhos.

Surgem também relações entre trabalhadores e pacientes que extrapolam o âmbito profissional, gerando muitas frustrações em função da proximidade e das questões inconscientes que são levantadas, e que não são devidamente trabalhadas.

V: Ah, eu tive uma história com uma paciente [...] me envolvi, botei afeto. Um dia ela surtou, eu ia medicá-la, mas ela se avançou em mim, ela quase me matou [...] como eu me decepcionei [...] No outro dia, vim trabalhar mesmo machucada, mas agora nunca mais eu confio. Na realidade a culpa foi minha, porque paciente é sempre paciente!

Existem pacientes que mobilizam mais a equipe, por se tratarem de casos especiais. Ocorre que os trabalhadores por não saberem o que fazer diante de tais situações, expiam sua culpa através da comida e da maternagem.

T: [...] o paciente J., por exemplo, é um bicho enjaulado. Solicitamos uma neurocirurgia para ele, mas não foi concedida. Então é difícil porque não tem o que fazer [...] É um caso perdido [...] Daí eu alivio minha culpa dando comida para ele, aliás, com licença [...] (o grupo estava terminando, então o trabalhador pega um salgadinho da mesa, sai da sala e alcança para o paciente que já tinha batido e aberto a porta).

Outra questão relevante é a preocupação que os trabalhadores têm com as condições da unidade, em relação aos possíveis riscos a que os pacientes ficam expostos.

V: Também tem que cuidar o muro, senão elas (pacientes) se quebram [...].

V: E a rampa que é de pedra [...] é ruim de caminhar nela.

U: As pacientes vão se machucar em dia de chuva caindo naquela rampa. A gente já pediu [...].

A sexualidade dos pacientes surge como questão instigadora e muitas vezes é motivo de piada.

V: No muro (entre as unidades) tem um burquinho (risos) [...] que eles (pacientes) fazem sexo oral.

U: E como vai ficar o relacionamento entre eles? (pacientes que estavam transando) Vocês sabem que uma paciente nossa casada engravidou de um paciente de vocês [...] já pensou (risos) [...].

São criados neologismos pelos trabalhadores em função de situações bizarras que surgem em seu cotidiano.

U: “Relacionamento de muro” é qualquer tipo de relacionamento entre pacientes (explicando às pesquisadoras). Já pedimos várias vezes via memorando (frisou), para levantarem o muro e o “Estado” diz que é muito caro, diz que fazer isso custa uns 500 reais, apenas [...].

Quando ocorre envolvimento sexual entre os pacientes das unidades, há por parte dos seus familiares uma grande cobrança à instituição, que é direcionada aos trabalhadores, que se sentem pressionados e acuados.

V: Tinha uma paciente na unidade uma vez, que era uma menininha virgem, nós ficamos loucas de medo que “pegassem” a menina, pois o que a gente iria dizer para os pais dela [...] o muro entre as unidades é baixo e os pacientes pulam da masculina para feminina.

A fantasia com a sexualidade entre os pacientes e os trabalhadores aparece através da via humorística, o que possibilita tornar a questão menos ansiogênica para a equipe.

S: Teve um (paciente) que dizia que era Deus, muito arrumado, sempre limpinho [...] eu não conhecia, mas um dia ele veio na unidade e queria falar com um técnico e se dizia namorado dela, e eu acreditei. Depois elas pegaram no meu pé porque eu não sabia que ele era paciente de outra unidade [...] (risadas) [...] teve outro que nossa [...] quando eu via o paciente “X” no banho, pelado, pensava: que desperdício [...] (risadas) [...] ele era bem dotado [...].

Outra questão assinalada pelo grupo é a agressividade dos pacientes e o medo dos trabalhadores advindo da vulnerabilidade a que ficam expostos.

Z: Também temos pacientes agressivos, traficantes.

Z: Eu apanhei de uma paciente do morada que já vinha me ameaçando, ela atirou o chinelo e eu pensei que não era para mim e acabei levando uma chinelada na cabeça.

V: Eu não vou ficar com raiva da J. (paciente que se decepcionou), mas fiquei receosa. Eu estava sentada na unidade uma vez e veio uma paciente e me deu uma bofetada e eu fiquei boquiaberta, mas não reagi. Eu achei estranha a minha reação de não ficar com raiva [...] Mas da paciente J. eu não esperava.

Os trabalhadores apontam como alternativa para lidar com o medo e a vulnerabilidade, o estreitamento dos vínculos com os pacientes e seus familiares.

X: [...] Com os pacientes eu não tenho medo, porque procuro ter uma boa relação com os familiares e com eles [...].

Quando ocorre contratransferência por parte dos trabalhadores, normalmente em situações de agressividade do paciente, surge a culpa, no final, como retaliação.

U: Tinha uma paciente muito irritante, que causava muita contratransferência, ela acabou até apanhando de outra paciente. Na realidade ela fez o desejo do grupo (de trabalhadores). Depois eu falei com a auxiliar que estava quando aconteceu a bagunça sobre isto, tentando dividir a coisa, que às vezes a gente tem vontade de bater mesmo, mas não quer dizer que a gente vai fazer, mas gosta quando um outro paciente faz por nós. A colega negou tal desejo, como se fosse só eu que tivesse vontade [...] ai, não dá sabe!

S: Teve um dia que ela (paciente) quase me bateu, se ela tivesse feito isto neste dia, eu bateria nela também [...] me deu vontade na hora de dizer para ela se atirar (da janela), mas depois se chegaram a fazer a gente se sente culpada. Mas ela é demais, quebra vidro, ameaça se jogar [...] Quando ela saiu de alta me pediu desculpas, mas tem horas que [...].

Algumas vezes há um prazer perverso dos trabalhadores que se sentem “vingados” ao assistir uma agressão dos internos, tanto direcionada a outro paciente, quanto a um colega.

U: Às vezes um paciente percebe a raiva da equipe sobre outro paciente e vai lá e bate.

T: Eu acho bem bom. Às vezes até a equipe apanha mesmo.

V: Ontem foi a médica que apanhou [...].

T: Aí os residentes provocam e depois a coisa estoura, eu estou “por aqui” (cheia) com os residentes [...].

Há a percepção por parte dos trabalhadores de estarem sendo controlados pelos pacientes, marcando os jogos de poder na instituição de forma multidirecionada. As situações de resistência que emergem das falas dos trabalhadores expressam que as relações de poder são móveis, que podem

modificar-se, e que inclusive o poder pode deslocar-se e estar, em alguns momentos, com os próprios pacientes.

S: Tem pacientes que não querem sair da S.O. (sala de observação) porque ouvem tudo o que a gente fala no posto. Esta paciente (F.), por exemplo, entrou no posto para me agredir e daí conseguiu voltar para a S.O.

Y: Ela conseguiu o que queria! (voltar para a SO).

Quando um membro da equipe consegue dar limites aos pacientes, isso é festejado pelos outros trabalhadores, onde, muitas vezes, o riso aparece como balizador dessa celebração.

S: Teve um paciente na masculina que evacuava no chão, só deixava o pessoal limpar e fazia de novo. A gente pedia para ele ir ao banheiro, mas não adiantava. Daí um dia me enfezei, e dei a pá e o balde para ele limpar e daí nunca mais ele fez. Eu devia era ter feito isso antes! (risadas)

O trabalho em saúde mental coloca em questão o problema do poder e do saber no cotidiano do trabalho nas unidades. Quando esse saber/poder é colocado em funcionamento, o paciente perde a sua verdade internalizada, ou seja, perde a possibilidade de exercitar o seu desejo.

Entender que o paciente poderá ter desejos que diferem dos da equipe provoca frustrações, mas também gera algumas reflexões.

U: [...] são limitações do desejo deles também. Tem pacientes que desejam ficar na rua, não adianta, tem que trabalhar em cima da realidade da pessoa, muitas vezes o paciente quer viver na rua, fazer o quê [...]

6.3.2.1.2.2 Com os colegas

Os trabalhadores apontam as dificuldades de convivência com os colegas como um dos maiores problemas no trabalho.

Z: Tem essas pérolas (colegas), conviver e trabalhar junto é difícil, mas é em benefício do paciente.

X: Às vezes num impulso a pessoa (colega) vem para cima de ti com tudo e daí mete os pés pelas mãos. É difícil [...].

Os colegas de outros setores percebem que a área técnica da enfermagem geralmente é a mais sobrecarregada, porque está em contato direto com o paciente.

U: [...] A enfermagem sempre é a mais carregada porque tudo cai sobre elas, elas são a linha de frente. [...] A gente não tá na linha de frente (os técnicos). A gente tem outros recursos que as auxiliares não têm, acaba estourando nelas...

Z: [...] A gente (técnicos) é a parte boa, vocês (auxiliares) dão banho, regras, medicação [...] tem horário para tudo, por isso vocês são a parte ruim para eles.

Em pacientes com alta, provenientes do interior do estado, ocorre, em algumas situações, atraso ou mesmo o não comparecimento das ambulâncias, sem aviso prévio. O que acaba postergando este processo e gerando muita indignação por parte daqueles, que se rebelam contra a enfermagem, que assume a função de “bode expiatório” para a instituição.

Z: Se levanta expectativas, se trabalha a alta e eles (pacientes) não saem. E a primeira pessoa que aparece é a enfermagem, daí é a gente que ouve, né!!! Eles vem com tudo e a gente tem que escutar [...].

Os trabalhadores ao perceberem críticas relacionadas ao trabalho específico da enfermagem, sentem-se incomodados. Pois devido à convivência enxergam além do sofrimento do paciente, também o do colega.

U: [...] e quem é a nossa frente? A enfermagem [...] portanto, a maioria das críticas e reclamações são para elas.. a gente fica numa posição delicada. Fica dividida porque também vê o sofrimento do paciente e do trabalhador. E o residente tem “ouvido” mais para o paciente do que para o trabalhador [...] os residentes podem levar como se tu também estivesse doente [...] por que tu às vezes, fala uma frase que as pessoas não gostam de ouvir.

Por outro lado, muitas vezes, a enfermagem se coloca em uma posição de vitimização, obtendo ganhos secundários em relação a este papel.

V: Vai sobrar para a enfermagem [...] É a enfermagem que fica [...] sobra para a enfermagem! [...] Terminamos sempre muito atingidas pelas mudanças, é no nosso que arde mais [...] eu sempre digo isso!

Em muitas situações, há uma relação de desdém por parte dos médicos, direcionada principalmente, ao serviço técnico da enfermagem, que se sente desvalorizada e desrespeitada em seu saber.

Z: Os médicos às vezes nem entram nas unidades, pedem para alcançar tudo, como se a gente fosse empregada deles.

V: Tem que respeitar a enfermagem, a gente sempre avisa [...] (dos pacientes que não estão bem), mas eles não dão bola, por isso é que as coisas acontecem (surto de agressividade).

Aparece de forma marcante a separação que existe entre os profissionais com formação em medicina e os de outras áreas. Muitas vezes esses trabalhadores sentem-se discriminados com a forma de tratamento dispensada pela instituição.

T: [...] Mas acho que somos muito discriminados por não sermos médicos. Isto deve ser pela minha briga com o médico da unidade, minha briga com o A. é pública, ele é um excelente médico - não tenho condições de lidar com ele. Ele me pegou num momento ruim e me chamou de tudo e eu também. A equipe toda quer a saída dele. Eu não vou sair a não ser por determinação da direção. Não gosto dele, tenho uma raiva muito grande dele. Tenho vontade de me avançar [...] Eu sei e as pessoas sabem que eu tenho razão, mas a direção faz vistas grossas.

As relações de poder são ações para estruturar o campo possível de ação dos outros, pois viver em sociedade é, segundo Rabinow e Dreyfus (1995) viver de modo que seja possível a alguns agirem sobre a ação dos outros.

Em relação a esta questão, Foucault (1998), em seus estudos sobre os mecanismos de disciplina, afirma que enquanto os sistemas jurídicos qualificam os sujeitos de direito, segundo normas universais, as disciplinas caracterizam, classificam, especializam; distribuem ao longo de uma escala, repartem em torno de uma norma, hierarquizam os indivíduos em relação uns aos outros, e, levando ao limite, desqualificam e invalidam.

Em relação a esse aspecto, é proclamado no discurso dos trabalhadores, a existência de uma casta, extremamente protegida pela instituição, denominada por eles, de “cartel médico”, que pode, ou que se autoriza a tudo.

U: [...] Porque aqui é um “cartel dos médicos”, com eles nada acontece. Vão me ligar para ver se estamos na unidade, para nós tem controle, mas com eles nada acontece...

T:...Aqui a classificação é primeiro os médicos, depois Deus, os anjos, etc... (risadas). Por isto eu adoro juiz, porque eles mandam nos médicos...

U:[...] Se eu fosse casada com médico o meu status seria outro aqui dentro. A gente percebe, por exemplo, que enfermeira casada com médico tem outro status.

O grupo denuncia a entrada de laboratórios na instituição, marcando o poder de uma categoria de profissionais, bem como, a proteção e o respaldo por parte da Direção.

U: Eles (médicos) querem se apropriar de tudo. Não tem mais o único médico em uma cidade. Estão fazendo reserva de mercado. Os laboratórios injetam grana, política e poder. Aqui não poderiam entrar, mas dois por três têm gente de laboratório. As parcerias estão voltando a toda e a governadora aceitando!

Y: Existe uma proteção muito grande em relação a eles. O A. (Médico) ameaçou o S. de processo!

P: Mas porque os médicos conseguem ter uma liga de grupo?

MO: Porque eles é que tem o poder, dão alta e baixa. Eles que dão dinheiro através dos laboratórios. É isso, falei [...].

Surge a fantasia de que o hospital ficaria melhor sem os médicos, como se os problemas pudessem ser resolvidos magicamente dessa forma, reproduzindo assim a lógica excludente da instituição.

P: Vocês falaram em Cartel dos médicos, status [...] mas e se não tivessem os médicos?

T: No hospital? Ah, seria bem melhor. Eu entendo que eles têm uma hegemonia entre eles [...] se a briga fosse entre eu e qualquer funcionário que não fosse médico, já teriam tomado providências [...]

T: Os erros ficam encobertos entre eles [...] Se não tivesse médico seria um alívio, se eles pudessem prescrever por telefone seria ótimo [...] (risos)

Por outro lado, existe uma idealização sobre a figura dos médicos, endossada pelos próprios trabalhadores.

T: Eles se protegem muito e ainda tem o status de esposa de médico aqui dentro – a gente também têm isso e aguça esse tipo de coisa. Eu falei em uma reunião que o grupo ficaria melhor se o médico

participasse, mas daí me dei conta, de que a gente mesmo pode falar sobre medicação. A gente vê coisas absurdas, erros de diagnóstico, de medicação.

Y: Isso porque só eles eram detentores do saber. Eu não tenho isso, já fui casada com médico e vi tanta “cagada”! Não acho que sejam tão detentores assim.

O uso de jargões técnicos acaba afastando e dissociando também a equipe.

T: [...] Uma coisa que me irrita é quando eles falam em termos técnicos que a gente não entende [...] Nas reuniões me irritam, vamos falar a língua que todo mundo entende, pô!

Fica marcado o poder dos médicos e o receio de que os trabalhadores têm de contrariar seus posicionamentos.

V: Posso falar o que eu acho, mas falo baixo [...] (risadas) Ele é o médico [...] Aqui é o médico e pronto. Às vezes tá se vendo que não era aquilo, se cometem erros [...] tem paciente que só tem válvula na cabeça, não tem nada psíquico [...] essa parte não se pode nem falar.

Y: [...] as pessoas ficam cuidando umas às outras, mas os médicos não têm hora para chegar.

Percebe-se a precariedade dos vínculos relacionais, onde os conflitos transcendem a questão profissional e invadem o plano pessoal.

T: Ele (colega) me provoca, às vezes tenho vontade de tocar o carro por cima dele. Já disse que não posso nem olhar para ele. Agora estou tentando me reeducar (na terapia) para conviver com ele. [...] As pessoas aqui ficam amargas, preocupadas com a vida dos outros.
X: Conviver com o ser humano é difícil.

U: [...] isso aqui nunca vai funcionar 100% porque os problemas pessoais interferem [...].

T: [...] Eu não gosto dela (colega) e sei que ela também não gosta de mim, a gente não pode nem se cruzar aqui.

É evidenciado o desrespeito nas relações, onde as críticas são feitas sem o cuidado devido, na frente de quem estiver presente nas unidades.

X: Uma coisa que eu acho absurdo é xingar na frente dos outros. Eu não suporto [...].

Y: E a gente ser agredida de graça, como acontece aqui [...].

A inveja é outra questão citada pelos trabalhadores, no sentido de dificultar, em muito, o convívio com os colegas; além da própria realização do trabalho, que por si só já é complicada.

Y: Isso é inveja e “mau-caratismo”, este é o nosso dia-a-dia. Inveja do que “sobrou” na minha casa [...] A J. ficou apavorada, eu falando no telefone com a manutenção, e a enfermeira falando comigo e me maltratando. Isso tudo para a sala ficar melhor, tudo para o bem comum. Só que entra a inveja porque alguém fez, e o mau-humor.

T: Ela tem inveja não é da tinta (que a colega trouxe para a unidade), mas da vida que tu tem.

Y: Aqui é a mesma coisa com a colega (enfermeira). É contínuo, ela podendo pisar, ela pisa. Se não bastasse a nossa rotina que já é difícil.

Por outro lado, há uma conscientização de que os conflitos poderiam ser solucionados de uma forma diferente, assumindo um caráter mais profissional.

Y: [...] Comprei briga com a pessoa [...] Se fosse hoje eu abriria uma sindicância porque daí não pessoaliza. A idiota aqui cheia de idealismo, mas só que na época a direção dava apoio, era justa a coisa. [...] Já tive enfrentamentos, depois ela (colega) me deixou um pouco. Hoje ela não diz diretamente, fala pelas beiradas. Eu já quis ir embora da unidade, eu chorava de raiva [...].

Além da onipotência evidenciada nos vínculos frágeis, surge a sensação de sentirem-se usados e retaliados nas diversas relações de trabalho. Demonstrando que a violência e a degradação ocorrem em cascata na instituição.

Y: [...] ela (colega) te olha por cima como se tu fosse a pulga do “cocô” do cachorro do bandido. Ela saiu falando mal de mim, da B., coitada dela (B. seu desafeto).[...] Ela só foi legal porque precisava da J., ela sai falando mal de todo mundo [...].

T: Além de todo o sofrimento que a gente tem com os pacientes, tem isso!

Y: Me incomoda quando ela (colega) maltrata as pessoas que gostam de mim [...].

No que se refere ao manejo com os pacientes há muita cobrança por parte dos residentes, em relação aos trabalhadores, que se sentem desprestigiados ou não compreendidos por estes.

T: Eles (os residentes) acham que nós somos os torturadores, o lado bom que a gente faz aqui não é valorizado. Isso eles não enxergam [...].

Mesmo algumas atitudes tomadas pelo bem-estar do grande grupo podem ser interpretadas de forma pejorativa pelos colegas.

X: Sabe que eu pintava as janelas da unidade no final de semana. Eu mesmo trazia as tintas, o material e pintava. Era para ficar mais bonito para todos. Daí os colegas ficavam pegando no meu pé, dizendo que eu era um puxa-saco. Fiz para o ambiente ficar mais agradável, são coisinhas que tu faz.

Y: A gente acaba se incomodando porque quer melhorar [...].

No entanto, há um forte desejo sinalizado no grupo, no sentido de que as relações sejam diferentes, permeadas por mais respeito entre as pessoas.

T: [...] eu queria respeito. Mas se ela não se respeita, como ela vai me respeitar [...].

Y: Por que eu também dei suporte num momento difícil da vida dela (colega), o mínimo que eu queria era respeito.

T: Ah, mas as pessoas não respeitam [...].

X: Já teve bons momentos [...].

Ocorrem, porém, situações de trabalho nas quais os indivíduos sofrem pressões para abandonar seu sentido ético, quebrando relações de confiança, que podem levar a formar estratégias defensivas que se tornem eficazes na atenuação da consciência moral.

Dejours (1999) entende que, para que os trabalhadores possam criar relações de confiança uns com os outros, é necessário conhecer as regras às quais se submetem, as regras que respeitam e os acordos entre as palavras e os atos.

No discurso dos trabalhadores aparece a quebra de confiança ao perceberem condutas inadequadas de alguns colegas, como descrevem as falas abaixo:

U: Por outro lado, tem uma coisa triste. Às vezes a gente doa e não chega para os pacientes. Uma vez mexeram nas minhas coisas e levaram uma jaqueta.

T: Me acredita que uma vez levaram um sapato que eu trouxe para cá para fazer uma visita. Fui pegar e não estava mais.

U: Tem uma colega a “fulana” que roubou coisas da unidade, [...] falei com a funcionária e ela disse que não dava nada. Ela levava sabonete, desodorante. Aqui se faz de coitada e a chefia não faz nada.

U: Eu mesma já comprei camisetas para os pacientes e nunca vi em ninguém.

X: A colega [...] emprestou um sapato bem caro, deixou ele ali (na unidade) e tinham roubado.

Assim o descrédito em relação à punição acaba por estimular comportamentos não éticos, evidenciando um círculo vicioso.

U: Eu peguei a “fulana” roubando mesmo. Era secretária das duas unidades. Eu ganhava R\$500,00 para compras (dos pacientes). Um dia controlei no almoxarifado e disse para ela: Não tá aqui. Tava escondido na roupa dela, eu vi. Perguntei para ela o que fazer? E ela disse: Faz o que tu quiser, não dá nada. Falei com a chefia que não levou adiante. Aqui o lema é deixa roubar, deixa levar.

X: Se tu soubesse, a casa dela (da colega)! [...] ela não é coitadinha, não. Os pacientes sim passam necessidade. Quem têm sobrando, traz.

Z: Tirar de quem não têm, como pode né?! [...].

V: [...] o médico vem correndo na unidade e vai embora, vai para o seu consultório particular e muitas vezes leva coisas daqui (medicamentos).

T: Ou o inverso, trazem coisas para trabalhar de fora para cá.

Por outro lado, há também prazer nos vínculos genuínos que se formam no trabalho.

U: A nossa equipe é boa, a interação é legal. É bom vir para cá atender, e também é prazeroso encontrar os colegas, nós saímos juntos.

V: A nossa equipe é muito unida, isso ajuda muito. Mas eu também agradeço a Deus por ter onde trabalhar.

Z: A nossa também é unida, nos encontramos fora do hospital, na ala masculina 90% do pessoal é legal.

Existe prazer na constatação de modificações comportamentais dos colegas que viabilizem melhorias nas relações de trabalho. Há igualmente prazer quando os trabalhadores sentem-se pertencendo à equipe.

T: O A. (colega) estava aqui como um verdadeiro membro da equipe, parecia a pessoa que eu conheci quando eu entrei aqui. Ele se portou bem, conversando comigo e com elas. Será que ele vai voltar a ser o que era?! Tive uma sensação muito boa, voltando a ver ele

se portar como um membro da equipe, a gente se sente pertencendo a uma coisa só.

Ocorrem, em alguns momentos, indícios de uma mobilização coletiva do grupo, por melhores condições de trabalho e também por um maior suporte institucional em situações complexas.

U: Primeiro a gente tenta se respaldar entre a gente (unidade), a nossa equipe não tem atrito com os médicos; num segundo momento a divisão é por classe, mas a minha área é enfraquecida junto à Direção, se acontecer algo mais sério, recorrem ao sindicato.

V: A enfermagem fica muito sem respaldo no final de semana. Uma vez a gente pressionou a associação para nos ajudar [...].

T: [...] mas se nós nos uníssemos como funcionários conseguiríamos mais coisas aqui dentro. Eu não posso pensar só em mim (como trabalhadora), pressionando a Direção eles se mexeriam muito mais.

Este início de mobilização também pôde ser evidenciado em assuntos referentes às perdas salariais.

Z: A gente tá fazendo pressão (para receber o aumento de 8% relativo ao governo Brito junto à SES). Nós ainda não recebemos. Inclusive colegas que entraram antes (com o processo) já receberam...

V: [...] A polícia já está em greve e daqui a pouco terá de ser a saúde também.

O grupo demonstra e sinaliza desejo por mudanças referentes a outras questões, além da financeira.

V: A gente tem que ter esperanças, alguma coisa vai ter que mudar, uma hora tem que mudar, do jeito que está não dá [...].

X: É, na realidade a mudança não é só sobre o salário, a gente quer mais [...] Alguma coisa vai ter que mudar, mas não necessariamente nosso salário. Tinha que haver mais atenção aos funcionários e aos pacientes.

V: [...] Às vezes os pacientes ameaçam a gente que vão contar para os médicos, para a direção e mentem (sobre situações com os trabalhadores). Às vezes dá vontade de escrever, fazer algo bem grande e mandar para a “Zero Hora”! (jornal).

Nardi (2006) utiliza o termo “individualismo solitário” para definir os trabalhadores fechados em si mesmos, avessos a práticas associativas e, em tudo e por tudo, indulgentes com as referências éticas quando o que está em jogo é o seu lugar no jogo feroz da competição. Sendo a temporalidade da sobrevivência, no dia após dia, a responsável por definir o seu discurso moral.

Tal questão fica pontuada pelos comentários do grupo que deseja a construção de um muro ainda maior que separe as unidades de forma mais radical, em oposição ao grande muro já derrubado com a reforma psiquiátrica.

O argumento dos trabalhadores apresentado à direção é de que dessa forma haveria menos contato físico entre os pacientes. No entanto, assim também se estabelece uma barreira física ainda mais forte no sentido de dificultar a comunicação entre os colegas, exacerbando o individualismo.

Tal desejo é contrário ao discurso da direção, que manifestou interesse, inclusive, de abrir uma porta para facilitar o acesso entre as unidades. A questão trouxe muitas indagações no grupo, no sentido de refletirem sobre as verdadeiras intenções dos gestores por trás desta solicitação, marcando a desconfiança que, claramente permeia as relações de trabalho.

V: [...] tem inclusive uma porta que será aberta para facilitar o acesso dos trabalhadores.

S: Essa porta dá pano para manga [...] eu sou contra porque vai dar muito bebê (sexo entre os pacientes das unidades).

Y: É este acesso não é só para os trabalhadores [...].

U: Sabe que eu fico pensando, até agora não sei por que querem unir as unidades (feminina e masculina), ninguém nos perguntou nada, nem chamou para conversar, não sei o que estão querendo por trás [...].

A questão do individualismo associado à desesperança e a forma pela qual o trabalho está organizado acaba por enfraquecer a força do grupo, desmobilizando e despotencializando possíveis conquistas para os trabalhadores.

Nardi (2006) aponta para um individualismo social que se sobrepõe à solidariedade. Trata-se de um individualismo solitário, que vem permeando a sociedade de um modo difuso, que assume expressões especiais no mundo do trabalho. Conforme marca a fala a seguir.

Y: [...] Não adianta tu lutar [...] a gente fica de bode (expiatório) [...] não melhora nada, ninguém ajuda. A gente viu que não vai melhorar mesmo.

E: É, não vai ter muita melhora [...].

A frustração acaba por conduzir ainda mais as relações para o âmbito individual.

Y: Eu desisti [...] Tu querer unir é utopia. Quando tu bota muita energia, tu bota afeto [...].

T: [...] Tu investe afeto e depois se decepçiona. Tu tenta melhorar, mas a coisa morre [...] agora faço só o meu trabalho [...].

X: [...] a falta de união entre as categorias então [...] é bem diferente dos médicos [...] Eu acho que é falta de motivação [...] agora só quero fazer o arroz com feijão bem temperadinhos, não me importo mais muito com o resto.

Algumas vezes, no entanto, os trabalhadores se eximem de algumas responsabilidades, colocando o poder de articulação do coletivo fora dele, como se apenas a direção fosse responsável por facilitar essa questão.

V: Só que não interessa para eles (direção) a articulação do grupo [...]

A desesperança também é resultado de uma série de tentativas frustradas de tentar fazer diferente, ou de moralizar o trabalho.

Z: [...] Quando eu via uma situação ruim, de início eu procurava as pessoas que poderiam fazer algo, mas elas também são coniventes. Eu já vi gente batendo com chaveiro nos pacientes, coisas perversas. Se tu vai peitar, tem que ter provas. Daí tu vai lá e fala com o funcionário e ele diz que estava só brincando, tu abre processo e só te rala porque ninguém se compromete. Porque nessa hora, ninguém viu. Situações que vão te incomodando, pessoas fora da atuação profissional respondem como coordenadores, mas não poderiam estar ali. Mas a pessoa fica porque tem costas quentes, as pessoas são bem protegidas. Tu houve comentários: “como é que pode estar lá aquela pessoa?” Mas ela continua. Não há mudanças. Sou um grão de areia que não posso mudar a praia do rei.

Percebe-se o desconforto entre os próprios trabalhadores quanto à utilização e participação efetiva nos espaços já instituídos, dentre eles, a Associação de Funcionários.

U: A Associação pega mais auxiliares administrativos, tem um certo preconceito porque tem mais trabalhadores de nível médio para baixo.

Z: Eu já fui a uma festa, mas é só.

A falta de comprometimento de alguns colegas pode levar outros trabalhadores a sentirem-se no limiar do que é possível fazer, e por sentirem-se

sobrecarregados, também se descomprometerem, marcando mais um funcionamento vicioso.

V: Um colega me disse que a gente tem que sair mais descansado quando sai do que quando entra (sinalizando que havia dormido a noite toda no trabalho).

V: E tudo é a maneira de falar. Hoje de manhã duas pacientes vieram dizer que não tomaram a medicação antes do café. Daí fui conferir, e acabei dando a medicação, mas deveria ter sido o pessoal da noite, mas não deram, daí a gente dá. Isso nos deixa às vezes no fio da navalha [...]

6.3.2.1.2.3 Com os superiores

A dinâmica das relações entre trabalhadores e chefias, coordenadores e gestores geralmente é truncada e insatisfatória. Existem diversos níveis hierárquicos dentro da instituição. No entanto, todos possuem, na prática, pouca ou nenhuma autonomia.

Os superiores esperam determinado desempenho dos trabalhadores, sem conhecer os serviços e sem que esses saibam quais serão os desdobramentos e intercorrências do seu esforço na rotina de trabalho.

Z: Nem sei se eles sabem o que a gente faz aqui [...] Eu sei que falam que a minha unidade é difícil [...].

Z: Não precisamos ser perfeitos, mas não sabemos qual a expectativa que a Direção tem da gente, o que eles esperam de nós [...].

O desconhecimento do trabalho realizado nas unidades pela coordenação dos serviços é percebido como uma forma de desqualificação dos trabalhadores, que é um efeito cascata, iniciado pelos diretores, mas que atinge todos os níveis.

Y: [...] O trabalho que a gente faz é menosprezado (pela coordenação da área). O que tem bastante valor é a parte ambulatorial. Eles acham que não tratamos bem os pacientes, sem conhecer. A colega B. não agüentou duas semanas em unidade.

T: Eu acho que a minha coordenação nunca entrou na minha unidade. Quando teve o problema com o R. (colega) ela me ligou porque ela já tinha tido problema com ele. Ela não vem porque tem medo do trabalho com agudos.

V: [...] Como o diretor não passa para conhecer a unidade, eles não sabem direito o que se passa, e o que a gente passa [...] Imagina que eu conheci por acaso a chefia de enfermagem!

A restrita comunicação existente entre trabalhadores e direção fica evidente. Dessa forma não se tem esclarecido que planejamento deve ser feito nas unidades, quais políticas adotar. Como consequência há muita desconfiança de qualquer solicitação vinda dos gestores.

U: A direção vem para dizer que tem que se integrar com a colega do lado [...] a gente se pergunta qual é a estratégia? diz que tem que fazer [...] não é assim [...] tem que ter um plano, ou é para resolver o problema do psiquiatra safado [...].

Por haver muitos níveis hierárquicos na instituição que não se comunicam, há uma potencialização da dinâmica de conflitos. Ocorre que as dificuldades relacionais, muitas vezes, se estabelecem com apenas um desses níveis, o que já é o suficiente para gerar graves desentendimentos.

T: Eu não tenho sentimento de medo com relação às chefias e pacientes. Eu tenho rixa com a minha coordenação, pois sou criticada. Se tiverem que chamar a minha atenção, que seja a direção e não a coordenação [...]

T: Eu tenho uma relação com a subchefia bem legal [...] mas agora ela (coordenação) é do mal, ruim, perversa. A outra (colega) é fantoche. Eu já disse isso para ela.

Y: Já eu tenho uma relação boa, cordial. De vez em quando aparece. Mas ela viaja na maionese.

T: A minha é ruim, colhe aqui, larga lá [...] não mostra os dentes. Só vou às reuniões quando sou convocada.

Em função desse jogo relacional complexo, muitas solicitações dos trabalhadores não são atendidas, dentre elas, a de troca de horários. O que termina por desmobilizar, também, pessoas de outras áreas.

X: Eu pedi para que duas enfermeiras da unidade pudessem folgar no Natal [...] elas abraçam o trabalho, elas mereceriam, mas a chefe da enfermagem do hospital negou isso a elas. Ela não raciocina, tu trabalha legal e a colega não, mas ela castiga as duas, daí tu te torna igual a ela.

Em determinadas situações por não haver acordo possível, ocorre a desmotivação dos trabalhadores em um nível tão elevado, que chega a culminar com o pedido de solicitação de saída da unidade ou da própria instituição, reduzindo o quadro de pessoal, tornando ainda mais caótica a situação.

U: A chefe da enfermagem tem “cocô” na cabeça [...] prefere perder uma funcionária a atender a um pedido de troca de turno [...] a colega pediu até transferência.

A falta de protagonismo dos trabalhadores é apontada, como no exemplo abaixo, onde fica evidenciada a pouca autonomia da equipe que gostaria de eleger sua própria chefia de forma democrática. São evidenciadas, assim, formas de um autoritarismo histórico instituído, presente ainda hoje no HPSP.

V: [...] A gente quis eleger a enfermeira chefe, mas não deixaram. É a direção que escolhe e a gente tem que engolir.

A dificuldade em lidar com os colegas e superiores é apontada como muito maior do que a enfrentada com os pacientes das unidades.

Z: É brabo ter uma coordenação assim, extremamente amarga. Isto é tão esquizofrênico quanto os pacientes [...] (risadas).

Y: [...] As pessoas não vêem o que têm, elas ficam só falando do que não tem (pessoas que não valorizam o esforço de alguns colegas).

Esta questão é tão nevrálgica na rotina dos trabalhadores, que o grupo verbaliza preferir alguém com menos saber técnico, mas com maior facilidade de convivência.

Y: A gente prefere menor conhecimento técnico, mas com bom-humor [...] nós tivemos uma residente enfermeira uma vez, com muito conhecimento, mas com um humor péssimo, era horrível, contagiava todos.

Z: [...] às vezes tu investe em colega e te “quebra” também. Mas na vida amorosa a gente também vive se decepcionando [...].

Aparece, no discurso dos trabalhadores, a lógica da não mudança e da perpetuação da acomodação. Essa dinâmica é balizada e endossada, inclusive, por parte da direção.

V: Aqui o pessoal da cúpula não tem interesse que a coisa mude porque eles vão perder a “boquinha” deles [...].

Em relação às mudanças internas, quando há elevação do “*status* informal” entre os colegas, estas são geralmente acrescidas de onipotência. O que gera insatisfação no grupo pelo fato da questão fomentar ainda mais o distanciamento relacional.

U: A gente passa a conhecer as pessoas quando elas ganham poder, daí a gente fica sabendo realmente como ela é [...]. A “fulana” ficou que é um nojo, toda metida, mas ela esquece que amanhã ou depois ela vai ser como qualquer um de nós.

Nestas situações, espera-se muitas vezes que a redenção do colega ocorra via doença ou sofrimento.

U: A fala da “W” (coordenadora) é muito amarga. E ela teve câncer hein! O objetivo dela no grupo é aprender como funcionam as outras unidades (caráter delator). Ela não aprendeu nada com a doença!

U: Para algumas pessoas nem um câncer básico funciona (referência à coordenadora de serviço).

Y: É impressionante como às vezes, o sofrimento humaniza.

T: Quando eu briguei com ele (colega), eu também não estava em um bom momento, talvez agora ele esteja aprendendo, se humanizando [...]

O coletivo aponta para a falta de apoio e respaldo da direção em relação aos erros e denúncias realizados pelos trabalhadores. O que faz com que se sintam sozinhos, sem a contrapartida do reconhecimento do seu esforço para que as unidades continuem funcionando.

T: [...] nada é feito com as coisas graves que acontecem, ficamos sozinhas. A gente faz das “tripas coração” para a unidade funcionar porque não tem respaldo.

X: O problema é a falta de interesse dos gestores [...] eles deveriam se incomodar, mas é uma “acomodação incomodada”!

Os memorandos são feitos em diversas vias como forma de proteção aos próprios trabalhadores, para garantia de que, as suas solicitações e denúncias foram encaminhadas.

Y: [...] a gente faz memorando em no mínimo duas vias, mas a gente tá cansado de fazer memorando.

X: Isso é para a gente se proteger, se tu pede formalmente e não vem resposta [...] a coisa é com eles [...] de boas intenções o inferno tá cheio.

A falta de atitude da Direção quanto ao encaminhamento das denúncias também é pontuada pelo grupo.

T: [...] Eles (direção) sabem com qual funcionário podem contar, mas não tomam atitude com quem não faz [...].

T: Eu também não sou fácil [...] eu sou implicante, mas a prova disto é que mesmo a gente falando, encaminhando, a Direção não faz nada!

O grupo sinaliza o mau uso que é feito, na instituição, de um instrumento criado pela Secretaria da Saúde, para avaliação e reconhecimento dos trabalhadores.

U: A forma como é feita a Avaliação de desempenho [...] o funcionário não participa [...] eu quero um feedback de como a chefia está me vendo, para poder melhorar, tu nem sabe o que está ali. Às vezes fica na gaveta e não são entregues. Eu vi uma minha, com data antiga que não foi (Avaliação de desempenho). Talvez seja simbólico, porque na realidade não há acréscimo financeiro nenhum, faz anos que está tudo parado (promoções) [...].

6.3.2.2 Sofrimento e Prazer

A dinâmica do sofrimento-prazer é estrutural na Psicodinâmica do trabalho, pois é reveladora de um jogo de negociações possíveis entre o sujeito e a realidade, onde se estabelecem às condições para vivenciar ora sofrimento, ora prazer. Estes dois eixos são essenciais por serem fatores centrais para a compreensão da saúde e da emancipação do trabalhador.

Seligmann-Silva (2007) afirma que no sofrimento mental relacionado ao trabalho e em suas expressões mórbidas, é a subjetividade do indivíduo que é atingida. A subjetividade é, portanto, construída ao longo das experiências sociais da existência de cada ser humano.

Em relação ao sofrimento Dejours (1999, p.32) entende que:

Se o sofrimento é reconhecido como engenhosidade, a pessoa pode repatriá-lo para o registro da construção de sua identidade; se os esforços e contribuições individuais não são reconhecidos pelos outros, o sofrimento é experimentado como absurdo, torna-se sem sentido porque não pôde ser transformado, não pôde ser subvertido. Nesta situação, o sujeito é condenado à repetição, à crise de identidade e à doença.

Dejours (1994) afirma que o sofrimento instala-se quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho for bloqueada e não for mais possível rearranjos. Assim, a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão.

Ocorre que no hospital o sofrimento é banalizado, em todas as direções, de forma a ser aceito pelos trabalhadores como inerente à sua própria atividade no campo da saúde mental. O que acarreta uma postura mais passiva diante da possibilidade de mudança em relação ao seu sofrimento, ao dos colegas e dos pacientes.

Percebe-se que o sofrimento está muito presente no cotidiano de trabalho e, também, na história da instituição.

V: [...] às vezes a gente sai tonta daqui. Quando fogem (pacientes) sobra para todo mundo, e isto ocorre normalmente. Às vezes elas brigam entre elas.

V: Às vezes eu xingo todo mundo, eu viajo..meus filhos acham horrível (o trabalho) [...].

X: [...] quando a gente sai daqui quer um vento no rosto [...] imagina no lugar do paciente [...].

Os trabalhadores apontam diversos atravessamentos no trabalho, que se tem que engolir e que os fazem sofrer.

U: Sabe que eu acho que é mais fácil não enxergarem uma doença clínica, a parte psiquiátrica é mais difícil enrolar [...] Acontece que às vezes têm ordem judicial para internar e o médico não pode dizer que não [...] também têm o ato médico e tem coisas que a gente tem que engolir.

Surgem em diversos níveis o preconceito e a segregação em relação à instituição, atingindo não apenas os pacientes, mas também os próprios trabalhadores.

V: Na enfermagem quando a gente diz onde trabalha – que é no Hospital São Pedro, eles te olham atravessado. E não é só em lojas que acontece, também quando a gente precisa levar os pacientes no Pronto Socorro, em consultas médicas.

V: O preconceito está por tudo, no branco, no negro, existe preconceito em qualquer lugar até com os médicos. Quem é médico do Moinhos é tratado de um jeito, quem trabalha no Vila Nova, já não é muito valorizado. Fui casada com o fulano (médico), mas nunca usei isso [...] trabalhava na Santa Casa.

Existe discriminação também entre os colegas, em relação aos trabalhadores provenientes de outras instituições. Que acabam marcados, como se fossem menos competentes ou esforçados do que aqueles que já estavam lotados no HPSP.

U: Quando eu vim de outro município para cá a Q.- uma paixão de pessoa - era uma chefia que acolhia, escutava. Escorraçaram com ela daqui. Nos fizeram carregar coisas. Eu e a Q. chegamos a carregar colchões mijados - os caras te colocavam abaixo do cú do cachorro. Foi muito difícil.

T: O pessoal de outro lugar quando chega é muito discriminado. As pessoas acham que são os que não prestam, daí já vem com este peso.

Os engates no trabalho, ou as situações mais difíceis de lidar surgem, em sua maioria, quando os pacientes são crianças, ou quando, por outro lado, possuem um histórico de agressão a elas.

S: [...] cheguei na unidade infantil e não me adaptei. Eu queria ser carinhosa, mas “apanhei” muito porque eu não sei gritar com ninguém e os colegas gritavam com os pacientes [...].

Y: Eu engato quando o paciente tem história de agressão sexual à criança. A gente fica muito mal.

Mas também são relatadas situações difíceis, enfrentadas com os pacientes adultos.

S: Sabe que eu sempre trazia uma coisa para ela (paciente), um presentinho. Mas daí eu parei de dar e disse para ela que não iria trazer mais nada porque ela tinha batido em um colega, que teve até que tirar licença. Eu falei para ela: se eu te der tenho que dar para todos. E daí me deu um aperto quando ela me respondeu: este é o natal mais triste da minha vida por causa da tua indiferença!

A agressão por parte dos pacientes é uma incógnita na rotina das unidades e deixa os trabalhadores sempre de sobressalto.

V: A gente têm que trabalhar, fazer o quê [...] mas o que que eu vou fazer se a paciente agredir? Eu chamo a polícia, mas até lá o paciente já te matou [...] É muito raro agredirem técnicos, eles agredem mais os auxiliares.

S: E final de semana é pior, têm pouca gente. Não podemos chamar o médico primeiro, mas sim o enfermeiro que olha e analisa, se for o caso ele é que chama o médico [...] Eu já fui agredida.

U: Já levantaram uma cadeira para me agredir, mas consegui evitar.

Z: Me falaram uma vez “tenho vontade de dar na tua cara”, mas eu sinto que alguns pacientes nos protegem.

O medo da perda de controle por parte dos trabalhadores é sinalizado como algo quase incontrolável e que depende também dos limites que deveriam ser dados pela equipe e Direção.

V: Às vezes ela (paciente) me tira tanto do sério, que eu tenho vontade de bater. De vez em quando a gente dá um grito. Ela é uma das piores, porque é muito estressante chorando o tempo todo. Mas tem médico que alimenta isto, não dá limites para ela. Deixam fazer tudo o que quer, ela vai, inclusive, na sala dos diretores falar mal dos funcionários.

Falar sobre a perda de controle e a morte foi algo bastante difícil para o grupo, sendo evitada ao máximo, aparecendo apenas no final dos encontros.

U: Para mim morte é chocante. Até onde a gente está preparada [...] em hospital geral é mais fácil. Em hospital psiquiátrico morreu, morreu.

A morte apesar de não ser muito frequente na rotina das unidades é uma grande preocupação para a equipe. Pois quando ocorre, surge a necessidade de acalmar os outros pacientes, e muitas vezes os próprios colegas.

V: Quando o paciente passa mal é complicado. Teve uma vez que um paciente teve três paradas. Conseguimos fazer voltar, mas acabou falecendo.

Z: Daí tem que acalmar os outros funcionários.

S: Acho que aqui é mais difícil porque os outros pacientes ficam muito agitados. A gente acaba medicando a maioria quando ocorre morte.

Ter que lidar com os familiares em caso de morte também causa sofrimento, gerando cobrança e explicações.

S: É muito difícil, e quando ocorre falecimento é pior, a família dos pacientes vêm em cima [...].

Além disso, é necessário responder formalmente à direção do hospital, o que corrobora a questão do peso da cobrança.

Z: Quando entra uma questão clínica é mais fácil - com suicídio bate sentimento de incompetência, são muitas implicações. A gente responde à direção, legalmente.

S: O funcionário "P" vai responder processo [...] (pela morte de um paciente)

U: Além de ter que lidar com a morte dentro de ti, de ter que elaborar a morte, a gente fica preocupada, pensando no que pode ter como consequência (legal).

Em relação à morte, surge além do despreparo em lidar com tais situações, a própria culpa dos trabalhadores. Por talvez não terem percebido os sinais dos pacientes, ou simplesmente, por não terem o que fazer.

Z: Mas a morte em moradia é pior. Mas o pior mesmo ainda é suicídio na unidade. Nossa, mexe com a culpa da gente [...] Como se trabalha com a família??

A morte de colegas de trabalho também abala a equipe.

S: Uma vez faleceu um médico (na unidade) - tem que lidar com tudo isto e com os pacientes. O dia em que o velhinho morreu foi muito estressante. A morte é coisa certa, mas ninguém se acostuma com ela.

No trabalho, além da morte real aparece a morte simbólica, vivenciada através de vários processos de separação. Evidenciados nas saídas dos colegas, nos terminos dos estágios e das residências.

V: Eu não gosto da coisa que muda muito, como os residentes que vêm fazer uma coisa, daí quando a gente tá se acostumando, vem outro e quer fazer outra coisa...

Z: Seria interessante (a continuação da pesquisa), mas o que ocorre é que não gostaríamos de muito rodízio quanto à coordenação, como os estagiários ou residentes que ficam um tempo e vão embora, mas que fosse um tempo mais longo, tipo uns dois anos.

Fica manifesto no grupo, o estabelecimento de um jogo perverso dos trabalhadores para com os pacientes, que parece ser um repasse da violência que acontece com eles próprios dentro da instituição.

Esse jogo é percebido por alguns trabalhadores, que sofrem por não saberem o que fazer diante de tais situações, pois não se sentem respaldados a tomar providências administrativas.

X: A gente trabalha triste. Lembra do M.? Fazia coisas para me provocar. Por favor, não posso nem me lembrar. Quando lembro me dá raiva. Nem te dá ânimo para trabalhar. Ele comia os chocolates dos próprios pacientes na frente deles e não dava nenhum pedaço para eles. Quando ele saiu daqui a equipe melhorou.

U: Se tu não tem prova fica difícil de falar. Eu vi um auxiliar dando tapa na cara do paciente, fazia brincadeira de botar cigarro aceso na boca dos pacientes. A psicóloga do serviço de psicologia para o trabalhador, na época que tinha, disse que a pessoa não tinha problemas. Daí este funcionário vai para o rodízio, cada um fica com a batata quente um pouquinho...

V: Teve uma funcionária que no Natal deixou os pacientes sozinhos e foi para uma festa de outra unidade e não foi feito nada, em função da falta de pessoal.

O HPSP é fortemente marcado por um passado perverso para com os pacientes, que se instituiu pelo uso indiscriminado de mecanismos de controle, tais

como, castigos, correntes, eletroconvulsoterapia (ECT), dentre outros. No entanto, tais questões não passam despercebidas na fala dos trabalhadores.

T: Ah, o ECT a gente não falou [...] quando entrei no hospital eu imaginava que não tinha anestesia para fazer (ECT). Dizem que a irmã “Fulana” fazia abortos nas pacientes aplicando ECT, na época que havia 5.000 pacientes. É o que dizem [...] falam também que quando não abortavam, as suas crianças eram entregues na roda dos excluídos da Santa Casa.

Y: Dizem que nas mulheres que transavam, a irmã dava eletrochoque na vagina. O castigo era banho frio ou ECT [...].

T: A gente sabe que muitas das crianças que conseguiram nascer aqui, foram para a roda dos excluídos. Eu lembro da paciente M. que andava com as bonecas, esta eu sei que lhe tiraram o bebê.

Aparece o desejo de retaliação do grupo em defesa dos pacientes.

T: Agora imagina antes, quando não era feita a anestesia [...] mas ainda fico a fim de dar ECT na vagina da irmã [...] (risos).

X: Primeiro tinha que dar um “gato bem sarado” para a irmã e depois que ela gostasse da “coisa”, daí dar o choque [...] (risos).

Os trabalhadores ficam, ainda, chocados com procedimentos como a eletroconvulsoterapia realizada ainda hoje em alguns pacientes e que geram muitas lembranças negativas.

X: Mas o 1º ECT que a gente assiste a gente nunca esquece. É muito chocante [...]

T: Botam pano na boca [...]

X: Eles dão hipnóticos, eles se retorcem, reviram os olhos. São várias sessões, depois eles dormem e quando acordam não lembram de nada. Achei horrível.

No entanto, há divergências de opiniões no grupo quanto à eficácia do ECT.

Y: [...] Tinha uma menina uma vez na unidade muito regressiva – comia rato e cocô [...] ficava contida para proteção dela mesma. Gritava o tempo todo. Daí o médico resolveu fazer ECT, eles fazem vários exames antes, eletro [...] assisti e a convulsão dela foi bem pequena [...] deu certo, eu nunca mais vi a paciente internar.

Os trabalhadores falam de um sofrimento no trabalho que só é experimentado por quem vê, no sentido de se ter consciência dele, em uma metáfora ao ECT.

X: Realmente parece uma forma muito bruta, se fosse algum familiar, um filho meu eu não sei se deixaria fazer.

Y: O sofrimento é de quem olha, porque eles não lembram depois. A não-consciência do sofrimento, só sofre quem vê [...]

U: [...] Quanto ao sofrimento, a gente não vê só o do paciente. Vi uma residente que se desorganizou, a idéia dela era uma e quase surtou porque viu que na prática não era assim, que a rede não dá conta e começou a acreditar no hospital.

Por todas essas questões sinalizadas, o momento de saída do trabalho é marcado pelo forte desejo de se retirar logo da instituição.

V: É, realmente se tu não tiver muita vontade de trabalhar, tu não vem, porque motivo não falta. Quando chega o horário de ir embora quero sair logo, no outro dia volto, mas naquela hora o que eu mais quero é sair.

Mesmo assim, desligar-se do trabalho também é tarefa difícil para muitos trabalhadores.

V: Eu não consigo relaxar, outro dia eu estava de folga e estava pensando no trabalho.

Z: Sabe que eu estou me dando conta, nessa semana estou acordando uma hora antes do que preciso. Acordo às cinco e levanto às seis, neste tempo que fico acordada estou pensando no trabalho, estou trabalhando uma hora a mais [...].

6.3.2.2.1 Perseguição ou “paranóia”?

A questão da desconfiança em relação à perseguição e/ou paranóia apareceu de forma bastante significativa em praticamente todos os encontros, onde de uma forma ou outra, sempre surgiam situações que transitavam entre a realidade particular da instituição e as fantasias do grupo. Numa mescla, muitas vezes, difícil de diferenciar.

Quanto a essa questão, Selligmann (2007, p.71) afirma que:

O medo, permeando as relações interpessoais, abre espaço para a desconfiança que vai impregnar a sociabilidade fora e dentro dos ambientes de trabalho, rompendo ou impedindo laços interpessoais, produzindo isolamento entre as pessoas. Uma desconfiança que está na raiz das manifestações paranóides que se alastram no mundo do trabalho e na sociedade.

O discurso do grupo evidencia essa ambiguidade.

Z: Tem outros (pacientes) que querem nos processar [...].

S: Elas (pacientes) pedem nosso nome para nos processar [...] uma me ameaçou de morte, peguei o nome dos pais e endereço.

U: Nós colocamos o horário real (de trabalho), mas não assinamos porque bateu a paranóia, mas alguns médicos da unidade se recusaram a dar o horário.

Apesar da apresentação pormenorizada do contrato inicial de trabalho no início desse estudo, surgiu constantemente nos encontros, a preocupação dos

trabalhadores com a presente pesquisa quanto ao destino dos dados em função do material complexo que surgia. O que culminou com solicitações de várias alterações do termo de consentimento livre e esclarecido, que precisou ser modificado algumas vezes.

A preocupação do grupo com a pesquisa foi acentuada por uma situação recente vivenciada na unidade, em que um familiar utilizou-se de material gravado e de fotos sem o conhecimento e a autorização da equipe, ameaçando-os de processo. Mesmo a equipe racionalmente acreditando que tenha feito o possível nesse caso, há sempre o incômodo decorrente da falta de respaldo institucional.

U: Tivemos uma situação bem difícil na unidade - A irmã do paciente era pior que ele e ameaçou todo mundo. Ela fez fotos, gravações sem a gente saber e nos ameaçou. A residente que atendeu o caso ficou temerosa, mas o que a gente fez estava correto. Acontece que a gente tem pouco apoio da direção e do jurídico.

U: O paciente ficou bem, teve alta. Mas ela chamou o irmão de "tripolar"- a residente que atendeu ficou atrapalhada, receosa de ter que começar a vida respondendo a processo. Até provar a polêmica [...].

O sentimento de perseguição perpassa todas as relações, e é evidenciado inclusive entre colegas de mesmo nível hierárquico, sendo permeado ora pela realidade, conforme fala abaixo.

U: [...] Eu tenho essa coisa de perseguição, porque uma vez uma colega me acusou de ficar com o dinheiro dos pacientes e nem era eu que guardava o dinheiro [...].

Ora pela fantasia, o que inviabiliza alternativas concretas de resolução quanto a esse sentimento.

T: Sabe que uma vez eu encontrei um sapo com a boca costurada com nomes na frente da unidade [...] não é fácil [...] vai fazer o quê [...] o mesmo né!

Evidenciou-se no andamento da pesquisa, em muitos momentos, a preocupação dos trabalhadores de que pudessem ser identificados pela instituição, o que fez demandar a exigência do grupo de que os encontros não fossem gravados. Em tais momentos, sempre foram retomadas as questões de sigilo por parte da pesquisadora, demonstrando o nível de preocupação do coletivo com esta questão em especial.

U: Pelo amor de Deus, abstraiam os nomes (para as pesquisadoras) [...] porque a gente tá falando tudo [...].

Z: Nos encontros anteriores a gente falou de pacientes. Hoje foi mais da gente, e é mais complicado. Não esqueçam que temos contrato de confiança. Não pode vazar daqui as informações (nomes).

Y: Se for gravado, nós vamos travar (a pesquisa) [...] Vocês (para os pesquisadores) não sabem a tranquilidade que dá não sermos gravados, a gente tem medo, está escaldado. Quem trabalha mesmo é exigido, quem trabalha, trabalha muito, então a gente tem medo que algo possa ser usado contra nós. A gente não quer se incomodar!

Quando a pesquisadora tenta elucidar quais os medos e fantasias reais do grupo com a pesquisa, surge a questão da preocupação com a produção de provas contra si mesmo.

P: Mas o que poderia acontecer, me pedirem o material?

Y: Aquela coisa de mijada [...] ficar tendo que dar explicações. Se cair na mão do “fulano” [...] na verdade posso questionar o que está escrito, o que está gravado, não.

T: Nós estamos falando do medo de dizer e ser usado contra a gente [...] mas eu falo tudo que eu quero.

Y: Eu ia me sentir um pouco preocupada se fosse gravado. Imagina se te roubam a fita, a gente fala nomes, com a escrita se der

processo, quero que proves [...]. Tudo que puder me economizar para não me incomodar [...]

Mesmo no último encontro do grupo, a preocupação com o material da pesquisa emergiu novamente, sendo necessário detalhar, mais uma vez, de forma minuciosa, o caráter fantasioso da preocupação com a possível associação e/ou exposição dos trabalhadores. O que dá a dimensão do medo e da paranóia que atravessam o trabalho na instituição.

U: A questão da pesquisa tá me preocupando, porque eles sabem quais são as unidades [...].

P: Mas de novo esta questão, o que pode acontecer de tão fatal [...] acho improvável até que eles leiam [...]

U: Pois é, tu vais deixar uma cópia no Ensino, lá é que é perigoso.

P: Acho bem improvável que alguém leia com este objetivo, daí pensem comigo: vão pegar fragmentos de falas não identificadas dos grupos, tentar desmembrar e ver a autoria [...] é muito difícil.

V: Ela tem razão [...].

T: É eles não vão nem ler [...].

6.3.2.2.2 Do medo a somatização

De acordo com Dejours (1992), o medo constitui uma das dimensões da vivência dos trabalhadores quase sempre ignorada. O medo responde por um aspecto concreto da realidade, e está presente em todos os tipos de ocupações profissionais, exigindo sistemas defensivos específicos.

Algumas categorias profissionais são mais expostas a riscos relacionados à integridade física. Em todos os casos, os riscos estão relacionados ao corpo do indivíduo e são, via de regra, coletivos na maioria das situações de trabalho. Mesmo se combatido por medidas e regras de segurança, ele quase sempre conta com uma prevenção incompleta pela organização do trabalho, seja em função de gastos ou de riscos ou manifestações desconhecidas.

O medo é caracterizado por Dejours (1992) como um risco residual que não é completamente eliminado pela organização do trabalho, e que deve ser assumido individualmente. O problema do medo no trabalho surge então, dessa oposição entre a natureza coletiva e material do risco residual e a natureza individual e psicológica da prevenção a cada instante do trabalho.

Dejours afirma que: Além de ser um coeficiente de multiplicação do medo, a ignorância aumenta também o custo mental ou psíquico do trabalho (DEJOURS, 1992, p.67).

A vivência do medo existe efetivamente, mas só raramente vem à tona, pois se encontra contida pelos sistemas de defesa. Pois se o medo não fosse neutralizado por estes mecanismos, e se surgisse a qualquer momento, os trabalhadores não poderiam exercer suas atividades por muito tempo.

De qualquer forma o medo, proveniente de ritmos de trabalho ou de riscos originários das más condições de trabalho, destrói a saúde mental dos trabalhadores de modo progressivo.

Selligmann (2007) afirma que o medo generalizado aciona a criação de espaços microssociais, que passam a gerar novos medos. A questão que se propõe refletir é de como um tal microfascismo pega, alastra, propaga, dispara consensos, produz intimidação, anestesia, provoca sede de vingança, torpor político. Para então se tornar o jeito-padrão de reagir no cotidiano.

Na fala dos trabalhadores aparecem muitos medos - de enlouquecer, ser desqualificado, prejudicado no seu desenvolvimento profissional, agredido pelos pacientes e pelos próprios colegas. E ainda o medo de não corresponder às expectativas da instituição, além de muitos outros.

O medo da exposição dos trabalhadores aparece em diversos níveis, dentre eles, o medo em relação ao perfil dos pacientes e familiares atendidos nas unidades.

Z: [...] A gente se expõe também com os familiares, é um trabalho mais arriscado. Os trabalhadores passam por situações bem delicadas e perigosas, porque aqui tem mulheres e mães de traficantes.

S: [...] Algumas até nos ameaçam porque são parentes de traficantes.

V: [...] Esses dias veio um traficante lá na frente e brigou com o vigilante, ele queria entrar na unidade.

O medo da falta de segurança no trabalho invade o espaço privado dos trabalhadores atingindo o núcleo familiar.

Z: O meu filho tem medo da agressão física (dos pacientes).

Quando ocorre a problematização dos trabalhadores em relação ao medo que possuem do enfrentamento, surge como resposta, o medo de represálias por não cumprirem toda carga horária que deveriam na instituição.

U: [...] Porque a gente não peita?

Z: Eles podem dizer que devemos fazer seis horas e daí a gente tem que aceitar.

Z: A gente se melindra muitas vezes, hoje a gente se arrisca mais. Quando a gente entra a gente morre de medo do estágio probatório (de seis meses). Tem muita coisa que tu olha, o tempo vai passando, tem muita coisa nesses oito anos que se repetem.

O desconhecimento dos riscos possibilita, muitas vezes, a execução do trabalho, pois ignorar dados sobre a periculosidade do paciente permite afastar e/ou controlar o medo e assim continuar trabalhando.

S: Teve um (paciente) que o pai achou ele aqui porque colocaram sua foto no jornal, estava desaparecido e foragido do IPF (Instituto

Psiquiátrico Forense), eles dão outro nome... Lembro de outro caso, tínhamos uma assistente social, ela colocou a foto (do paciente) no jornal, o pai apareceu. Até a gente descobrir a gente não têm medo!

Percebe-se que o sofrimento psíquico no trabalho, pode aparecer através de pequenos sinais e sintomas até chegar à própria doença. A questão da idade avançada da equipe exacerba, dores e somatizações, que são agravadas ainda mais pelo reduzido quadro de trabalhadores que se encontram na ativa.

V: A nossa equipe também está cansada, é toda “velha”, a gente tem problemas de saúde. Agora pode estar calmo, mas daqui a pouco estar agitado. Meu braço dói, acho que é bursite, deve ser da idade, mas procuro cuidar. Aqui a gente só folga um domingo por mês porque a gente sabe que se folgar mais dá problema. [...] Tenho bursite, tá me doendo até o pescoço. Procuro me cuidar, mas na hora que tem que conter tu tem que ir [...]. Eu já tenho problema no braço.

Y: A T. está com febre e não vem (ao grupo), pois ela se incomodou na semana passada [...]. Daí essa semana ela se gripou, baixou a imunidade.

Z: A gente adoece, começa a ter dor de cabeça, às vezes tenho coceiras [...].

U: Perda de cabelo, irritabilidade [...].

V: Dor na coluna.

Z: A gente fica desanimada [...].

Ficam expostos também o medo de enlouquecer, e a surpresa em constatar dificuldades de ordem emocional em colegas que, aparentemente, não demonstravam sinais. O que sinaliza o medo de um “surto assintomático”.

V: Eu tive uma colega que quase surtou, eu esperava de outra, mas não dela.

Z: A gente tá no limite [...].

6.3.2.2.3 Falar ao vento

Sobre a importância da palavra, Dejours entende que:

É ao explicar a outrem o meu sofrimento, a minha relação com o trabalho, que eu perplexo, me ouço dizer coisas que eu não sabia, até tê-las dito. É esse o milagre da palavra: fazer nascer coisas que não existiam antes de terem sido ditas. (DEJOURS, 1999,p.176).

A palavra é realmente produtora de conhecimento e contribui para transformar a organização do trabalho quando, diante das pessoas que falam, há pessoas que as escutam.

Dejours (1999), afirma que só é possível gerir racionalmente a organização do trabalho, se houver um espaço de discussão na instituição, estruturado como espaço público. Esse espaço de discussão atuaria como um espaço de democracia, e como uma produção da vontade dos seus agentes.

Para que esse espaço de discussão perdure, é preciso não somente que as pessoas possam falar, mas que, fundamentalmente, sejam escutadas. A qualidade da discussão é decisiva para que seja possível construir o sentido subjetivo da relação com o trabalho. Onde o significado do sofrimento depende da psicodinâmica do reconhecimento.

Dejours (1999) afirma que o sentido do sofrimento depende fundamentalmente da qualidade da discussão, sendo que a qualidade da discussão depende do espaço no qual a discussão se desenvolve; e esse espaço é da responsabilidade direta dos administradores. O autor esclarece que o espaço de discussão é um espaço no qual as pessoas intervêm para opor argumentos que não são somente técnicos.

Da qualidade dessa discussão depende o sentido do trabalho, o reconhecimento das dificuldades encontradas, o reconhecimento da inteligência e da engenhosidade para enfrentar esses obstáculos.

A discussão, no entanto, é sempre uma questão difícil, porque é possível falar sem dizer nada. Para que a discussão leve à transformação da organização do trabalho e dê acesso à psicodinâmica do reconhecimento, é preciso que a palavra seja autêntica.

Por outro lado, a falta de discussão sobre a dimensão da realidade é fonte de não-reconhecimento, e se torna desastrosa para a saúde dos trabalhadores, cuja própria criatividade é colocada sob o selo da culpa e da censura.

O que ocorre, muitas vezes, nas instituições é que o espaço de discussão e o espaço de convivência se sobrepõem e parecem estar essencialmente em espaços informais, como por exemplo, no momento do cafezinho.

Na instituição analisada, ele é um ponto quase obrigatório de parada, por ser um momento informal que permite que os trabalhadores atualizem-se sobre os mais diversos assuntos discutidos na instituição e fora dela, onde circulam boatos, novidades, fofocas.

Porém, o engajamento das pessoas no espaço de discussão e na construção da organização real do trabalho depende do reconhecimento. E nesse sentido, as pessoas do grupo, sentem que falam ao vento.

Tal sentimento é evidenciado quando os trabalhadores apontam os erros, constrangimentos, falta de sintonia e de comunicação entre as equipes e constatam que sua fala não é significada.

V: Teve uma paciente com queimadura na cabeça que baixou aqui e deveria ir para o ambulatório. Daí a gente fica falando, o clínico da unidade é um, o da enfermaria é outro, daí avaliam mal [...].

S: A gente fica falando e não têm resposta [...].

U: [...] E ainda um dos residentes é filho do diretor, Tu faz uma reunião da unidade e eu fico constrangida em falar certas coisas na frente dele [...].

Relatam que existem muitas reuniões improdutivas na instituição e que por essa razão, acarretam esvaziamentos por parte dos trabalhadores.

U: Tem a reunião com todas as coordenações dos serviços.

Y: É, mas não é muito produtiva. Tanto é que nós ficamos sorteando para ver quem vai, na reunião da área também, porque não é produtiva.

Y: [...] tu tem que discutir coisas que são ilegais (questão de horário) [...] As pessoas tem mau senso de discutir essas coisas, então essas reuniões se tornam um porre [...].

Os trabalhadores, no entanto, apontam para o desejo e a necessidade de realizarem reuniões com todos os membros da equipe, de forma a melhorar os processos de trabalho.

Z: Tinha que ter uma reunião geral com os enfermeiros e técnicos, nós aqui temos.

S: Antes tinha, uma vez por mês tinha reunião...mas não nos avisavam, porque se fôssemos a chefia tinha que ficar no nosso lugar (por falta de pessoal) [...].

V: Nós na feminina não temos (reunião). As pessoas não se conhecem na unidade [...].

Muitas vezes os trabalhadores falam excessivamente, o que pode esvaziar potencialidades de ação, desmobilizando a força de grupo. Pois acabam não ocupando os espaços que a instituição oferece e desta forma, não potencializam uma energia criadora e/ou transformadora.

U: É complexo [...] a gente tem assembléia, mas eu não faço parte [...] A minha área marcou uma reunião e eu não fui, eu decidi fazer como se não soubesse [...].

U: A gente também não usa os espaços da instituição. Eu fazia parte da associação (dos funcionários), agora teve um almoço organizado pelo sindicato e nós não fomos [...] pois é, nós queremos mudança mas também não usamos os espaços. Uma coisa que a gente tá reivindicando não é só as coisas da droga (capacitação, suporte para lidar com o *crack*), mas também do relacionamento sexual, nós não sabemos direito lidar com estas questões.

U: A gente também quase não usa o espaço do galpão que existe dentro do hospital.

No entanto quando a Secretaria da Saúde disponibiliza e a própria instituição viabiliza uma capacitação dentro do próprio hospital sobre *crack*, os trabalhadores que freqüentam o grupo não vão.

P: Vocês chegaram a fazer um curso sobre *crack* que foi ofertado pela Secretaria aos Hospitais, são médicos do Mãe de Deus [...].

Z: ah, eles estiveram aqui! Mas não fui porque tinha compromisso na unidade.

Y: O "Fulano" (médico) eu conheço, mas ele nunca teve uma cura (de *crack*). Eu também não fui, não dá [...].

Ocorre que em muitas situações os profissionais não se apropriam das informações que circulam dentro da própria instituição.

P: Vocês conhecem algo do trabalho dessa gestão? (da associação).

U: Não, mas esse almoço não era da associação, mas do São Pedro. Não sei nem quem é o presidente hoje!

Os trabalhadores não participam da Associação dos Funcionários em função de alguns paradigmas existentes na instituição. O que acaba corroborando a desmobilização por mudanças, bem como, a perda de espaços.

U: Teve eleição há pouco tempo (associação dos funcionários), mas não participei... Ninguém participa.

U: Já fui sócia (da associação de funcionários), mas não participava, entrei com uma coisa meio ilusória, foi decepcionante. Fui a um almoço, só que tu almoças e vai embora. Deram alguns brindes...

V: Por isto o pessoal não se aproxima da associação (de funcionários), pela retaliação.

Por outro lado, existem espaços institucionais em que os trabalhadores se sentem acolhidos em suas demandas.

Z: [...] As nossas reuniões são ótimas, é um espaço sagrado, reservado. Ela (coordenação) pega junto, a gente é respeitada, cada um faz um trabalho diferenciado, se faz muitas trocas, é bem legal e a gente se fortalece. Tem esse espaço de escuta, ela leva adiante a briga por nosso espaço, a gente é respeitada.

X: Aqui na unidade nós temos liberdade de falar (masculina), não é um mar de rosas, mas a troca de problemas entre a gente alivia, quando a gente compartilha os problemas se tornam menos pesados.

Em relação ao prazer, Freud (1974 apud MAGNÓLIA MENDES, 2008), afirma que trabalhar é um dos caminhos para a felicidade. O trabalho pode assumir um papel muito importante na vida do homem, transformando-o, assim, em uma das dimensões da sua existência. Pois permite a operação de um dos mais evoluídos mecanismos psíquicos, que é o processo de sublimação, por meio do qual é possível vivenciar prazer e trabalho, uma vez que a pulsão é ressignificada em gratificação social.

A sublimação pressupõe, então, que o prazer sexual foi ressignificado. Esse prazer mantém-se na sua essência, mas o alvo e objetivos são outros, sendo a gratificação agora de ordem social.

Para Dejours, a sublimação é fundamentalmente uma operação de subversão do sofrimento que recomeça sempre, que destaca o sofrimento de sua origem e elimina a repetição (1996, p.160). Em um circuito que se fecha e que retorna ao seu

início de forma contínua, gerando motivação e prazer no trabalho e fortificando a identidade do sujeito desde que todos os seus elementos estejam presentes.

Se o trabalho for desafiador e tiver aproximações simbólicas com a história de vida do sujeito, é comum que a via psíquica seja sua via de descarga preferencial. Há pessoas que inclusive encontram seu equilíbrio psíquico somente porque executam trabalhos que lhe dão acesso à criatividade, à sublimação e ao reconhecimento.

Segundo Magnólia Mendes (2008), o trabalho representa, então, uma das possibilidades para o sucesso da sublimação, que pressupõe criatividade e oportunidades. Nessa perspectiva, sublimação e prazer estão intrinsecamente relacionados. O prazer implica a satisfação de necessidades representadas intensamente pelo sujeito, sendo por isso, uma manifestação episódica, tendo em vista as contrariedades impostas pela civilização.

Nas situações de trabalho, o prazer, no sentido de gratificação pulsional, está associado à sublimação que não gera uma descarga direta e imediata dessa energia, mas também, não se distancia dela mesma nos resultados da satisfação.

Portanto, o prazer no trabalho parece ser um dos elementos centrais para a saúde. Mas, conforme Magnólia Mendes (2008), o trabalho será lugar de prazer quando for possível aprender sobre um fazer específico, criar, inovar e desenvolver novas formas para execução da tarefa. Quando forem oferecidas também, condições de interação com os outros, de socialização e reforço de uma identidade pessoal, e quando a organização do trabalho permitir o estabelecimento de acordos que levem à transformação do sofrimento.

Em relação ao relato do grupo, existe prazer no trabalho e em defender a própria instituição. Mas é interessante perceber que apesar dos trabalhadores se autorizarem a criticar o hospital, não gostam quando outras pessoas o fazem.

V: Só que os maiores (Direção) deveriam olhar para outras coisas também, eu sempre defendo o São Pedro, porque a gente tem coisa que os outros hospitais não têm, como o refeitório, por exemplo [...].

Z: Mas eu não gosto que falem mal do São Pedro! [...] Me incomoda quando falam mal [...].

V: Eu não deixo [...].

6.3.2.2.4 Da transgressão ao reconhecimento

Não há trabalho sem fracasso. O fracasso é consubstancial ao trabalho real e surge nesse espaço entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Enfrentar o real envolve quase sempre uma infração às prescrições, portanto, para vencer as dificuldades é preciso infringir ou transgredir.

Segundo Dejours (1999) só existe transgressão quando existe desejo, ou seja, quando cedendo a seu desejo pessoal um trabalhador desrespeita uma regra estabelecida. Mas, depois de desrespeitada a regra, a transgressão também implica o surgimento da culpa. A transgressão é sempre marcada pela ambivalência e, embora o desejo seja dimensão essencial da transgressão, ela nem sempre implica prazer. No entanto, é preciso esclarecer que, em geral, o prazer ligado a uma infração, em situação de trabalho, não vem da própria infração, mas do resultado esperado dela.

O resultado da transgressão traz prazer ou satisfação quando corresponde a uma vitória do trabalhador sobre o real do trabalho. Esse real é precisamente o que se mostra por sua resistência, ou seja, o que resiste ao controle da situação, através da habilidade, conhecimento, experiência ou aplicação de um procedimento.

Conforme Dejours (1999), a primeira condição para julgar uma infração é que ela possa ser visível e explicitada. A segunda condição é que os que julgam compreendam o próprio sentido do quebra-galho. Só é possível compreender o sentido de um quebra-galho quando se tem o conhecimento do real do trabalho, conhecido sob a forma de resistências, fracassos e obstáculos.

Dejours (1999) defende então, que o prazer obtido das transgressões e das infrações normalmente não depende apenas do sujeito, mas também, em maior grau, da interpretação que os outros façam dessas questões. Assim, se o trabalhador não mostrar e explicar suas razões e pontos de vista, será constantemente vítima de julgamento pejorativo.

Na rotina dos trabalhadores surgem situações relacionadas, principalmente, aos pacientes, que para serem resolvidas ou minimizadas é necessário transgredir normas instituídas.

T: A gente dá as passagens para os pacientes com alta que moram no interior, que não tem como pagar. Faz o quê? Vai para o “Zambiasi” [programa de rádio] pedir passagens?

T: [...] Vou ao fórum, ao banco para eles com meu carro, tiro cópias com meu dinheiro, porque senão as coisas não andam e os pacientes não recebem os benefícios. Já que assumi há dois anos, tenho que fazer.

T: Muitas vezes depois da alta, eles (pacientes) vem aqui para buscar o medicamento porque não conseguem no posto.

Y: A gente tenta acolher porque quando querem, se tratam [...] a gente não deveria dar, mas a gente dá!

Algumas vezes as transgressões são assumidas perante a hierarquia.

T: Por isto é que se eu tiver medicação e eu puder eu dou, porque muitas vezes o posto não tem. Mas eu digo que dou, não faço na “camufla”[...].

Y: [...] Às vezes a gente até segura o paciente aqui para esperar pelo medicamento que às vezes só chega no posto do interior em seis meses.

A questão do reconhecimento é essencial na teoria da Psicodinâmica do Trabalho, pois segundo Magnólia Mendes (2008), esse processo implica uma mobilização política e a capacidade de construir e modificar a realidade do trabalho, resultado da negociação diante da multiplicidade de divergências e interesses inerentes ao trabalho. Relaciona-se diretamente ao poder do trabalhador, compreendido como a capacidade de negociar e de influir no coletivo de trabalho.

Nesse aspecto, o ponto central da constituição da integridade psíquica do trabalhador deriva da mobilização das condições políticas capazes de levá-lo ao reconhecimento no trabalho, possibilitando assim a conversão do seu sofrimento em prazer.

O reconhecimento permite a ressignificação do sofrimento e a atribuição de sentido ao trabalho, mas não necessariamente sua transformação. Pois a transformação passa, além da emancipação do sujeito, pela ação dos trabalhadores

na organização do trabalho, por meio fundamentalmente da cooperação e da política, que envolvem as dinâmicas subjetivas.

Através de pesquisa desenvolvida em organização hospitalar, Magnólia Mendes (2008), identifica lógicas diferentes que permeiam o processo de reconhecimento no trabalho, em que a lógica econômica está presente. Em relação a essa questão, é diferenciada em ocupacional e profissional, sendo inerente aos trabalhadores assalariados. A ocupacional refere-se ao processo de reconhecimento atrelado a uma compensação material, à remuneração salarial. Já a profissional, a uma compensação moral manifestada pelo sentimento de ser respeitado pelo coletivo de trabalho, pelo estabelecimento de relação de cooperação, confiança e generosidade.

O reconhecimento esperado pelo trabalhador é, segundo Dejours (1999), em primeiro lugar o dos colegas, que são os mais indicados para apreciar a qualidade dessa contribuição. O reconhecimento também deve relacionar-se a alguma utilidade econômica, social ou técnica dos quebra-galhos e das contribuições dos trabalhadores. Nesse caso, o reconhecimento não é feito pelos colegas ou pares, pois o julgamento da utilidade é feito essencialmente pelos superiores hierárquicos.

Mas, para reconhecer a contribuição dos subordinados para o aprimoramento da organização do trabalho, é necessário que os superiores hierárquicos reconheçam que a organização prescrita do trabalho é insuficiente ou, que no mínimo apresenta falhas. É preciso que a hierarquia reconheça o real existente em seu próprio trabalho, ou seja, é necessário que a hierarquia reconheça que há coisas que resistem ao seu controle e ao seu conhecimento.

O reconhecimento deve ocorrer nas duas dimensões do termo, ou seja, no sentido de constatação, pelos outros da realidade da contribuição da pessoa à organização do trabalho; e em segundo lugar, reconhecimento no sentido de gratidão. O reconhecimento relaciona-se ao trabalho realizado e passa por julgamentos sobre sua utilidade (econômica, social ou técnica) e sobre sua beleza, quer dizer, sua conformidade às regras do trabalho ou às regras da arte e, eventualmente, sobre a originalidade de seu estilo (DEJOURS, 1999, p.97).

O julgamento de utilidade envolve essencialmente as relações com os outros na linha hierárquica, ou seja, com os superiores. Quanto a esse aspecto, os trabalhadores percebem, em alguns momentos, que há reconhecimento da Direção do hospital.

T: [...] Mas eu acho que essa direção é menos tendenciosa, no sentido de achar que os médicos têm razão, antes só os médicos podiam ser diretores. Essa direção nos dá mais respaldo. A gente é mais valorizada que a antiga.

O grupo refere a importância do reconhecimento formal pela instituição e também pela própria Secretaria da Saúde. No entanto, na prática, há pouco movimento nesse sentido.

U: É insignificante o valor (financeiro da promoção), mas é o psicológico que atinge [...] o papel que tu assina é uma folha na frente [...] (Avaliação de desempenho).

Já o julgamento de beleza só pode ser pronunciado pelas pessoas que conheçam muito bem o trabalho e suas regras. Só pode ser formulado pelos pares, pelos colegas pertencentes, portanto, na mesma linha horizontal.

O julgamento de beleza é carregado de grande significado pelo grupo, por ser avaliado como genuíno, justamente por emergir dos próprios pares de trabalho.

U: Os estagiários que vão embora falam bem do trabalho que realizamos aqui. Já é um reconhecimento...

U: Não sei se é só os estagiários (que reconhecem seu trabalho), a gente mesmo, enquanto colegas [...]. A direção é mais complicad0o [...]. Tu escuta coisas que te enfurecem. A equipe estava trabalhando em equipe, e tu escuta que não, que não estavam [...] porque não conseguiam dar banho numa negra de 2 metros [...] então tem dos colegas, mas não da Direção!

Z: [...] sei o que as pessoas produzem, porque tem um trabalho muito bom que muitas pessoas sabem [...].

O espaço de discussão viabilizado pela pesquisa permitiu que fossem feitas algumas revelações entre colegas, no sentido de serem reconhecidas as relações de apoio existentes no trabalho.

X: Não é porque eu tô na presença da T., mas esta pessoa é iluminada, vale ouro (ficam emocionadas e choram). Quando eu mais precisava dela ela me deu o maior apoio, foi me visitar quando eu operei. Isso vale muito e apaga a imagem dos colegas ruins.

Os trabalhadores pontuam, em algumas situações, o reconhecimento por parte dos colegas e da direção.

T: Eu acho que existe dos colegas e direção, mas mesmo assim protegem os médicos.

Mas por outro lado, existe o desejo de não ficar em evidência para não despertar a atenção das pessoas na instituição.

U: [...] Tô bem lisonjeada, fui convidada para o CIAPS (Centro Integrado de Atenção Psicossocial – para crianças e adolescentes) porque estão saindo duas pessoas, mas não quero. Quero ser menos vista e menos lembrada, me deixa aqui!

Os trabalhadores apontam o reconhecimento visual por parte dos pacientes, fora da instituição, como um reforço positivo para o seu próprio trabalho, no sentido de terem feito um bom vínculo com estes.

X: [...] Tenho encontrado pacientes na rua, que me reconhecem e cumprimentam – ‘Oi tia’!

O reconhecimento do seu trabalho ocorre em algumas situações pelo próprio familiar do paciente. Fica evidenciado que os trabalhadores, à medida que têm seu trabalho reconhecido pelo público, se apropriam dessa imagem para se reconhecerem como profissionais, processo pelo qual a atividade profissional adquire significação e sentido.

T: Nós recebemos um agradecimento de um familiar pelo tratamento recebido através do jornal, eles botaram um anúncio de agradecimento à equipe, com nossos nomes, foi muito legal (mostram depois o anúncio transformado em quadro na parede do posto de enfermagem). O guri, quis melhorar [...] entrou muito psicótico..e saiu bem. O tratamento foi também com a mãe. Até conseguimos fazer com que ela fosse fazer consultas.

Y: Ela (mãe de paciente) me pegou na porta e me agradeceu muito, disse que a gente se importava [...].

Os trabalhadores reclamam da falta de reconhecimento por parte do Estado, pelo fato de não se ter efetivamente uma política de valorização da função de chefia e coordenação, pois além de não serem remunerados para tal, de não receberem função gratificada (FG), ainda são muitas vezes desrespeitados. O que resulta no fato de poucos quererem assumir o papel de chefia, pois há aumento de trabalho, pressão e cobrança, sem a devida contrapartida.

U: A que está lá agora (coordenação), é mais crítica e a escolha foi feita por nós. Na realidade ninguém quer pegar, não é remunerado. Me convidaram, mas eu estou fora, eu não tenho essa liderança. Eu vejo quando a chefia volta das reuniões com a Direção –

completamente desmotivada e arrasada porque divagam muito e decidem pouco. A direção divaga [...] tu não vai dar tua opinião e daí ter que acatar as “mijadas”, né!

6.3.2.2.5. Algumas vitórias

Retomando a questão da transgressão, Dejours (1999), afirma que seu resultado traz prazer ou satisfação quando corresponde a uma vitória do trabalhador sobre o real do trabalho. Esse real do trabalho é o que se mostra por sua resistência, ou seja, o que resiste ao controle da situação, através da habilidade, conhecimento, experiência ou aplicação de um procedimento. Portanto, para vencer as dificuldades é preciso infringir ou transgredir.

Dejours (1992) aborda o termo satisfação simbólica para tratar da vivência qualitativa da tarefa. É o sentido, a significação do trabalho que importa nas suas relações com o desejo. E isso depende do que a tarefa veicula do ponto de vista simbólico.

Percebem-se algumas concretizações possíveis no trabalho, que geram muito prazer nos profissionais porque estão relacionadas a um fazer diferente, mesmo quando se dão num plano microestrutural. Quando ocorrem, mobilizam novamente a identificação com o trabalho, e a construção de novos significados para este.

U: [...] Estou mais realizada aqui porque se trabalha com a parte aguda, a gente vê as pessoas entrarem mal e saírem bem.

Y: Sabe que teve uma época que eu fiz um grupo de obesas, compramos balança com o dinheiro da unidade. Eu consegui que esta paciente baixasse de peso [...]. Tinha nutricionista e recreacionista para caminhadas.

Y: [...] Me fortalece quando vejo os pacientes entrando muito mal e saindo bem. 70/80 % dos pacientes não ficam bem porque não querem, ou não tem estrutura. Mas os que querem, a gente vê que o trabalho dá resultado [...].

6.3.2.3 Estratégias Coletivas de Defesa

O exame dos sistemas psicológicos defensivos pelos quais os sujeitos tentam conjurar o real que lhes escapa é o principal recurso da Psicodinâmica do Trabalho. Essa conjuração do sofrimento pode desembocar no prazer se esse trabalho psíquico é reconhecido na organização. Mas os sistemas de defesa podem voltar-se contra os sujeitos se isso não ocorrer. Eles podem até “colonizar” a vida fora do trabalho.

Dejours (1999) apesar de utilizar a psicanálise na formulação de sua teoria, fez a diferenciação entre estratégias coletivas de defesa e mecanismos de defesa. Segundo o autor, no campo da clínica do trabalho, há defesas construídas e sustentadas pelos trabalhadores, coletivamente, além dos já elencados mecanismos de defesa clássicos descritos pela psicanálise.

Tais estruturas são denominadas de estratégias coletivas de defesa, por serem especificamente marcadas pelas exigências reais do trabalho, ao contrário das doenças mentais, que não são específicas desse campo.

Segundo Laplanche e Pontalis (1985) o termo “mecanismo” é utilizado por Freud para exprimir o fato de que os fenômenos psíquicos apresentam articulações suscetíveis de uma observação e de uma análise científica. O termo “mecanismo” está presente ao longo da sua obra em duas acepções diferentes: quer para designar o conjunto do processo defensivo característico de determinada neurose, quer para exprimir a utilização defensiva deste ou daquele destino pulsional.

Os mecanismos de defesa são utilizados pelo ego, mas mantém-se em aberto a questão teórica de saber se a sua utilização pressupõe sempre a existência de um ego organizado que seja o seu suporte. Os mecanismos predominantes são diferentes consoante o tipo de afecção que se considere, o grau de elaboração do conflito defensivo, etc.

De acordo com Seligmann-Silva (2007), Dejours em vários de seus textos aborda as estratégias coletivas defensivas e descreve a forma pela quais as mesmas chegam a configurar uma ideologia defensiva. Tanto os mecanismos individuais de defesa psicológica quanto às estratégias coletivas defensivas podem amenizar o sofrimento e protelar a eclosão de transtornos mentais. No entanto, não são defesas duradouras e podem ser rompidas, seja pelo acúmulo dos desgastes,

seja por circunstâncias que abalam o trabalhador. Dito de outra forma, o equilíbrio psíquico dos trabalhadores é sustentado pela subjetividade do grupo de trabalho, até determinado limite, através de estratégias coletivas de defesa.

Dejours (1999) refere-se ao caráter coletivo do sistema defensivo, que é partilhado pelo grupo de trabalhadores. Entende ainda o autor, que a eficácia simbólica da estratégia defensiva somente é assegurada pela participação de todos. Portanto, a constituição da ideologia de defesa é fundamental para que seja possível a continuidade do trabalho.

A ideologia defensiva é funcional em nível do grupo, de sua coesão, de sua coragem, e é igualmente funcional ao trabalho, sendo a garantia da sua produtividade.

Mas para que haja a elaboração de uma ideologia defensiva é preciso a participação de um grupo trabalhador, ou seja, não apenas de uma comunidade que trabalhe num mesmo local, mas de um trabalho que exija uma divisão de tarefas entre os membros de uma equipe.

Conforme Dejours (1999) não há independência entre trabalho e fora do trabalho. A pessoa não apresenta um funcionamento psíquico apenas no lugar em que trabalha, mas também o leva para fora do trabalho. As pressões do trabalho conduzem à elaboração de estratégias defensivas, que a pessoa leva para a vida privada. A família é então, assim convocada nas exigências psíquicas de quem trabalha.

Dejours (1999) afirma ainda, que os trabalhadores não ficam sempre passivos diante do sofrimento, eles se defendem graças à invenção de estratégias defensivas.

Em relação à descrição das Estratégias Coletivas de Defesa utilizadas pelo grupo de trabalhadores, optou-se pela seleção das mais importantes em termos de frequência e intensidade em que apareceram nos encontros, que foram denominadas de primárias e de secundárias. Vale lembrar que esta divisão é meramente didática e ilustrativa, pois os conteúdos na prática estão implicados numa dinâmica única e complexa.

6.3.2.3.1 Primárias

São descritas como primárias o afastamento, o endurecimento e a reclamação. No entanto, vale frisar que todas as estratégias coletivas de defesa, apresentadas pelo coletivo, estão em um nível bastante conservador, uma vez que, não chegam a modificar a forma pela qual o trabalho está organizado no hospital, apenas minimizam o sofrimento e permitem, assim, que os profissionais se mantenham trabalhando na instituição.

As estratégias coletivas de defesa surgem em uma dinâmica própria construída no coletivo de trabalho, de acordo com as suas especificidades e modificando-se de acordo com o sofrimento em pauta. Conforme sinaliza a fala a seguir:

Z: A gente vai se armando para poder conviver, fazendo defesas. Às vezes é por coisas fáceis de se resolver. A gente chega de “sangue doce” e leva “chapoletada” e vai aprendendo a endurecer.

6.3.2.3.1.1 Afastamentos

Em uma primeira análise, pode-se considerar que os afastamentos, instituídos de forma sistemática, constituem uma verdadeira ideologia elaborada coletivamente, ou seja, uma ideologia defensiva contra o sofrimento na instituição.

Essa estratégia refere-se a qualquer tipo de afastamento do hospital, independentemente do tempo transcorrido fora da instituição, como: atestados, licenças, férias e aposentadoria.

Percebe-se que esta estratégia é estimulada e balizada, inclusive, pela própria instituição, que longe de resolver os conflitos, acaba por cristalizar a estratégia de afastamento como uma saída para quase todos os problemas.

S: [...] desta forma (por se sentir perseguida) eu decidi sair (da unidade), mas daí eles resolveram (RH da instituição) fazer um rodízio comigo [...].

T: Eu e o R. já ultrapassamos os limites. Já falei: Não te atravessa na minha frente que eu passo o carro por cima. Seja homem e assuma os teus erros. Tu és grosso, mal educado. Quero que tu morras. Daí me mandaram tirar férias: - não é preciso, eu disse: eu pago terapia.

Fica claro que esta estratégia é utilizada em larga escala pelos trabalhadores como método de alívio imediato contra o sofrimento.

T: [...] Há um mês atrás (por razão de conflito com colega) pensei em sair, repensei, então fui ver minha aposentadoria [...].

Ser afastado por sofrimento psíquico é uma possibilidade real na instituição, que faz com que os trabalhadores se assemelhem aos pacientes atendidos.

V: Tem que aceitar [...] a gente pede para sair [...] quem trabalha sempre fica na fria [...] aqui não tem diálogo [...] é uma pessoa bem difícil (a chefia). Pela manhã a gente nunca pedi nada, mas as pessoas pedem licença, daí acaba sobrando para nós que trabalhamos. Daí só saindo como louca.

T: A “fulana” é [...] uma funcionária que se faz de louca para passar bem, bota atestado mas diz que na real ficou em casa porque estava chovendo. Como ela não vem, ou vem atrasada, os auxiliares é que tem que fazer o serviço.

O trabalho é sentido como um peso, um verdadeiro fardo a ser carregado, que faz lembrar dos grilhões do passado que a instituição parece arrastar ao longo da sua existência.

Y: Tu disse que a gente sai pesada do trabalho (para colega). Pois eu estou passando por este momento - não estou querendo nem vir trabalhar. Acordar e vir está difícil. Estou contando os dias para a

licença prêmio [...] eu agora tô contando os dias para ir embora, me aposentar. Fico com pena é de quem vai ficar.

Y: Tem gente que pega atestado na Associação (dos funcionários) [...] mas ela (colega) não tá bem, precisa tirar férias ou LP (licença prêmio).

Z: Eu não sei se é melhor parar ou continuar, sair de férias, de licença. Eu saí de LP (Licença Prêmio) e quando voltei tinha tanta coisa por fazer que eu precisei trabalhar em dobro.

Como consequência, surge a sensação de abandono, de que todos se foram, ou de que estão saindo aos poucos da instituição.

U: [...] Tá todo mundo indo embora, até os residentes [...].

O uso de atestados frios é mais um mecanismo que impulsiona os afastamentos ao trabalho.

V: Uma vez tive que pegar atestado e foi atestado frio, foi no meu aniversário. Eu havia avisado na unidade, mas botaram falta para mim no ponto [...].

A busca por novas formas de afastamento da instituição também é desejada pelos trabalhadores, como nova possibilidade de fuga ao trabalho.

U: (olhando para esquema no mural) O que é licença preventiva? Já quero tirar [...]

U: Eu trabalhei nas eleições e ganhei 15 reais para almoçar [...] por conta disto ganhei 10 dias para tirar de folga. Precisaram de mim antes e por isso ganhei esses dias. Vou guardar esses dias para poder tirar no natal e no ano novo. Quando apresento esse comprovante ninguém pode dizer nada porque vai preso.

Os motivos das saídas, ou dos afastamentos, referem-se, geralmente na prática, ao desânimo, e a sensação de ter chegado a um limite perigoso entre a razão e a loucura.

T: Eu tô completamente desanimada, mas eu tenho 10 dias de férias para tirar.

T: Eu dou limites, bom eu tô no meu limite. Fui ver quanto tempo falta para me aposentar, mas quando a gente chega perto, sempre falta alguma coisa [...].

No entanto, não há planejamento para dar conta das substituições provenientes do uso maciço dessa estratégia. Ocorrendo sobrecarga para os trabalhadores que continuam trabalhando, além do próprio custo que representam para o sistema de saúde.

V: Hoje não faltou ninguém (na unidade).

S: Mas têm gente de licença, férias e afastamento. É errado dar férias para todo mundo, pois se dá um problema a gente (da outra unidade) tem que cobrir.

Y: [...] Tem cada coisa [...] eu pedi minha licença prêmio com antecedência, agente se combina na unidade para não tirar junto. A colega até ontem não sabia da data da licença, quando a gente menos espera já saiu, daí sai fora do planejamento porque demora. A T. assina a licença delas e depois se esquece, tá complicado lá [...]

O tempo então é utilizado como instrumento possível para remediar as dores e o sofrimento.

X: [...] Interessante que esta dor, esta mágoa que a gente tem quando briga é que nem cirurgia, com o tempo cada vez fica menor, acho que o tempo é o melhor remédio [...].

Y: Acontece que quando a ferida (da briga) tá cicatrizando, ela abre de novo [...].

6.3.2.3.1.2 Endurecimento

Descrita por Pitta (1994) a evitação dos sentimentos é um bloqueio denominado síndrome da insensibilidade, bastante comum em ambientes hospitalares, pois possibilita a permanência dos trabalhadores na instituição.

Seligmann-Silva (1995) denomina de 'embotamento afetivo' ou 'síndrome de insensibilidade' um quadro de alterações da personalidade, em que ocorre um empobrecimento da vida relacional do trabalhador. Essas alterações dizem respeito a ocupações que se caracterizam por esforço mental constante e intenso, e diferenciam-se de acordo com a natureza das atividades e as características da organização do trabalho, variando ainda, conforme a cultura da instituição.

Os trabalhadores do HPSP diante da degradação física e psicológica dos pacientes desenvolvem um mecanismo, que lhes possibilita não se envolver ou se identificar com estes o tempo todo, o que causaria demasiada dor e sofrimento. As identificações acontecem em alguns casos apenas, porque do contrário, inviabilizariam a permanência do trabalhador nos setores, uma vez que, saindo do surto, os pacientes circulam pelas unidades, abordando e tocando naqueles, alguns de forma bastante incisiva e invasiva.

Identificada na fala dos trabalhadores, a estratégia de endurecimento possibilita manterem-se trabalhando nas unidades, porque cria um distanciamento que evita sofrer.

U: É, no sentido de ficar mais dura, de não sentir tanto.

V: Acho que isto acontece até tu engatar mais forte, porque se for engatar com todos, tu fica doente. Às vezes a gente fica sensibilizada sim, mas se tu não for dura e colocar couraça a gente sofre muito, quando fica difícil na unidade - vai no pátio, pensa no filho..A gente sai abalada [...] se endurece para não sentir aquilo te incomodando [...] aquele sofrimento que a gente finge que não vê [...].

V: Mas faz parte do trabalho [...] tem que ser assim!

Percebe-se que esta estratégia não é utilizada apenas com os pacientes, mas também com os colegas, por ser um dos pontos mais difíceis de lidar no trabalho.

Z: Tu leva uma na cara, fica mais armada, na defesa e endurece. Tem que ter o cuidado de selecionar, e de que maneira lidar com as pessoas.

Demonstram, porém, preocupação em não endurecer demais, ou em não endurecer emocionalmente, o que acarretaria no afastamento de vínculos positivos feitos no trabalho, que são muitas vezes, a retaguarda para os trabalhadores.

Y: As pessoas que menos compartilham são as pessoas mais rígidas, a gente se emociona, então a gente não fica tão dura [...].

T: Tu falaste na couraça (para a pesquisadora). Eu acho que as pessoas não colocam couraça, elas já vêm com isto. Aqui e em qualquer lugar aparecem as coisas internas. Eu ainda consigo me emocionar (com orgulho).

Z: Endurecer sem perder a ternura [...].

U: Mas temos que ter cuidado para não virar padrão (o endurecimento).

6.3.2.3.1.3 Reclamação

Hallack et al (2006), descrevem que a reclamação evoca o sofrimento tornando-se uma estratégia de vinculação grupal poderosa enquanto construção de sentido intersubjetivo através dos laços discursivos, em uma tentativa de resistência grupal à doença.

Paradoxalmente é uma estratégia de defesa que, por demonstrar a falência de outras tentativas individuais de proteção contra o sofrimento, contribui para os objetivos da própria organização do trabalho e para o reforço do conformismo, da repetição e da estagnação dos sujeitos.

A reclamação se mantém enquanto estratégia coletiva de defesa, como algo necessário, que não se esgota facilmente, mas que se transfere de uma temática à outra, no discurso do coletivo.

Os trabalhadores reclamam mais ou menos de acordo com a organização do trabalho e da organização da instituição em que se trabalha. Nesse sentido, pode significar protesto, oposição, reivindicação, atenção, lamento, pedido,

descontentamento. Também se reclama do chefe, dos colegas de trabalho, da remuneração, da instituição no geral. As reclamações ocorrem geralmente distribuídas em variações de um mesmo tema no discurso dos trabalhadores.

Segundo Dejours (2004), reclamar é uma das possibilidades de evocar o sofrimento e a doença através de atos de linguagem comuns aos trabalhadores.

Ela permite o compartilhamento com os pares, uma vez que se reclama com e para o grupo de trabalho, mais do que nas instâncias ou espaços definidos para este fim, como em reuniões, por exemplo.

O espaço do café, que é marcadamente um espaço de trocas informais, instituído fortemente na esfera pública, pode representar um grande “poro”¹⁵ que possibilitaria, muitas vezes, passar da reclamação à elaboração de problemas e conflitos em função da possibilidade de fomentar trocas, informações e interações entre os trabalhadores.

Como construção de sentido intersubjetivo, a reclamação é uma forma grupal poderosa na tentativa de resistência ao sofrimento e à doença. Demanda um elo forte de união entre os membros da equipe de trabalho e por esse motivo se mostra mais eficiente e menos custosa do que as defesas individuais, que são mais vulneráveis.

A reclamação demonstra ser uma estratégia eficaz por manter o grupo mais alerta e coeso. Mas por outro lado, demonstra falência de outras tentativas de proteção contra o sofrimento, contribuindo para a manutenção do conformismo, da repetição e da estagnação dos trabalhadores. O que, aliás, é um paradoxo de qualquer outra estratégia de defesa.

Reclama-se repetidamente com o colega e também do colega pela real impossibilidade de romper com a ideologia defensiva, com a reclamação institucionalizada que serve a particularismos e conflitos de equipe e que desvirtua a atenção de todos do real motivo, que é a forma pela qual o trabalho está organizado.

Segundo Hallack et al (2006), a temática mais freqüente da reclamação gira em torno do reconhecimento ou da injustiça supostamente cometida pela falta dele, ainda que “teoricamente” a instituição tenha mecanismos de avaliação dos seus trabalhadores, como métodos de controle e medição que foram construídos para

¹⁵ Espaço de parada durante a jornada de trabalho.

darem retorno ao trabalhador sobre o seu desempenho, mas que na prática, podem gerar mais insatisfação, rivalidade e comportamentos desleais para com os colegas.

É importante o entendimento de que ao reclamar do outro, seja o outro da instituição, o chefe ou o colega, permanece-se no âmbito da palavra, da linguagem e, portanto, da tentativa de elaboração. Reclamando, repetindo e elaborando, o trabalhador se pergunta sobre o desejo do outro para que possa ser reconhecido, ou ainda, qual o seu desejo para que possa dar cabo a vivências sublimatórias.

De acordo com Townley (2001), o acúmulo de reclamações é uma das reações dos trabalhadores, diante das tentativas das instituições em suprimir ou esconder suas ambigüidades e contradições e pretender, dessa forma, que elas não existam. Sob esse ângulo, a reclamação tem um tom de denúncia a respeito das insatisfações, de protesto contra a “coisificação” do homem na instituição e de resistência das singularidades.

Há momentos no cotidiano de trabalho em que a única coisa sobre a qual os sujeitos têm realmente ingerência é sobre a possibilidade de reclamar, ainda que não passem de monólogos, palavras vazias ou formas tácitas de preservação do não-dito.

No entanto, a reclamação, como ação que insiste em se fazer representar no discurso dos trabalhadores, tem outro aspecto importante que é a repetição. Pois o sujeito ao repetir, ao invés de recordar, atua sob as condições da resistência. Quanto maior a resistência, mais extensivamente a repetição substituirá o recordar, porque o recordar ideal do que foi esquecido corresponde a um estado no qual a resistência foi posta completamente de lado.

A repetição gera sofrimento e, ao mesmo tempo, resistência em abrir mão do sofrimento. O sujeito freqüentemente lamenta em demasia ou até subestima a importância da doença, estendendo seus sintomas a mesma política de repressão que adotara em relação às suas origens.

Logo, o grande desafio ao longo da vida, através da repetição, é reencontrar o sofrimento para dominá-lo. O trabalho atende às exigências de trabalho das pulsões (sublimação) e às exigências de trabalho do sofrimento criador. Muitas tentativas serão necessárias para que o sujeito reencontre nos desenlaces cotidianos do trabalho respostas para as suas perguntas, a sensação de prazer e o sentido da sua produção para a coletividade e; portanto, muito investimento pulsional que, irá

esmorecer em determinados momentos e insistir em se representar novamente em futuras tentativas.

Na instituição estudada, reclama-se de tudo: dos colegas, das chefias, da estrutura, das condições e da organização do trabalho. Vai se estabelecendo uma linha muito tênue entre as dificuldades reais e a tendência a vitimização.

Muitas vezes as inúmeras dificuldades e a desesperança fazem com que os próprios trabalhadores se coloquem em uma posição de vitimização, porque não conseguem enxergar possibilidades concretas e reais para a resolução dos problemas.

X: Quando a gente não consegue o melhor é se afastar e procurar ajuda. Somos meio vítimas da situação porque tudo pode ser usado contra nós [...].

V: Tô dizendo, sempre sobra para nós [...] (enfermagem). Eu nunca tiro férias no verão. Mas eu também não gosto, porque eu odeio o sol, não suporto o calor e aquele povo todo junto. No verão eu nem saio de casa [...] baixa temporada é uma beleza!

A Ambivalência está presente em um jogo freqüente que acaba por paralisar tentativas de mudar o instituído. Inclusive a desmobilização coletiva, conforme revela a fala a seguir.

U: [...] A gente tem que se unir. Misturar um troço que está ruim (unidade feminina) com um mais ou menos (unidade masculina), não vai dar [...] (projeto da Direção para unir as duas unidades).

Percebe-se que há, muitas vezes, uma intencionalidade por parte dos trabalhadores de executarem práticas diferentes, mas o peso dos valores e crenças instituídos é maior e eles acabam por sucumbir aos jogos e estruturas previamente estabelecidas.

U: Têm que respeitar o jeito do outro, cada um que seja feliz. Mas quando é comigo tenho que colocar limites, demarcar território que nem cachorro. Eu entrei perguntando muito, agora não. Se tem que fazer, faz!

Z: É importante não devolver na mesma moeda. Mas tu tem que te fazer respeitar. Dar respeito e ser respeitada.

Y: [...] Quando entrei eu me espantei com o que vi na minha categoria. Ao contrário delas, eu queria nunca perder a capacidade de me indignar. Eu continuo me indignando, mas queria ser mais *laisse faire*. Às vezes me incomoda me indignar. A gente se emociona quando faz um bom trabalho, a gente vincula os afetos.

A reclamação por fazer repetir alguns repertórios no discurso dos trabalhadores, contribui para a banalização de questões importantes, que deveriam ser examinadas de forma mais complexa e profunda, pois são fundamentais na rotina do trabalho, dentre elas, encontra-se o afeto.

U: A O. tava falando da paciente que ela investiu afeto e se decepcionou, mas às vezes, por defesa a gente banaliza. O teu produto de trabalho é o sofrimento do outro!

U: É que o objeto do trabalho da gente é o sofrimento do outro, a gente às vezes não têm o que fazer [...]

Em relação à banalização, Dejours (2006), classifica na sociedade três características da normopatía – a indiferença para com o mundo distal e colaboração no mal tanto por omissão quanto por ação; a suspensão da faculdade de pensar e substituição pelo recurso aos estereótipos dominantes propostos externamente; e finalmente, a abolição da faculdade de julgar e da vontade de agir coletivamente contra a injustiça.

Evidencia-se no discurso dos trabalhadores uma intencionalidade de não se acomodar, como se fosse possível controlar racionalmente tal questão.

U: Não te acomodar na banalização, se tu consegues ter uma conduta diferente [...].

Z: Tem que ficar um pouco vigilante para não se acomodar, não entrar na desânimo dos outros [...].

6.3.2.3.2 Secundárias

Estas estratégias foram classificadas como secundárias por não aparecerem de forma muito freqüente na fala dos trabalhadores, mas que, por terem sido legitimadas pelo grupo, serão brevemente abordadas. São elas o silêncio, o não enfrentamento e a racionalização.

6.3.2.3.2.1 Silêncio/não enfrentamento

Existe um pacto de silêncio utilizado pelos trabalhadores como forma de proteção a represálias e/ou incomodações possíveis advindas de situações conflitivas no trabalho.

Esta estratégia foi evidenciada nos encontros da pesquisa, em relação a assuntos mais difíceis de serem abordados. No entanto, muitas vezes, estes dogmas são quebrados.

U: Como a gente se incomoda eu prefiro ficar calada, mas às vezes eu não me agüento e falo [...].

U: Desde que eu vim para cá decidi não bater de frente com ninguém [...].

O silêncio é utilizado também, como estratégia para manter relacionamentos na instituição, como se o posicionamento efetivo fosse motivo para o rompimento das relações, evidenciando a fragilidade dos vínculos formados no trabalho.

X: Eu fico no meio disto tudo. Eu fico muda e calada, porque eu gosto das duas partes (conflito entre colegas).

Esta estratégia surge também no contato com os pacientes, em uma tentativa de não desacomodar práticas instituídas, e de, principalmente, se preservar de possíveis incomodações decorrentes de denúncias contra os colegas.

V: [...] Veio até um paciente com uma chaleira quente para chimarrão (fornecida por um trabalhador), imagina o desastre. Eu não falei nada para não me incomodar [...].

T: Eu estou me propondo a falar o menos possível [...].

Em dois encontros da pesquisa houve baixo *quorum* de participantes, talvez pela dificuldade do grupo em deparar-se com conteúdos difíceis apontados em relação à operacionalização do trabalho.

U: Pouca gente hoje (referindo-se aos poucos membros do grupo). Vai ver que mexeu muito e resolveram não vir, abriu a “bicharada” [...].

U: Vocês lembram que no início a pesquisadora havia colocado uma questão e nós acabamos fugindo um pouco do tema proposto, parece que o grupo está resistente para falar do sofrimento que a gente “não vê” [...] assim como foi difícil falar sobre o ECT.

6.3.2.3.2.2 Racionalização

Os trabalhadores utilizam a racionalização em uma tentativa de controlar e separar a esfera pessoal da profissional.

Y: [...] A grande arma para não se enlouquecer aqui é saber quem tu és, que isto aqui (o trabalho) é apenas um pedaço da tua vida, não é tudo.

Z: A gente precisa encontrar uma fórmula para aturar, melhorar o ânimo [...].

6.3.2.4 Estratégias Coletivas de Saúde

No centro da relação saúde-trabalho, Dejours (1992) entende que a vivência do trabalhador ocupa um lugar particular que lhe é conferido pela posição do aparelho psíquico, que seria, de alguma maneira, encarregado de representar e de fazer triunfar as aspirações do sujeito, num arranjo da realidade suscetível de produzir, simultaneamente, satisfações concretas e simbólicas.

As satisfações concretas são aquelas que dizem respeito à proteção da vida, ao bem-estar físico, biológico e nervoso, quer dizer, a saúde do corpo. E tem como objetivo, subtrair do corpo à nocividade do trabalho e permitir-lhe entregarem-se à atividade capaz de oferecer, as vias mais bem adaptadas, à descarga da energia.

As satisfações simbólicas são aquelas provenientes da vivência qualitativa da tarefa. Tais satisfações traduzem o sentido, a significação do trabalho que realmente importa na relação com o desejo.

Vale lembrar do conceito de normalidade apontado por Dejours (1999, p.18-19):

A normalidade é interpretada como o resultado de um compromisso entre o sofrimento e as estratégias de defesa, individuais e coletivas. A normalidade não supõe, portanto, ausência de sofrimento. Ao contrário, é preciso manter um conceito de normalidade com sofrimento, não como efeito de condicionamento passivo, vindo da sociedade, nem de conformismo nem de alguma normalização pejorativa; mas, sim, como resultado conquistado mediante uma luta feroz entre as exigências do trabalho e a ameaça de desestabilização psíquica e somática.

Existe, portanto, a possibilidade de reversão do sofrimento para a saúde. Dejours (1999) denomina de reapropriação, o processo pelo qual as pessoas

subvertem os efeitos da pressão do trabalho. Trata-se de um processo em que as pressões não são suportadas passivamente, mas, transformadas em objeto de uma estratégia em que o trabalho é utilizado para autorealização.

O processo de reapropriação vai além da resistência a doenças, e entra no campo da construção da saúde. Esse processo de subversão dos riscos do trabalho envolve a dinâmica coletiva. O que assinala para a possibilidade dos riscos psíquicos e somáticos serem a oportunidade do sujeito utilizar sua sensibilidade e inteligência, como forma de contribuir para a transformação do trabalho e da sua organização.

Mas essa dinâmica, afirma Dejours (1999), exige um forte comprometimento com os próprios objetivos da organização do trabalho. Para tornar durável esse comprometimento, ele é mantido na própria transação simbólica que, em contrapartida a essa contribuição, lhe confere um reconhecimento.

Seligmann-Silva (2007) afirma que nem todas as defesas psicológicas são negativas do ponto de vista da preservação da saúde mental. É preciso lembrar que a sublimação favorece a saúde e tem o potencial de transformar o sofrimento em prazer. Assim, a sublimação possui um papel vitalizador, pois através dela, o indivíduo lança mão de sua força criativa para transformar o trabalho e torná-lo significativo.

Entretanto para que a sublimação tenha lugar é imprescindível um duplo espaço de liberdade, tanto exterior quanto interior à própria subjetividade.

As estratégias coletivas de saúde identificadas no coletivo foram: as trocas e ajuda, a oxigenação e as mudanças possíveis.

No entanto, cabe frisar mais uma vez que tais estratégias não modificam a organização do trabalho, o que seria o maior reorganizador da saúde dos trabalhadores. Tais estratégias permitem apenas, aumentar o prazer no trabalho, mas que se tornam o possível dentro de uma estrutura rígida e autoritária como o HPSP.

6.3.2.4.1. Trocas e ajuda

Segundo Dejours (1999), a cooperação supõe que os quebra galhos sejam visíveis entre os membros do coletivo, além da confiança e, da atividade deôntica.

Nesse sentido, existe um pacto de ajuda mútua entre os trabalhadores que possibilita minimizar as dificuldades que ocorrem na instituição. Há uma mobilização coletiva que permite viabilizar outras formas de realizar o trabalho dentro das unidades.

S: E cada um dá um pouco (nas comemorações).

Y: Ah, nós fazemos café da manhã, eu trago de casa toalha, flor [...] Em aniversários, saída de residentes. Estas coisas ajudam bastante.

T: [...] A gente compra as coisas que faltam, a equipe ajuda, a nossa equipe funciona bem. O grupo se auxilia, trabalha bem, claro que com algumas deficiências. O grupo da manhã é o melhor, o que mais trabalha [...] quando temos que dar alguma medicação específica, deixamos para o grupo da manhã [...].

X: Eu parei no super e comprei quatro esponjas para os pacientes lavarem a louça. Estavam lavando com panos.

T: A gente se ajuda muito nesses mutirões.

Os espaços informais são apontados como estimuladores do entrosamento entre o grupo de trabalho, e são espaços privativos garantidos pelos trabalhadores.

Y: Estas coisas é que humanizam (os encontros). Os pacientes às vezes vêm e querem entrar, mas a gente dá limites porque é o nosso momento. Eles têm o momento deles também. Estes eventos ajudam a gente a se unir.

Z: A gente faz trocas nestes momentos, fica sabendo coisas da vida do outro.

V: A gente entre as unidades (masculina e feminina) se empresta coisas, uma vai substituir a falta da colega na outra unidade [...].

Poder contar com o apoio dos colegas é algo extremamente pontuado e valorizado entre as pessoas.

T: Tem colegas aqui que seguram [...], quando fiquei mal nem coloquei atestado. Me disseram: sai que a gente segura a onda [...].

X: [...] Quando não agüento mais, quando perco a paciência, chamo os colegas, e a gente tem ajuda mútua.

T: [...] A gente compra as coisas que faltam, a equipe ajuda, a nossa equipe funciona bem. O grupo se auxilia, trabalha bem, claro que com algumas deficiências. O grupo da manhã é o melhor, o que mais trabalha [...] quando temos que dar alguma medicação específica, deixamos para o grupo da manhã [...].

A ajuda financeira aos colegas que necessitam evidencia também uma rede de apoio importante no trabalho.

Y: [...] tem uma funcionária que ganha entre 300 e 400 reais. Ela cuida de uma vó com isquemia, que usa até fralda. Os parentes se mandaram e a gente ajuda, por que parece que ela tem dificuldade até para comer, nos comprometemos com essa trabalhadora a ajudá-la até o fim do ano com 100 por mês. Nós pegamos junto, para ajudar a gente se vira, pinta a sala, compra canecas, coloca telefone sem fio, cafeteira, purificador de água – que a gente dá para os pacientes também. As outras colegas acham que não tem que dar, mas nós não... Para nós é uma coisinha a menos (que têm que equilibrar no orçamento do mês).

Fica evidente a rede de ajuda construída pelo coletivo para criar condições mais favoráveis ao trabalho em relação a questões materiais.

T: A gente procura melhorar, dar mais conforto.

Y: Agora conseguimos bebedouros, ganhamos o ar condicionado, mas pagamos a colocação. A Z. colaborou um pouco.

Y: A gente tem toalha, talheres que ficam aí para ajudar os outros também. Como eu dei a tinta, não vou ajudar no café, a gente joga [...] Quando tem almoços na unidade a gente já tá equipada.

Os encontros realizados em razão da pesquisa possibilitaram aos profissionais manterem-se informados quanto ao andamento judicial sobre a questão do reajuste salarial.

P: Mas vocês estão se articulando pelos 33%?

Z: Sim, através do sindicato dos Técnicos. Eu tô ligando para ver o andamento [...]. Vou te dar o telefone (para a U.) de uma pessoa da instituição "XX", não diz que fui eu quem deu.

U: No TJ falam em 30 dias.

Z: Não tô sentindo muita firmeza eles tão enrolando para pagar, por isso tem que incomodar. Vou atrás para ver o que estão fazendo para pressionar, sei que conta 60 dias depois da sentença para pagar, só que a juíza tem que saber que não está sendo cumprido[...].

6.3.2.4.1.1 A organização em torno da comida

Conforme Carneiro (2005), a história da alimentação abrange aspectos diversos da cultura humana onde necessidades biológicas, recursos econômicos e sentidos culturais investem os alimentos de significados amplos.

Comer não é simplesmente uma ação natural ou instintiva, está relacionada ao desejo, mais do que a necessidade. A questão da alimentação reúne representações que partem da escolha do alimento, passam pela forma como este é apropriado pelo indivíduo, abrangendo percepções – algumas delas distorcidas – a respeito de seus efeitos e sentidos.

A comida, portanto, possui vários significados simbólicos. Pode-se inferir que além de denotar a própria questão de nutrir, de alimentar, que é associada, em um primeiro plano, a uma atitude materna, pode sugerir proteção, afeto, celebração, mas também evidenciar o excesso, o controle, o sufocamento, a infantilização, a passividade e o paternalismo.

Comer segundo Carneiro (2005), não é um ato solitário ou autônomo do ser humano, ao contrário, é a origem da socialização. Pois assim como ela serve para tecer redes de relações, serve também para impor limites e fronteiras – sociais, políticas, religiosas, dentre outras.

Para Dejours (2008), os momentos de conagração são bem vindos como oportunidades para a troca de informações e de aconselhamentos sobre aspectos essenciais ao trabalho, que não podem ser abordados nos ambientes formais.

Nessas situações, geralmente as relações hierárquicas ficam de fora, o que permite o estreitamento dos relacionamentos de forma privilegiada.

Essa questão fica evidenciada na fala dos trabalhadores, que utilizam a comida como um ritual para celebrar qualquer coisa, diante da aridez em que estão inseridos.

Y: [...] Quando elas (pacientes) perdiam peso fazíamos festa, cantávamos parabéns [...].

S: [...] Mas aqui na unidade também, qualquer coisa é motivo para festa, tem sempre comilança.

Percebe-se a preocupação com a inclusão de serviços que não pertencem ao quadro estrutural de serviços da instituição, marcando uma inquietação legítima do grupo com a não exclusão e a segregação, tônica muito presente em sua rotina de trabalho.

T: A gente faz questão que os terceirizados participem das festas, das comemorações, mas a equipe da limpeza tinha vergonha de participar.

T: No natal a gente (técnicos) comprou para as meninas da limpeza uma *champagne* e um *chester* para que pudessem comemorar em casa. Porque dinheiro a gente não ia dar, podíamos ofendê-los. Demos isso para poderem comemorar com a família.

Existe uma rede de ajuda que é construída entre os setores e unidades que independe e transcende à direção da instituição, denotando uma força do coletivo, que nem sempre é percebida pelos próprios trabalhadores.

U: A gente faz lista para a nutrição e ela dá.

Z: No grupo de culinária as pessoas trazem coisas para ajudar.

T: A gente doa leite condensado [...].

T: Nós fizemos uma festa dos pacientes e funcionários, depois só para os funcionários. E mesmo quem não ajuda pode participar (funcionários), eu acho que este é o espírito do natal.

X: Na festa de final de ano a cozinha dá o básico e a gente incrementa. A gente traz caneca, talheres [...].

Surgem novos espaços organizados em torno da comida, com o intuito de integrar e/ou de fortalecer ainda mais o grupo de trabalho.

U: ah as festinhas que a gente faz!!

U: Ontem teve uma coisa diferente na unidade, a colega O. organizou um lanche coletivo, já é um espaço diferente, onde tu conversa, troca.

6.3.2.4.2 Oxigenação - residência, cursos, espaços reais de fala e o humor

Foram apontadas pelo coletivo dos trabalhadores como possibilidade real de realizarem trocas de informações, de atualizações sobre conhecimentos, bem como, temas contemporâneos - a residência, os cursos oferecidos pela instituição, os espaços reais de fala, dentre eles, a presente pesquisa; que possibilitaram e continuam possibilitando um grande viés de saúde para a realização e manutenção do seu trabalho junto à instituição. Além do humor que permite maior flexibilização e tolerância no trabalho.

Quanto à existência da residência no hospital, o grupo sinalizou sua fundamental importância, como as falas abaixo sugerem:

U: [...] Eu trabalho com os residentes que são jovens, idealistas e a gente lembra dos ideais da gente que ficaram para trás. E tu têm que fazer o meio de campo, eles te colocam contra a parede [...].

Y: Aqui sempre vem gente nova da RIS (Residência Integrada em Saúde) que passa 3, 4 meses em cada unidade.

A possibilidade de trabalhar com pesquisa na residência representa um meio de se renovar, de se manter atualizado constantemente, e inclusive, de rever alguns paradigmas.

Y: Nós somos ligadas ao Ensino e Pesquisa [...] mas não se ganha nada [...] mas dou supervisão no trabalho final deles (residentes), ajudo com o que gosto que é ler os trabalhos, me sinto renovada.

Y: Pois é, avalio monografia e vou para banca. O salário de ter residente é oxigênio, é mais vida, cabeça nova. Te incomoda, mas é uma questão de coerência. No caso da monografia, legal, vou ler coisas que vão me acrescentar [...] Preciso me atualizar. Não gosto de participar de comissões porque tem trabalhos de grupo depois [...]. Este é o meu limite.

Os residentes também formulam críticas em relação ao trabalho dos próprios preceptores, o que estimula a prática da reflexão.

U: [...] a residência dá um cutuco nas pessoas. Talvez seja por isto que a gente continua fazendo memorando onde todo mundo assina da unidade, a gente quer ver mudanças [...].

Z: A residência é um cutuco principalmente quando se tem que dar supervisão para os residentes.

As capacitações são balizadas pelo grupo como algo positivo e renovador.

Z: Os cursos que são oferecidos nos ajudam [...] (neuropsicologia).

U: outro curso legal foi o da Humanização (sobre a PNH).

6.3.2.4.2.1 Espaços reais de fala

Dejours (1999) entende que não há independência entre trabalho e fora do trabalho. Do ponto de vista psicológico e sociológico, não é possível fazer distinção entre esses dois setores da existência. Na verdade, para suportar as pressões do trabalho, a pessoa é obrigada a munir-se de estratégias defensivas. O sujeito não apresenta um funcionamento psíquico apenas no lugar em que trabalha, mas também o leva para fora do trabalho.

Quanto a esse aspecto, há muitas demandas não ouvidas ou silenciadas na instituição, fazendo com que a necessidade de falar extrapole os limites para a vida fora do trabalho.

Percebe-se no discurso dos trabalhadores que a possibilidade de falar sobre o que os faz sofrer ocupa além do espaço do trabalho, o da vida pessoal.

T: Eu não deixo passar. Quando me incomoda eu vomito e também faço terapia.

Y: A minha (terapeuta) me deu alta na semana passada.

T: Não me arrependo, não guardo raiva, porque boto para fora [...].

Z: [...] Eu falo, mas também ocupo o ouvido do meu marido.

Os encontros dos trabalhadores permitem, além das trocas, a identificação entre quem trabalha no HPSP, o que torna o trabalho mais ameno. Nesse sentido, a realização do grupo de pesquisa, foi validado pelo coletivo, como um espaço propício e legítimo para a fala.

Z: Poder dividir as angústias com os colegas, é muito bom.

T: É, nestes encontros a gente vê que não é só a gente, porque a gente conversa com outros serviços, outros colegas...

O grupo deposita expectativas de que a pesquisadora possa estruturar um espaço de fala para eles, mas não aciona mecanismos coletivos que possibilite qualquer construção concreta nesse sentido.

Z: A gente não tem o espaço de fala aqui. Como é difícil não ter lugar para dar uma extravasada, é neste grupo que a gente acaba falando. E se houvesse uma solicitação de pedido para a Direção de que houvesse este espaço, se tu (para a pesquisadora) pudesse afirmar para eles que isso é necessário [...].

Z: É uma pena (não ter espaço na instituição), porque a gente tem tanta necessidade [...] Se tu vieses uma vez por mês já tá bom [...] (em tom de brincadeira para a pesquisadora).

U: Mas este espaço de fala não pode ser com alguém de dentro do hospital (que coordene), pois assim não funciona, as pessoas não falam.

6.3.2.4.2.2 Humor

A capacidade que os trabalhadores possuem de elaborar seu sofrimento através da via humorística, possibilita uma nova leitura a respeito das dificuldades encontradas no seu dia-a-dia; além de sinalizar uma maior flexibilidade frente às adversidades do trabalho. Também sugere uma potência de saúde essencial no trato com os pacientes e colegas.

Pode-se inferir que o humor está a serviço de neutralizar a ansiedade que surge diante de assuntos constrangedores ou difíceis de lidar na rotina de trabalho.

V: Às vezes a gente leva na brincadeira (as situações difíceis), mas às vezes estressa [...] Tem coisas engraçadas também. Imagina que esses dias um paciente queria uma massagista para massagear as “bolas”. Ele disse que tinha dois mil para pagar, mas ele queria uma massagista negra (como a trabalhadora).

Y: É, a questão do bom-humor é fundamental. Mesmo na desgraça a gente ri, e olha que tem pacientes que gritam o tempo todo, não é fácil.

U: (rindo) ela vomitou (paciente) e disse na unidade que tava com problema no fígado [...] o cara (paciente) pulou o muro [...] viram eles

se beijando [...] e na semana passada ela contou que tinham transado.

V: Se o exame vier positivo (de gravidez), temos que responder [...] (à Direção).

U: (rindo) vamos ter que fazer enxoval (risos...).

Y: Será que fulano vai voltar a ser um bom colega? Papai Noel existe? (risos).

Os profissionais sinalizam uma dinâmica construída pelo bom humor, que é acionada até para brincar com o fato de estarem internados ou institucionalizados tanto quanto os próprios pacientes no hospital.

U: Meu filhos me dizem, ué deixaram tu sair? (do São Pedro) [...] (Risos).

As piadas permitem também elaborar sentimentos ruins advindos das relações truncadas.

Y: Sabe qual é a diferença entre psiquiatra e Deus? Deus sabe que não é psiquiatra [...] (risos).

Z: [...] tem que ter bom humor!!...

A questão do humor tornou-se visível também no grupo de pesquisa, na forma pelas quais os trabalhadores lidam, inclusive, com as suas próprias falhas e as fugas dos pacientes.

S: Um dia fiquei com raiva de mim mesma. Ajudei um paciente a tomar café por que ele me disse que estava fraco e depois de tomar o café ele fugiu e não pegaram mais.(todas riram- disseram que o café era muito bom e forte).

S: Teve um paciente que fugiu, saíram atrás e o apoio avisou a Brigada. Na Ipiranga ele entrou nos canos dos esgotos. Quando pegaram ele, todo sujo, disse que não queria voltar porque éramos todas umas “chupadeiras” (todas riram). Quando melhorou era muito engraçado, um dia vim melhor arrumada, e ele disse: “Oi tia, tá bonita, até que dá para encarar hein!” (risadas).

6.3.2.4.3 Mudanças possíveis

Ainda que pareçam pequenas ou incipientes, as mudanças quando ocorrem se dão em nível microestrutural - que é o possível apontado pelo grupo de trabalhadores. Já que em nível macro, não depende apenas do grupo, mas de outras instâncias que não são tangíveis a eles.

Quando as pequenas mudanças ocorrem é possível perceber o prazer advindo de tais conquistas, que retroalimentam o desejo e o significado do trabalho para este grupo, acendendo o desejo de realmente fazer a diferença e de deixar esta marca na instituição.

Quando o trabalho “dá certo”, no sentido de ter feito a diferença, ele é sempre lembrado, independentemente do tempo transcorrido. Também são apontadas, a força e a mobilização do grupo como essenciais para as mudanças ocorrerem.

Y: [...] Tinha uma outra paciente a S. que era uma grande boca, saía por aí pedindo comida em outras unidades. Então, fizemos, na época, um trabalho com as unidades para não darem comida, e foi muito legal.

Z: O que dá suporte é a equipe quando a gente consegue fazer trocas, as coisas maiores tu não muda, mas as menores com os colegas tu consegue!

Durante o tempo da realização da pesquisa, houve também a modificação de algumas posturas dos trabalhadores, em relação ao aumento da tolerância em determinadas situações de trabalho,

U: Hoje aconteceu uma situação que mostrou que eu estou melhor [...] me chamaram para contar que um colega chamou uma profissional de fora para avaliar uma paciente, e ela (colega) tomou as dores por mim, já que têm o nosso serviço na unidade. Mas eu disse: calma tem que ver primeiro se a paciente já não tinha esse profissional antes. Se fosse num outro momento eu já teria me inflado, mas agora estou mais *light*.

Os encontros da pesquisa também estimularam o fomento para novas idéias e microalterações possíveis em relação ao trabalho.

Z: Temos que fazer uma comissão de limpeza...

V: Boa idéia!

Também foram evidenciados alguns recursos ou mecanismos individuais que se repetiram entre os sujeitos, de forma constante na fala do grupo, mas em situações fora do trabalho, o que os descaracteriza como estratégia coletiva. No entanto, assinalam possibilidades, ou caminhos que viabilizam aos trabalhadores utilizarem os recursos alternativos e a inteligência auspiciosa para criar melhores condições, não só de trabalho, mas de produção de saúde para enfrentar o cotidiano nas suas peculiaridades nesta instituição.

Estes recursos alternativos são percebidos como uma possibilidade de descontração, na medida em que atuam mais em uma lógica de tensão/relaxamento, em que é necessário relaxar para poder viver novamente momentos ou situações de pressão no trabalho.

- **Dança**

Realizar atividades físicas permite extravasar a agressividade. Nesse sentido, a dança se apresenta também como uma das possibilidades de voltar à rotina de trabalho.

X: [...] Mas eu saio bastante, saio para ir a bailes. Neste dia (em que quase bateu em uma paciente agressiva) eu me lembro que eu saí para dançar e dancei “muuuuito”, até tango. Eu danço três vezes por semana [...].

- **Encontros/passeios/viagens**

A intensificação da convivência promovida através de congressos e de encontros fora do trabalho colabora na construção e fortificação de vínculos mais saudáveis.

U: Os encontros fora do São Pedro ajudam bastante [...].

T: A viagem a Buenos Aires ano passado (pela residência).

V: [...] Às vezes não tem como sair daqui com toda esta carga e ir direto para casa, tem que dar uma volta, passear.

T: Ah, os passeios, as viagens que a gente faz.

Z: [...] também tem que viajar!

As caminhadas após o trabalho também aliviam a tensão e amenizam o retorno à instituição.

V: [...] Mas quando eu tô mal eu passeio no centro antes de ir para casa.

- **Família**

O espaço familiar parece significar um “porto seguro” aos trabalhadores fora do seu ambiente de trabalho. Um lugar onde podem sempre retornar, que os abastece e nutre de afeto e que viabiliza seu retorno à instituição.

U: A família, os filhos – acho que isto é o melhor!

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em uma sociedade em que os atores sociais – trabalhadores de saúde e sofredores psíquicos e, atualmente, também, dependentes de drogas - estão colocados em pontos equidistantes - dentro e fora da clausura, surge um espaço marcado pelo poder, que é delineado historicamente por muitas variáveis; dentre elas, a segregação, o preconceito e o próprio desconhecimento de um novo, que emerge com força avassaladora.

A disciplina e o controle da instituição hospitalar, ainda continuam exigindo o “fechamento dos espaços”, para manter o controle e a utilidade dos corpos. A presença dos muros, mesmo que simbólicos, faz com que as pessoas consigam definir-se pelo lugar que ocupam numa série, ou pelo afastamento que os separam dos outros. Se o muro da fachada da instituição caiu há alguns anos, o muro que separa as unidades é, cada vez mais, defendido pelos trabalhadores, talvez em uma tentativa ambivalente de defesa ou mesmo de proteção.

As relações que ocorrem, entre os trabalhadores de saúde mental e os pacientes, estão confusas, incertas, ambíguas e contraditórias. Esse contexto reafirma a multidirecionalidade do poder na instituição, que ora funciona de baixo para cima e ora de cima para baixo.

Como fatores complicadores existem, ainda, os atravessamentos políticos, a que a instituição é submetida. Essas questões aumentam as incertezas e retiram ainda mais a autonomia dos trabalhadores, que se tornam, então, cada vez mais, inseguros, perdidos e desconfiados. Trata-se de uma dinâmica esquizofrenizante, que traz conseqüências à subjetividade.

Os trabalhadores definem o trabalho em saúde como uma atividade singular e coletiva, criativa e angustiante, gratificante e desgastante que, para além do corpo físico, deve contar, em muito, com sua capacidade relacional, de sentimentos e afetos. Por essas razões, as atividades desenvolvidas no hospital, pelo grupo analisado, exigem subjetivamente muito do trabalhador.

É preciso admitir, inicialmente, que a organização do trabalho, nesta instituição, é inteiramente atravessada por contradições, sendo impossível resolver, definitivamente, todas as questões apresentadas pelos trabalhadores e, também, pela pesquisadora, exatamente por possuírem um grande peso e complexidade históricos, que emperram os processos laborais até os dias de hoje.

A organização do trabalho no HPSP ocorre de forma rígida, autoritária, onde o poder hierárquico se dá de forma vertical, sendo que a maioria das decisões está centralizada na Secretaria da Saúde e, mais indiretamente, no Ministério da Saúde. A instituição, dessa forma, é marcada pelo atravessamento constante da variável política, o que exacerba as mudanças repentinas.

A forma pela qual o trabalho está organizado, no hospital, pode levar seus agentes a diversos tipos de desgastes, que vão desde a perda da expectativa de realizá-lo com qualidade, à desmotivação psíquica para desenvolvê-lo, chegando ao aspecto físico, através de dores e somatizações. Tudo isso pode levar, inclusive, à destruição de mecanismos de cooperação na equipe, dentre os quais se encontram as estratégias coletivas de defesa e as de saúde, principalmente.

Em decorrência dessa forma de organização do trabalho, são utilizadas estratégias coletivas de defesa e de saúde, mas que operam de forma conservadora, pois não chegam a modificar o modo de organização do trabalho, o que permitiria, assim, a flexibilização da estrutura e a superação de muitas situações. Tais defesas permitem que o trabalhador se mantenha trabalhando e que minimize, ao menos temporariamente, seu sofrimento ou que obtenha ainda algum prazer no trabalho.

Dentre as estratégias coletivas de defesa, os afastamentos são utilizados de forma maciça, pelos trabalhadores, que, desta forma, incidem diretamente na elevação do índice de absenteísmo do hospital. Além de prejudicar o andamento do próprio trabalho, esse fato provoca elevados níveis de sofrimento psíquico, uma vez que as questões geradoras desses sofrimentos, muitas vezes, não são verbalizadas e/ou não são resolvidas, mas, sim, evitadas. Isso faz com que esses aspectos se agravem, com o passar do tempo, demarcando um círculo vicioso e uma cultura cristalizada, que fica cada vez mais difícil de ser interrompida e modificada.

A própria complexidade assistencial da área hospitalar, por si só, já é um fator que sobrecarrega os trabalhadores. Em razão das substituições das ausências, por exemplo, tem aumentado muito a demanda profissional dos que ficam, o que acaba por induzir a um maior número de faltas, num círculo vicioso, que dificulta a organização e a operacionalização do trabalho.

O que mais determina o absenteísmo são as incomodações, resultado, em última análise, da relação com a chefia, ou com os colegas, onde o trabalho em equipe deveria ser um compartilhamento destas questões, na sua experiência.

Os motivos das saídas estão ligados, também, ao descontentamento e à sensação de estar em um limiar perigoso, entre a razão e a loucura. Esses fatores aproximam os trabalhadores, ainda mais, do público atendido nas unidades, gerando uma identificação, ainda que apenas em fantasia, que pode se tornar bastante perigosa e ameaçadora à sua própria integridade mental. No que diz respeito aos recursos humanos, vale lembrar que o sofrimento excessivo reflete-se na qualidade do trabalho realizado, de tal forma que o adoecimento do trabalhador representa custos adicionais, inclusive, para o sistema de saúde, em função dos afastamentos e da rotatividade.

Além do afastamento, como estratégia coletiva de defesa, os trabalhadores utilizam o endurecimento. Trata-se de um conjunto de ações que estão a serviço de minimizar a proximidade do envolvimento com os pacientes, com os colegas, com os gestores, ou seja, com a instituição como um todo. Essa estratégia também produz muita dor e sofrimento, apesar da preocupação manifesta, pelos servidores, em não endurecer os afetos. Foi constatada, ainda, outra estratégia, diante das situações que surgem na rotina do trabalho, que é a reclamação – que se por um lado incita a vitimização, a banalização, a ambivalência e a passividade dos trabalhadores; por outro, permite através da repetição, possibilidades de elaboração do sofrimento, no sentido de que ele se torne suportável e que sejam, assim, vislumbradas pequenas brechas de prazer.

Percebe-se um desconhecimento dos processos de trabalho e do funcionamento dos serviços de saúde mental, de forma mais profunda, por parte dos trabalhadores, o que acarreta em muitas perdas. Este nível de conhecimento seria estratégico para o aprimoramento do trabalho na instituição e poderia trazer reflexos significativos, também, na diminuição de custos, para o sistema público de saúde como um todo. É o que se poderia verificar, por exemplo, na redução de agravos e de suas consequências, como perda da inserção social, estigmatização, diminuição da funcionalidade e da autonomia, bem como na redução do risco de internação psiquiátrica.

Os processos de divisão do trabalho são acentuados e ocorrem de acordo com três grandes categorias profissionais – os técnicos, a enfermagem e os médicos -, o que contribui para a diminuição do significado do trabalho e, também, para as possibilidades de mudá-lo. Além disso, há um grande reflexo do individualismo nas

relações, corroborado pelo sistema de turnos, que fragmenta ainda mais os processos laborais.

Os trabalhadores se encontram em um espaço do “entre”. Trata-se de um espaço de transição, entre o que o hospício foi, no sentido de representação de um espaço de segregação, de depósito e de manutenção da loucura, e o que a reforma psiquiátrica um dia será, ou o que se pretende que ela seja. Essa expectativa está calcada em uma rede que realmente possa dar o suporte e a abrangência necessários, para que funcione efetivamente. Este novo espaço requer um novo saber, uma nova prática, uma vez que o perfil epidemiológico do hospital está se modificando.

Além dessa fronteira simbólica, existe a proximidade geográfica em que se encontram as unidades estudadas, pois, de um lado, são vizinhos das unidades crônicas e, de outro, do serviço residencial terapêutico morada São Pedro.

Ocorre que trabalhar neste espaço do “entre” é muito ansiogênico, pois remete ao tempo de ingresso dos trabalhadores na instituição, quando não havia um conhecimento prévio no manejo com o perfil dos pacientes a serem atendidos. Sendo necessária a construção deste conhecimento, ao longo dos anos.

Este processo de se depararem com um novo “não saber” provoca desgastes de toda ordem, pois, de acordo com suas falas, os trabalhadores não acreditam na reforma psiquiátrica, do jeito em que ela está constituída atualmente. Suas manifestações remetem à inexistência ou à reduzida capacidade de leitos psiquiátricos no SUS e à furada rede de suporte dos serviços alternativos, sendo que os que ainda existem, não dão conta da demanda instalada. Além disso, eles referem outros problemas estruturais, de uma reforma que está ainda em processo de ser viabilizada, assim como o próprio Sistema Único de Saúde. Tudo isso marca o desconhecimento de alguns processos novos de trabalho e de funcionamento de serviços, no campo da saúde mental, que foram incorporados através da reforma psiquiátrica.

Essa realidade de passagem ocorre também em nível macro, pois a atenção pública à saúde mental, no Brasil, encontra-se, neste momento, voltada para a implantação de projetos políticos, originados pela reforma psiquiátrica. Isso implica em um movimento de transição, com a conseqüente tentativa de mudança do modelo piramidal para o modelo em rede, que ainda está longe de se solidificar.

Na instituição, especificamente, ocorre que o serviço residencial terapêutico morada São Pedro, fruto e personalização da reforma psiquiátrica, está também localizado em um espaço do “entre” – ou seja, entre o manicômio e a “Vila dos Papeleiros”. Isto significa que este é um espaço também de transição, um espaço do que é possível e não do ideal da reforma. Assim, existe uma grande proximidade dos pacientes residentes com as drogas, que são utilizadas e/ou comercializadas a “céu aberto” pelos moradores da vila, que, vale lembrar, chegaram previamente no local.

Essa questão assusta muito os trabalhadores, por diversas razões. Dentre elas, está o fato de as drogas serem o novo foco dos atendimentos realizados - por ser um dos pontos nevrálgicos, que marca a mudança, o não saber e a impotência, em relação a um novo perfil. Outro dado é a identificação que surge no âmbito familiar, pelo medo que esta impotência seja estendida aos filhos e à família e de que ocorra o mesmo destino com eles. Além disso, há preocupação, diante do que representa ser uma configuração do trabalho sem fim, uma vez que o retorno dos pacientes é sistemático e degradante, tanto fisicamente, quanto emocionalmente. Isto demanda sempre mais do trabalhador, que já sinalizava estar no seu limite e que, agora, tem exacerbada a percepção de não ver o resultado final do seu trabalho, assim como o Mito de Sísifo.

Em relação ao prescrito e ao real, há uma enorme carência de normas antecedentes, evidenciando que não existe uma forma específica de trabalhar. Ocorre que o prescrito é pouco elucidativo ou inexistente, marcando um espaço de falta, onde não há o escrito, que é, então, preenchido pelo entendimento individual de cada trabalhador sobre como deve proceder. Esta realidade também potencializa os conflitos e contribui para tornar o trabalho ainda mais assustador e difícil, no hospital. É o que se evidencia, pois a distância entre o prescrito e o real, em muitas situações, não é preenchida pela capacidade criativa do trabalhador, mas por um medo que pode se tornar paralisante, em função da inexistência ou do afrouxamento destas normas e regras.

Além disso, os trabalhadores que, em sua maioria, não tiveram nenhum tipo de treinamento e/ou capacitação, quando ingressaram na instituição, muitas vezes enfrentam situações, que por falta de recursos e/ou materiais, precisam basear suas práticas apenas, na intuição e na sorte, o que contribui para que o trabalho vá perdendo seu significado.

Em relação às condições de trabalho, os trabalhadores relatam que este também é um espaço marcado pela falta. As condições descritas são ruins, oferecendo, inclusive, diferentes riscos à saúde deles e dos próprios pacientes, tais como, rampa escorregadia, falta de iluminação, exposição à agressão, dentre outros.

Além disso, eles enfrentam baixo padrão de remuneração, reduzido quadro de trabalhadores - tal dado é corroborado pelos sindicatos que afirmam que em torno de 55% do quadro geral dos servidores já está aposentado; além dos poucos programas de capacitação, degradação do *status* de servidor público, bem como o sucateamento de diversos recursos e estruturas, que revelam um processo gradual de “desmanche” do serviço público.

São evidenciadas, portanto, muitas formas de precarização do trabalho na esfera pública. Dentre elas, a dos vínculos de trabalho. Neste sentido, existe uma tendência de substituir os trabalhadores que saem da instituição, pela terceirização e pelas cooperativas, o que só reduz os direitos desses outros trabalhadores.

Outra forma de precarização ocorre em relação à dependência da instituição, no que tange às questões políticas e à vontade dos governantes. Em função do “estrago” que provocam, muitas vezes, essas questões corroboram, no sentido de retirar a autonomia e a autoria dos projetos de trabalho, diminuindo o prazer dos trabalhadores, que são os que justamente ficam na instituição e que percebem o resultado de todas estas mazelas. Assim, eles são destituídos de algo fundamental à saúde mental, que é a capacidade de planejar e executar o seu próprio trabalho, entendendo e se apropriando, de todo o processo laboral.

A precarização dos vínculos relacionais assinala um ambiente psicológico hostil, que evidencia ser uma das grandes questões nevrálgicas do hospital. Se já não bastassem todas as dificuldades, inerentes às condições e a organização do trabalho, o descuido com o outro é fruto de uma violência, que é repassada em todos os níveis hierárquicos e instâncias superiores. Essa violência ocorre sistematicamente, a ponto de o trabalho com o paciente ser apontado como o menos difícil de lidar, apesar de todas as dificuldades já elencadas, segundo o próprio discurso dos trabalhadores.

Em relação à gestão, outra questão importante é a não observância da especificidade da própria força de trabalho, existente na instituição, o que demandaria ações específicas. Dentre elas, a construção de um setor voltado para a

saúde do trabalhador; além da necessidade de novas ações demandadas aos pacientes pelo perfil de adição a drogas, que deveriam ser discutidas e planejadas de forma ampla e democrática junto aos trabalhadores, envolvendo-os sistematicamente com os objetivos da política da reforma e com os rumos do hospital.

Pode-se inferir que todas essas questões tornam os trabalhadores mais expostos a um sofrimento marcado pela perda da continuidade da narrativa pessoal e profissional o que, justamente, poderia oferecer sentido e coerência ao seu trabalho, protegendo-os social e psicologicamente. Como há uma percepção de desvalorização quanto ao seu saber, os trabalhadores sentem-se pouco reconhecidos hierarquicamente.

Essa percepção é intensificada pela redução, perda, ou ainda alteração do significado do seu trabalho. Mas, em contrapartida, o coletivo aponta a existência de um reconhecimento por parte dos pacientes, dos familiares e, principalmente, por parte dos colegas, que é significado de forma bastante legítima por parte do grupo, aumentando assim o prazer no trabalho.

Vale lembrar que a história da saúde mental é a história da exclusão do sofrimento psíquico, e que a institucionalização da doença mental produz a homogeneidade, objetiva e serializa todos àqueles que entram na instituição. Onde é construído um conjunto de formas de lidar, olhar, sentir o doente, a partir daquilo que se supõe ser o louco e sua loucura.

A lógica do sistema manicomial persegue as relações entre o trabalhador de saúde e o sofrimento psíquico. Nesse aspecto é inegável a influência do modo de organização do sistema em saúde mental. Onde na tentativa de se estruturar um campo de ação possível para o sofrimento usuário, muitas vezes, ele é objetivado, o que é evidenciado pela expressão “paciente” utilizada com unanimidade pelos trabalhadores.

O sofrimento verbalizado pelo coletivo é banalizado pela instituição e inclusive aceito pelos próprios trabalhadores como inerente à sua atividade. Pois, não é novidade o quanto o trabalho com a saúde mental está de diversas formas, ligado a um imaginário social, que sinaliza que a dedicação e o sacrifício, além da privação do próprio bem-estar, se constituem como condição do seu exercício profissional.

Concomitantemente a estas questões, existe uma fragilidade dos mecanismos de proteção social não apenas em relação aos pacientes atendidos,

mas aos próprios trabalhadores que precisam lidar, algumas vezes de forma solitária, com as suas dores físicas e mentais, contando, algumas vezes, com a possibilidade de ajuda caritativa das colegas, reproduzindo, assim, a lógica inicial dos hospícios. Mas que, por outro lado, também assinala a construção de uma rede independente de trocas e de ajuda feita entre os trabalhadores que fomenta não só o apoio emocional, mas também o financeiro. E que torna o trabalho, assim, menos pesado.

Assim, a importância do coletivo de trabalho, foi sinalizada em substituição ao trabalho solitário, que muitas vezes, ocorre na rotina das unidades, marcando a cooperação como característica fundamental de suporte ao trabalho, e, além disso, pontuando um desejo real de que o trabalho possa estar permeado por mais prazer.

Foram evidenciadas no grupo como estratégias coletivas de saúde as trocas e ajuda – com a construção de uma rede independente formada pelos trabalhadores para suporte financeiro e emocional aos pares, e, também a organização em torno da comida, em que há grande mobilização do grupo. Quanto a essa questão, é interessante constatar que a comida possui vários significados e interpretações, pode representar passividade, resignação, expiação da culpa, mas também, maternagem, nutrição e afeto ou ainda nutrição pelo afeto; - a oxigenação – marcada pelos cursos, pelos espaços reais de fala, dentre eles, a presente pesquisa e pela residência, que é a grande possibilidade de saúde apontada pelo grupo, pois faz pensar e desacomoda, mesmo que por curtos períodos; o humor que possibilita também a elaboração do sofrimento e a flexibilização; e as mudanças possíveis – que são poucas e que ocorrem em nível microestrutural apenas, mas que são sinalizadas pelos trabalhadores como extremamente prazerosas, pois trazem um novo significado ao seu trabalho, marcando ser o possível neste momento para este grupo de trabalhadores, diante da aridez do cenário em que se encontram.

Confirma-se assim, a presença de relações assimétricas nas formas de se produzir saúde, embora exista, uma conformação final de modelo dominante de se organizar o cuidado, uma vez que se atribui ao profissional o conhecimento unilateral sobre a saúde do outro. Conhecimento compartimentado e “esquizofrenizante” que só dissocia a relação entre os pacientes e os profissionais de saúde. Um exemplo dessa dissociação advém da própria divisão do trabalho através das categorias profissionais existentes na instituição, como já foi anteriormente citado.

Cabe destacar o poder centrado na figura do médico, apesar desse poder estar geralmente ausente da instituição, na medida em que os médicos, em geral, passam rapidamente pelas unidades. Mas, apesar de haver muita reclamação em relação a essa categoria, ocorre um endossamento desse poder pelo próprio grupo de trabalho. Este poder não está apenas relacionado ao bônus que traz, ou seja, ao *status*, aos horários mais frouxos, dentre outros, mas também ao seu pesado ônus, como por exemplo, ao fato de responderem pelos óbitos, responsabilidade que parece não ser significada pelo grupo.

Já o trabalho da enfermagem é marcado por ser um lugar de maior interface com o paciente, pois a assistência direta ao usuário torna ainda mais próximo o contato com a dor e o sofrimento humano, fazendo com que os trabalhadores se sintam no olho do furacão: mais cobrados, mais punidos, num jogo claro de poder. Tais pressões são evidenciadas pelos maiores índices de afastamento da instituição (36% auxiliares de enfermagem). Mas ao mesmo tempo, também é possível constatar a posição de dependência do ato médico, que igualmente reforça o mito da sua subalternidade à medicina, pois esse segmento, ao dar ênfase à prescrição médica produz o restabelecimento do conjunto do ato médico. O que constitui um tecido complexo de interações dentro da instituição.

Percebe-se, igualmente, a vitimização deste segmento de trabalhadores que também se coloca em um lugar de submissão, e que, muitas vezes, assume o papel de bode expiatório para a instituição. Essa dinâmica de vitimização traz ganhos secundários aos profissionais da enfermagem, porque reafirma a visão de que realmente é a categoria que mais trabalha no hospital.

Pode-se inferir em relação aos trabalhadores técnicos que, apesar de aparentemente, se encontrarem em uma posição mais confortável, por estarem no meio, ou seja, não serem tão cobrados como a enfermagem e nem tão falados quanto os médicos, também sofrem pelas próprias dificuldades inerentes a sua área, além de perceberem o sofrimento dos colegas.

Em relação à reforma psiquiátrica, existem mudanças estruturais importantes, para que esta se efetive como uma prática de transformação social e não como um mero instrumento estratégico utilizado pela hegemonia psiquiátrica, dentre elas, a emancipação do usuário sofredor psíquico, o reconhecimento de seus direitos e deveres, mas isso pressupõe anteriormente a transformação da própria estrutura do hospital e de todos os seus trabalhadores.

A diferença entre o modelo baseado na doença mental e o modelo da saúde mental, tem na ética o componente político do cuidado. O modelo baseado na doença mental através da utilização da tecnologia disciplinar funciona para estabelecer e preservar um conjunto diferenciado de anomalias, que é próprio do modo pelo qual amplia seu saber/poder para outros domínios.

A saúde mental, ao alicerçar-se no entendimento das relações éticas como um norte, favorece politicamente o usuário na proporção em que se estabelecem relações democráticas alicerçadas na autonomia e no cuidado de si.

É preciso encarar a multiplicidade e não reduzir o significado da igualdade à ausência de diferenças entre as pessoas, mas sim, a igualdade de direitos e deveres na atenção em saúde mental como a verdadeira forma de se fazer saúde mental.

Dentre os grilhões que são arrastados pelos trabalhadores, e que dão título ao presente estudo, o mais pesado e pontuado pelo grupo é o das relações com os colegas. Onde ocorre, com frequência, a precarização das relações e a pessoalização dos conflitos. Uma das hipóteses desse funcionamento se daria pelo desvendamento da instituição da loucura que passa pela segregação e controle que a sociedade exerce sobre esses desviantes. Mas o que se controla e adormece são os inevitáveis efeitos de um modo de organização social que aliena a produção econômica, semiótica e desejante de muitos em benefício de poucos.

As declarações que surgem nas falas dos trabalhadores sinalizam também, uma impossibilidade de saída, dentro dos caminhos esperados, pela formação social dominante. Realmente a estrutura cronificada engessa a tudo e a todos, tornando o ambiente de trabalho muito pesado. O individualismo também corrobora em muito a fragmentação do grupo, além de outros aspectos, como o fato de não se apropriarem dos espaços já instituídos, como a associação dos funcionários, os sindicatos, dentre outros, desarticulando e enfraquecendo ainda mais a força do coletivo que parece adormecida ou em latência.

Talvez o grupo não tenha nem a percepção e/ou consciência de sua própria força transformadora. Pois ou se constituem como “salvadores”, ou se vêem tão miseráveis quanto o público atendido, quando defrontados com a frustração do projeto salvador. Assim os trabalhadores ficam colados ao “louco drogado”, produzindo sintomas. Ocorre assim com a marginalização da produção dos trabalhadores que, à semelhança da produção do louco, não acha espaço de legitimação.

Curiosamente na rede pública de saúde, onde o trabalhador de saúde mental se defronta com essas demandas de alta complexidade, encontram-se os profissionais menos preparados. E isso ocorre muitas vezes, porque os estabelecimentos de saúde mental recebem os técnicos com pouco tempo de formação, intoxicados por receitas que devem desaprender para poder agir. Em outros casos, trata-se de profissionais com muitos anos de serviço público, apenas esperando sua aposentadoria.

Os jogos dissociativos que ocorrem internamente ajudam a evitar a reflexão e a fragmentar ainda mais o grupo de trabalhadores, colocando-os em uma verdadeira arena: os novos contra os velhos, os médicos versus os outros, a “santa enfermagem” que carrega sempre o piano; os técnicos, tudo se faz para que não se discuta o que cada um sabe ou, mais grave, o que não sabe. Em um processo de convalidações cínico-defensivas do instituído, vividos na instituição como algo eternificado e imutável.

Confessar que não se sabe equivale a aproximar-se da falta, da confusão e da loucura. É preciso saber a qualquer custo, mesmo ao custo da paranóia como proposta de vínculo. É interessante constatar, que este discurso parte da identificação com a fala instituída no que ela tem de mais autoritária. Pois quem busca a mudança, e exatamente por isso ameaça, é desqualificado como visionário ou idealista.

O discurso que corrobora a acomodação parte do pressuposto de que as coisas sempre foram assim, os pacientes é que são os loucos, portanto, são eles os falhos e carentes. Nada têm em comum com a instituição, que não carece, e seus profissionais que, à sua imagem e semelhança, têm saúde, têm saber, só têm.

Na instituição são marcantes as dificuldades de processar o trabalho, de organizar propostas alternativas aos modelos rejeitados. Surge constantemente a queixa de que “não nos dão”, “não nos escutam”, como um entrave para a mudança, mesmo em alguns dos momentos em que a equipe se defronta com possibilidades reais de mudar. Essas queixas podem ser analisadores da dependência daquilo que mais se critica, como uma validação de um poder sempre externo, que poderia propiciar as esperadas mudanças.

Sem dúvida todos estes processos fazem os trabalhadores sofrerem. Há muitos Sísifos na instituição, que não vêem sentido no trabalho, apenas rolam pedras. Outra questão a ser pontuada é o fato, de muitas vezes, o trabalhador de

saúde mental se encarregar do doente mental como um “problema pessoal”. A sua impotência não é mais que a expressão de um mecanismo social, que reproduz alicerçado na prisão da palavra e do desejo, na dissociação e no individualismo como propostas para a sobrevivência.

Fica exposto então, que não existem formas prontas para superar estes duros efeitos de estrutura, no entanto, algumas possibilidades surgem. Uma delas seria a de utilizar esse sofrimento como analisador da situação em que o trabalhador de saúde mental se insere, no sentido de um social mais abrangente.

Para tanto, é fundamental que este sofrimento se coletivize, que possa ser falado, que se criem espaços propícios e legitimados pelos próprios trabalhadores, que não se perca isto de vista. Não se pode esquecer que o esforço pelos espaços de pensamento e de troca está incorporado nas lutas dos trabalhadores de saúde mental, mas é necessário que se produza um alargamento das discussões com urgência, e resta ainda muito por fazer, pois é necessária a contribuição de todos.

Talvez, o sentido da contribuição dos pacientes seja o de marcar quanto de tudo aquilo que se coloca “fora”, com “eles”, que se reprime e aprisiona, também se acha encravado nas práticas dos trabalhadores de saúde. Nesse sentido, uma das propostas de saúde seria a de seguir propondo instalar a crise, de forma a ousar, inventar, recuperar o poder delegado muitas vezes e fazer dele potência. Pois, os trabalhadores não são só vítimas das armadilhas do poder, também podem exercê-lo.

Daí a necessidade de se estabelecer estratégias por parte dos trabalhadores de saúde mental na definição ou ajustes das relações que se estabelecem com os usuários e/ou pacientes, colegas e instituição.

Pode-se perceber que há obstáculos importantes na valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, notadamente relativos ao subfinanciamento do SUS. Outro entrave é a baixa legitimidade do SUS perante a sociedade. Por outro lado, há um campo de experimentações locais positivos na valorização do trabalhador de saúde; assim como há o reconhecimento do problema por parte das lideranças da sociedade e pelos gestores, além de boas estratégias e diretrizes do que fazer, conforme já apontado a respeito das políticas públicas que foram construídas teoricamente em nosso país.

Fica o desafio de aglutinar pessoas e construir alianças que possibilitem movimentos políticos na sociedade com resultados efetivos para se conquistar mais

recursos para o SUS e viabilizar a valorização de seus trabalhadores. Também fica o desafio do como fazer para que a mobilização dos trabalhadores possa fomentar gestores mais democráticos e que possa resultar em usuários mais satisfeitos no cotidiano com práticas de saúde mais humanizadas.

Que se crie então, processos moleculares de mudança nos territórios de trabalho, de modo a garantir o compartilhamento de uma vida digna de ser vivida por e para todos. Que essas micromudanças possíveis sejam cada vez maiores e mais possíveis.

Para tanto o apoio institucional regular e sistemático da Secretaria Estadual de Saúde, bem como, do Ministério da Saúde aos processos de mudança é estratégico para que a saúde dos trabalhadores não sucumba.

Há também a necessidade da construção de uma nova consciência ético-solidária entre os trabalhadores de saúde mental e o sofredor psíquico. Esta nova consciência depende de um movimento que combine as três dimensões do processo de Reforma Psiquiátrica – a dimensão política, a dimensão técnica e a dimensão ética.

Não existem respostas únicas como foi apontado, pois assim como o SUS, cada instituição precisa se fazer andando, de acordo com suas particularidades. Mas isso pressupõe abrir brechas institucionais, o que normalmente não é suportado de bom grado. Porém, os objetivos explícitos desses empreendimentos enunciam e provocam implosões que analisam os objetivos ocultos das práticas assistenciais.

Vale destacar, dentro desse contexto, que a emancipação do usuário sofrente acompanha a emancipação do trabalhador de saúde mental, daí ser fundamental a reflexão por parte de todos envolvidos.

É fundamental aprender a repensar a questão do trabalho, sua centralidade e sua potência estruturadora das relações sociais, bem como, os padrões de sociabilidade, a construção de identidades e formas de subjetivação. Numa busca para identificar as linhas de força que introduzem novas fissuras nas circunstâncias do presente, abrindo novos campos possíveis. E eles existem.

É importante lembrar que na história, momentos que poderiam ser definidos como bizarros ou difíceis, engendraram novas formas de inovação e experimentação das relações sociais. Pois os momentos de crise, ruptura e transformação não têm seu destino pré-traçado; ao contrário, podem representar potencialidades. E essa é a grande deixa para os profissionais de saúde.

É necessário por parte do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual da saúde e dos gestores da instituição HPSP um olhar mais atento, em relação às condições em que são realizadas estas atividades essenciais, do ponto de vista da segurança no trabalho, da produção da saúde, do processo, e das condições de sua realização.

Também é essencial este olhar para a forma pela qual o trabalho está organizado. E para isto é necessário que os trabalhadores possam sentar para discutir a organização do seu próprio trabalho, onde a participação e a concordância dos gestores é fundamental, gerando assim, processos mais participativos e não delegatórios por ações apenas. Urge, portanto, que se estabeleçam espaços legítimos realmente voltados à discussão.

Dado que o trabalho na saúde configura-se em um espaço onde novas normas se instauram, dado que frente aos desafios do cotidiano os trabalhadores produzem novas normas e por ser no cotidiano que os trabalhadores inventam como fazer para trabalhar em equipe, numa perspectiva interdisciplinar; como humanizar a atenção, inventando técnicas e instrumentos, tentando garantir a saúde de quem está sob seus cuidados? Diante de tantas questões, ressalta-se a importância do diálogo e da escuta além da queixa. Queixa dos pacientes e também dos próprios trabalhadores envolvidos no processo de trabalho.

É essencial que ocorra em todas as instâncias a valorização dos saberes - O que se faz, e o que não se faz, os saberes da experiência, os saberes disciplinares, a discussão sobre o que é gestão em saúde. Que a instituição possibilite também dentro de espaços já consagrados de supervisão administrativa e clínica, a existência de espaço para compartilhamento de experiências que possibilite aumentar o poder de ação dos trabalhadores.

Há ainda, a importância de se ter indicadores, de se criar instrumentos de medição qualitativos e quantitativos para um melhor entendimento da complexidade do trabalho exercido na instituição, que sejam sensíveis e específicos para essa realidade.

É necessário e fundamental que os trabalhadores se mobilizem, que façam uso de sua potência transformadora, de suas próprias forças, e principalmente da força do coletivo, para que possam emergir daí as possibilidades reais de mudança. Mas para que isso ocorra, inicialmente é importante a elaboração/construção de

acordos entre as pessoas que levem em conta a dimensão subjetiva das relações e que possibilite renúncias parciais e pessoais em nome de um coletivo maior.

Dessa forma, entende-se que a reflexão proposta no grupo de pesquisa permitiu aos trabalhadores a mobilização necessária para problematizar a respeito de possíveis mudanças que viabilizariam tornar o trabalho menos penoso, mais saudável e por conseqüência, mais criativo. A possibilidade de confrontar opiniões e a criação de um espaço público de discussão permitiu, em muito, fortalecer as relações de troca entre os trabalhadores, marcando a necessidade de democratizar as relações de trabalho, bem como, o desejo de produzirem um novo conjunto de regras em seu cotidiano de trabalho.

Cabe destacar para concluir, que estas abordagens estão em sintonia com os princípios do SUS e da política de Humanização, pois instituem ações que são favoráveis à valorização e ao resgate do trabalhador em seu papel de sujeito nas relações de trabalho e na sua vida social, assim, talvez realmente se possa produzir saúde dentro do campo da saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade atual vem exigindo dos pesquisadores envolvidos com a temática da saúde maiores esforços para compreender as mudanças recentes, pois o modo de as pessoas fazerem uso de suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para produzir no trabalho foi transformado de forma bastante significativa.

Essas modificações são ainda mais exacerbadas pelo fato dos trabalhadores do HPSP se encontrarem em um espaço do “entre” – entre o modelo hospitalocêntrico e o da reforma psiquiátrica; geograficamente entre as unidades crônicas e o residencial terapêutico morada São Pedro.

Em relação ao objetivo da pesquisa, pretendia-se compreender a dinâmica do processo de trabalho dos profissionais de saúde mental de um hospital psiquiátrico público, em relação ao sofrimento e ao prazer. A pesquisadora entende que os objetivos geral e específicos do estudo foram atingidos. Nos próximos parágrafos, serão retomadas as análises, que foram possíveis, através da pré-pesquisa e da pesquisa propriamente dita.

A organização do trabalho, ao atingir a subjetividade dos trabalhadores, modifica a sua maneira de enfrentar os riscos e traz efeitos sobre a saúde ainda não perfeitamente dimensionados. Na instituição estudada, tanto as condições ruins, quanto a forma de organização – marcada pelo autoritarismo e atravessamentos políticos - são danosos aos trabalhadores que se tornam desconfiados e apelam para estratégias que, na maioria das vezes, não resolvem, apenas protelam os problemas e as dificuldades.

As estratégias coletivas de defesa utilizadas pelos trabalhadores foram: o afastamento, o endurecimento e a reclamação. Já, as estratégias coletivas de saúde, apareceram como: trocas e ajuda, oxigenação e mudanças possíveis.

Percebeu-se que as estratégias coletivas de defesa e de saúde utilizadas pelos trabalhadores operam de forma conservadora, pois não chegam a modificar a forma pela qual o trabalho está organizado na instituição, mas permitem que o trabalhador se mantenha vinculado à instituição; além de minimizar seu sofrimento e/ou aumentar o seu prazer no trabalho.

Em relação ao prescrito, existe um espaço de falta em relação às normas que é preenchido pelo entendimento individual dos trabalhadores. Para agravar o quadro, há ainda o desconhecimento dos trabalhadores sobre o *crack*, que é motivo

de preocupação do meio científico e social. Tal desconhecimento, inclusive, potencializa a falta de significado atribuída ao trabalho.

Dentre os vários grilhões que contribuem para o processo de sofrimento no trabalho segundo os trabalhadores, a precarização dos vínculos relacionais, particularmente com os colegas, é apontado como fardo mais pesado a ser carregado na instituição.

É necessário sinalizar que, diante da complexidade da instituição estudada e por todas as variáveis envolvidas, evidencia-se a importância da continuação deste estudo em Psicodinâmica do Trabalho. A reflexão proposta no grupo de pesquisa, durante um pouco mais de três meses, já permitiu aos trabalhadores uma mobilização, no sentido de problematizar a respeito de possíveis mudanças que viabilizariam tornar o trabalho menos penoso, mais saudável, criativo e prazeroso na instituição. Ainda pôde fortalecer as relações de troca entre os trabalhadores, marcando a necessidade de democratizar as relações de trabalho e o desejo de produzirem um novo conjunto de regras em seu cotidiano.

Além disso, sugere-se a realização de outras investigações, que possam também contribuir para a compreensão e reflexão da temática. Desse modo, acredita-se na possibilidade de fomentar a força do coletivo e, com isso, promover realmente as mudanças necessárias para a construção da “saúde mental”, de todos os envolvidos.

Os dispositivos apresentados através da criação de espaços de discussão, da Reforma Psiquiátrica, da Política Nacional de Humanização, dentre outros, poderão ser instrumentos valiosos a serem explorados, mas antes, será fundamental despertar os trabalhadores para essa possibilidade. Pois não há poder instituído ou instituinte que faça o sistema de saúde pública dar certo, sem que as pessoas acreditem ser possível alterar realidades e serem capazes, assim, de protagonizarem mudanças.

Lembrando que a melhor maneira, ou a forma ideal de conduzir mudanças não existe, pois se apresenta como efeitos de tempo e lugar. As iniciativas, portanto, vão sendo construídas conforme os tempos e relações que se estabelecem.

Por fim, cabe registrar as marcas que esta pesquisa provocou na pesquisadora, bem como os grilhões que foram também arrastados, durante esse percurso de dois anos. Com certeza, o fato de ser funcionária pública provocou uma identificação direta, da pesquisadora, com o fardo dos trabalhadores desse estudo,

que representa as truncadas relações de trabalho, na instituição em que atua profissionalmente.

Foi necessário enfrentar o desafio de ter que lidar com a impotência, diante de questões políticas, que só desempoderam e violentam o trabalhador e, ao mesmo tempo, atuar na construção de um novo Serviço, voltado à Saúde do Trabalhador, de tal forma que não sirva à dor. Além disso, a pesquisadora também esteve nesses últimos anos em um espaço do entre – entre o processo complexo de gestação de um bebê, se percebendo em um novo papel e o processo gestacional da dissertação, aonde ambos vieram acompanhados de muita dor, mas também de muito prazer.

Para finalizar, vale lembrar de que é na possibilidade de deslocar os constrangimentos, os limites do real por estratégias, pela mobilização da inteligência, que a saúde e o prazer podem ser conquistados, mesmo que de forma instável. Pois, como afirma Dejours (2008), saúde e prazer estão sempre por serem conquistados, nunca são definitivamente adquiridos. Esta deve ser uma conquista de todos os trabalhadores, mas de forma particular e especial, dos profissionais de saúde mental que se encontram amarrados aos grilhões do manicômio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBARNOZ, S. **O que é trabalho:** “Primeiros Passos”. São Paulo: Brasiliense, 1986.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 3. ed., São Paulo: Cortez, 1995.

AREJANO, Ceres Braga. **Reforma Psiquiátrica:** uma analítica das Relações de Poder nos Serviços de Atenção à Saúde Mental. Pato Branco: Rotta, 2006.

BASAGLIA, F. A Instituição da Violência. In: BASAGLIA et al. **As Instituições e os discursos.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, n. 35, 1974, p.34-71.

BOTTEGA, Carla Garcia. **Loucos ou heróis:** um estudo sobre prazer e sofrimento no trabalho dos Educadores Sociais com adolescentes em situação de rua. 2009. 201 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul [2009].

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-americana de Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico.** 2. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CARNEIRO, Henrique S. Comida e Sociedade: significados sociais na história da alimentação. **História: Questões e Debates**, Curitiba, n. 42, p.71-80, 2005.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social.** Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. **A ordem psiquiátrica:** a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CLOT, Yves. **A função psicológica do trabalho**. 2. ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

CODO, Wanderley; SAMPAIO, José J.C.; HITOMI, Alberto Haruyoshi. **Indivíduo Trabalho e Sofrimento**: Uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

CRUZ-LANZARIN, Cláudia. Carcereiros ou encarcerados: um estudo sobre o trabalho dos auxiliares de enfermagem no Hospital Psiquiátrico São Pedro. 2003. 105 f.. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2003].

DEJOURS, Christophe. Por um Novo Conceito de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 14, n. 54, p.10, abr./maio/jun. 1986.

_____. Por um novo conceito de saúde mental. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.14, n. 51, abr./jun.1987.

_____. **A Loucura do Trabalho**: estudos de psicopatologia do trabalho. 5. ed., São Paulo: Cortez/Oboré,1992.

_____ et al. **Psicodinâmica do Trabalho**: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J.F. (org.). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1996, p.149-174.

_____. **O fator humano**. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

_____. **Conferências Brasileiras**: Identidade, Reconhecimento e Transgressão no Trabalho. São Paulo: Fundap, 1999.

_____; MOLINIER, P. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours**: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz. Brasília: Paralelo, 2004.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. Revista Produção. v.14, n.3, p.67-76, set/dez. 2004.

_____. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2005.

DIAS, Miriam Thais Guterres. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira e os Direitos dos Portadores de Transtorno Mental**: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro. 2007, 292 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

DORSALGIA. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/dorsalgia>. Acesso em: 10 jun.2009.

Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/default.asp?mostra=2&id=38>. Acesso em 15 Mai.2009.

FONSECA, Tânia Mara Galli. Modos de trabalhar, modos de subjetivar em tempos de reestruturação produtiva. In:_____(org.). Modos de trabalhar, modos de subjetivar em tempos de reestruturação produtiva: um estudo de caso. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Hermenêutica Del Sujeto**. Madrid: La Piqueta, 1987.

_____. **A Ordem do Discurso**. São Paulo, Loyola, 1996.

_____. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 18. ed., Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. **História da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

_____. A Governamentalidade. In: FOUCAULT, Michel. **Estratégia, Poder-Saber**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2003.

_____. O nascimento da medicina social. In: MACHADO, Roberto. (org.) **Microfísica do Poder**. , 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FREUD, Ana. O ego e os mecanismos de defesa. 5. ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FUGANTI, Luiz A. **Saúde, Desejo e Pensamento**: Saúde loucura, n. 2, São Paulo: HUCITEC, 1990.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1990.

GUARESCHI, Neuza M.F. **Foucault e a Psicologia**. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2005.

GUATTARI, Félix. **As três ecologias**. Campinas, SP: Papirus, 1990.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 7. ed., RJ: Vozes, 2005.

GUEDES, Adriana Pereira; MACEDO, Cristiane Harzheim. **Quem dá nomes às unidades do Hospital Psiquiátrico São Pedro**. Trabalho teórico-prático de Estágio em Psicopatologia. Porto Alegre, 1995.

HALLACK, Fernanda Sansão; SILVA, Cláudia Osório da. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 67-72, set/dez. 2005.

HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 1992.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro De Salles; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. RJ: Objetiva, 2001.

JARDIM, Sílvia R.; GLINA, Débora M. R. O Diagnóstico dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. In: GLINA, Débora M. R.; ROCHA, Lys E. (Orgs.). **Saúde Mental no Trabalho**: desafios e soluções. São Paulo: VK, 2000.

KORNDÖRFER. HPSP. In: WEBER, Beatriz Teixeira; SERRES, Juliane C. Primon. **Instituições de Saúde de Porto Alegre: Inventário**. Porto Alegre: Ideograf, 2008.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do Trabalhador. **Um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical**. 1996. 435 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, [1996]. mimeo.

LANCETTI, A. (org.) **SaúdeLoucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990.

LAPLANCHE J.; PONTALIS J.B. Vocabulário da Psicanálise. 8. ed., São Paulo: Martins Fontes, 1985.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes (org. e apr.). **Escritos de Louis Lê Guillant: Da ergoterapia à psicopatologia do trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma** (Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil). Rio de Janeiro: Graal, Série Saber e Sociedade, n. 3, 1978.

MAGALHÃES, Lia Conceição Mineiro de Souza. Grupo de Trabalho em Humanização: dispositivo propulsor de processos para um SUS que dá certo nos Hospitais Estaduais do Rio Grande do Sul. 2009 76f. Pós-graduação em Humanização na atenção e Gestão do SUS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, [2009].

MARAZINA, Isabel. Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura. In: LANCETTI, Antonio et al (org.). **SaúdeLoucura1**, 2. ed., São Paulo: Hucitec, 1989, p.69–74.

MARX, Karl. O Capital. Crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MATURANA, Humberto. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo horizonte: UFMG, 2005.

MAGNÓLIA MENDES, Ana, et al (org.). **Trabalho e Saúde: o sujeito entre emancipação e servidão**. Curitiba: Juruá, 2008.

MENDES, Jussara Maria Rosa. **O verso e o averso de uma história: o acidente e a morte no trabalho**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo. **A Informática no Brasil: prazer e sofrimento no trabalho**. Porto Alegre: UFRGS, 1999.

_____; VAZ, Marco Aurélio; SPODE, Charote Beatriz et al. Trabalho, prazer, sofrimento e adoecimento em portadores de Lesões por Esforços Repetitivos. In: MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org.). **Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

_____; et al. As transformações no serviço público e a saúde dos Trabalhadores da seguridade social de Porto Alegre. In: MERLO, Álvaro (org) **Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde – Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília, DF, 2005.

_____. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Desprecarização do Trabalho no SUS – Perguntas e Respostas. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília, DF, 2006.

NARDI, Henrique C. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinaridade. In: MERLO, Álvaro R. C. **Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

_____; TITTONI, Jaqueline; BERNARDES, Jefferson S. Subjetividade e Trabalho. In: CATTANI, Antonio D.(org.). **Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **Ética, Trabalho e Subjetividade**. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br>. Acesso em: 12 abr. 2009.

PALOMBINI, Analice de L. O Louco e a rua: a clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais. **Educação, subjetividade e poder**, v.6, nº6, p. 25-31, ago. 1999.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**. v. 35, p. 103-109, 2001.

PITTA, Ana. **Hospital dor e morte como ofício**. 3. ed., São Paulo: Hucitec, 1994.

Plano Estadual de Saúde. Relatório de Gestão Estadual da Saúde – 2008 Proposta de reformulação. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/dados/1239968558183RG-SES08_CESabril09%5B1%5D.ppt#256. Acesso em: 05 jun. 2009.

Política Nacional de Humanização. Disponível em: www.saude.gov.br/humanizasus. Acesso em: 02 fev. 2009.

RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995.

RAMMINGER, Tatiana. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Boletim da Saúde**, v.16, p. 111-124, 2002.

RIBEIRO, Herval Pina. De servidor a trabalhador público. Disponível em: <http://www.sinjusc.org.br/admin/uploads/baixar/Deservido%20doestadoatrabalhadorpublicoreduzido.doc>. Acesso em: 05 abr. 2009.

RIBEIRO, Sidarta. Loucos são os outros. **Mente e Cérebro**. São Paulo, ano XVI, n. 188, p.20, set. 2008.

RIGOTTO, Raquel Maria. In: BUSCHINELLI, et al (orgs). Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Kátia Faria de. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 64 – 73, 2003.

ROLLO, Adail de Almeida. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? In: SANTOS-FILHO; BARROS DE BARROS (orgs). **Trabalhador da Saúde – Muito Prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007, p.19 – 59.

SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do conselho Federal de Medicina**. jul/ago/set/ 2004. pg. 15-16. Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaJornalJulAgoSet2004#>.
Acesso em: 23 mai. 2009.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2006.

SELLIGMANN-SILVA, Edith. Psicopatologia do trabalho: aspectos contemporâneos. In: BOJART, Luiz Eduardo Guimarães et al (coord.). **Anais...** 2º Congresso Internacional sobre saúde mental no trabalho. Goiânia: Cir., 2007. p. 64-98.

_____. Uma história de "crise de nervos": saúde mental e trabalho. In: BUSCHINELLI, et al (orgs). Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 609-635.

SAÚDE. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 22 jan.2009.

Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br>. Acesso em: out. 2007 / dez. 2008 / jan. e fev. 2009.

Sindicato dos Servidores Públicos do Rio Grande do Sul (SINDSEPE). Disponível em: <http://www.sindsepers.org.br/>. Acesso em: 02 fev. 2009.

Sindicato dos Técnico-científicos do Rio Grande do Sul (SINTERGS). Disponível em:
<http://www.sintergs.com.br/site/>. Acesso em: 02 fev. de 2009.

SOUTO, Daphnis Ferreira. **Saúde no trabalho**: uma revolução em andamento. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2004.

TAYLORISMO. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/1152/1/reflexoes-sobre-o-taylorismo/pagina1.html>. Acesso em: 10 abr.2009.

TITTONI, Jaqueline. Saúde mental, trabalho e outras reflexões sobre a economia solidária. In: MERLO, Álvaro R. C. Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

TOWNLEY, B. Conhecimento e Poder nas organizações. In: DAVEL, E.; ERGARA, S. (org.). **Gestão de Pessoas e Subjetividade**. São Paulo: Atlas, 2001, p.117-143.

WADI, Yonissa M. **Palácio para guardar doidos**: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

ZUSMAN, J. A. Centro de atenção diária Luiz Cerqueira: a formação de um modelo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.47, n. 3, p.119-123, março de 2000.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – Mestrado**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa – Sob o peso dos grilhões: um estudo sobre a Psicodinâmica do Trabalho em um Hospital Psiquiátrico Público

Esta pesquisa visa conhecer os efeitos do trabalho na saúde mental dos trabalhadores de saúde em hospital público que tem como foco o atendimento a doentes mentais. Desta maneira, busca-se colaborar para a discussão sobre a importância do estabelecimento de políticas de saúde para o trabalhador desta área.

Os procedimentos previstos para a realização da pesquisa incluem acompanhamento das rotinas de trabalho, entrevistas individuais e discussões em grupo. Serão divulgados dados gerais da pesquisa, de forma a não identificar pessoalmente os participantes, ficando assegurado o caráter sigiloso da mesma.

Em relação à operacionalização da pesquisa, entende-se que os encontros com os servidores deverão ocorrer em grupo, realizados dentro da própria instituição, com duração aproximada de 1 hora e periodicidade semanal. Prevê-se a realização de oito a dez encontros, perfazendo o período de três meses.

Em caso de desistência da participação na pesquisa, o desligamento poderá ser solicitado à pesquisadora em qualquer etapa do processo. Como pesquisadora, reitero meu compromisso ético com os sujeitos da pesquisa e coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos: e-mail cmagnus@psicoonline.com.br, telefone 9967 6994.

Cláudia Magnus - Pesquisadora

De acordo,

Gestor da Unidade de Internação

Nome e Assinatura do sujeito da pesquisa

Porto Alegre, _____ de _____ de 2008.

Este documento consta em três vias: uma destinada à pesquisadora, outra ao sujeito da pesquisa e outra aos gestores dos serviços.

APÊNDICE B – RELATÓRIO FINAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - Instituto de Psicologia
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

CLÁUDIA MAGNUS

Relatório final – (Dissertação de mestrado a ser defendida). Sob o peso dos grilhões:
Um estudo sobre a Psicodinâmica do Trabalho de um hospital psiquiátrico público.

O objetivo da pesquisa foi o de compreender a dinâmica do processo de trabalho dos profissionais de saúde mental, do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), em relação ao sofrimento e ao prazer. E para compreender a relação entre trabalho, sofrimento e prazer, desses trabalhadores, é fundamental o entendimento da complexa dinâmica que se estabelece, entre e com os diversos atores envolvidos. A perspectiva teórica metodológica utilizada foi a da Psicodinâmica do Trabalho, em uma abordagem qualitativa, uma vez que trata da subjetividade dos trabalhadores. Esta metodologia propõe que todo o trabalho é sempre tensionado entre, de um lado o sofrimento e as estratégias defensivas e, de outro o prazer, a possibilidade de mobilização da inteligência na busca por reconhecimento.

Podemos afirmar que a organização do trabalho no HPSP interfere de maneira muito direta na subjetividade de seus trabalhadores, pois se apresenta de forma rígida, autoritária, centralizada, com poder verticalizado, atravessado também pela ótica da política, e que constrói uma dinâmica constituída de múltiplas facetas ao trabalho público.

As estratégias coletivas de defesa e de saúde utilizadas pelo coletivo de trabalhadoras, demonstram ser bastante conservadoras, pois não atuam de forma a modificar a organização do trabalho, apenas diminuem o sofrimento, possibilitando que o trabalhador retorne à instituição, ou ainda que aumentem o seu prazer no trabalho.

Gráfico dos Objetivos X Agrupamentos Temáticos

<p>Compreender a dinâmica do processo de trabalho dos profissionais de saúde mental de um hospital psiquiátrico público, em relação ao sofrimento e ao prazer.</p>	<p>Trabalho no hospício Relações de trabalho Sofrimento e Prazer Estratégias coletivas de defesa Estratégias coletivas de saúde</p>
<p>Analisar a organização do trabalho dos profissionais de saúde mental do Hospital Psiquiátrico São Pedro</p>	<p>Trabalho no hospício Relações de trabalho</p>
<p>Conhecer as estratégias coletivas de defesa dos trabalhadores</p>	<p>Relações de trabalho Sofrimento e Prazer Estratégias coletivas de defesa</p>
<p>Entender as estratégias coletivas de saúde, produzidas por estes trabalhadores, que possibilitem maior prazer em suas práticas.</p>	<p>Relações de trabalho Sofrimento e Prazer Estratégias coletivas de saúde</p>

Agrupamentos Temáticos:

1. Organização do Trabalho

1.1. O Trabalho no Hospício:

- Os trabalhadores, assim como os pacientes crônicos se encontram igualmente institucionalizados em seu modo de viver e de trabalhar.

- É sintetizada na fala dos trabalhadores, a forma pela qual a instituição “resolve” suas dificuldades, quer dizer, terceirizando problemas e repassando responsabilidades.

- Em muitas situações os trabalhadores apostam na mudança, mas a instituição mostra-se engessada também pela Secretaria do Estado, onde as decisões estão centralizadas.

- Aparece a pouca ou nenhuma autonomia por parte dos gestores da instituição.

1.1.1. O Início de Tudo:

- Os trabalhadores relatam como foi a sua entrada na instituição, marcada pelo desconhecimento, pela curiosidade e pelas más condições de trabalho.

- Alguns trabalhadores falam o quanto foi assustador e deprimente se deparar, de início, com as patologias dos pacientes, por não possuírem experiência anterior.

- Por outro lado, alguns trabalhadores escolheram estar na instituição, e outros acabaram gostando ou se adaptando com o passar do tempo.

1.1.2. Condições e Demandas:

- Quanto às condições de trabalho, fica evidente o sucateamento dos recursos, que faz com que os trabalhadores torçam para ter sorte na resolução dos problemas.

- Os trabalhadores queixam-se da baixa remuneração e da ajuda de vale transporte, que não cobre os gastos de deslocamento do mês.

- A falta de programas de capacitação deixa os trabalhadores, muitas vezes, vulneráveis, fazendo com que cada um aja de acordo com o que acredita que deva ser feito.

- O reduzido quadro de pessoal é apontado como uma questão essencial para que se melhorem as condições de trabalho.

- Percebe-se um aumento da demanda principalmente para os técnicos, em função da redução do quadro de trabalhadores.

- A falta de status do serviço público e a necessidade de um serviço voltado mais especificamente para área de saúde do trabalhador são apontadas pelo grupo.

1.1.3. Atravessamentos do Setor Público:

- A presença de pessoas com cargos de confiança na equipe, faz com que os trabalhadores concursados, tenham a sensação de possuírem ainda menos autonomia, e, de estarem à mercê das proteções políticas.

- Fica marcado pela fala do grupo que quem está mais próximo do poder consegue com mais facilidade obter ganhos.

- Segundo os trabalhadores, os enfrentamentos das situações que estão alicerçadas na proteção política, são improdutivos, pois só geram retaliações e desgastes pessoais.

- Aparecem as contradições da instituição, dentro deste aspecto à própria Reforma Psiquiátrica, que não é estimulada pela direção geral do hospital, mas é uma diretriz adotada pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual da Saúde, o que acaba por balizar um descrédito também por parte dos trabalhadores.

- Surge um discurso confuso sobre a Reforma Psiquiátrica, mas que pontua que os trabalhadores estão contra a maneira pela qual ela está sendo conduzida, e não contra a reforma propriamente dita.

- Apesar do descrédito da Reforma Psiquiátrica os trabalhadores assinalam a necessidade de mudanças quanto à forma de tratar a loucura, que é, inclusive, o grande viés da Reforma Psiquiátrica.

1.1.4. Trabalho Prescrito X Trabalho Real:

- Os trabalhadores verbalizam que se forem seguir as regras ao “pé da letra”, não conseguiriam dar conta do trabalho.

- Sobre a carga horária, apesar da jornada de 40 horas semanais, há um acordo implícito que se faça no mínimo 20 horas, o que nem sempre é respeitado. No entanto, geralmente, a enfermagem acaba realizando maior carga horária, por estar mais em contato direto com o paciente.

- Fica exposta a desigualdade nos parâmetros de tratamento das diferentes categorias profissionais existentes no hospital, além do uso de alguns mecanismos institucionais na tentativa de controle sobre os trabalhadores.

- Os trabalhadores sabem fazer uso da distância entre o prescrito e a real, muitas vezes, se beneficiando da falta de controle sobre os seus horários e faltas, marcando assim a transgressão.

- Aparece também que, em função do reduzido quadro de escala, as chefias submetem-se às condições pessoais estipuladas pelos próprios trabalhadores, o que desorganiza a operacionalização do trabalho.

- Os trabalhadores percebem a solicitação da direção quanto ao seu horário real de trabalho, como uma produção de prova contra si mesmos.

1.2. Relações de Trabalho

- Sobre as emoções e as interações humanas no trabalho os trabalhadores apontam que colegas que menos compartilham são os mais rígidos.

1.2.1. Com os Pacientes:

- Houve uma mudança significativa no perfil dos pacientes internados nas unidades, descaracterizando a patologia ou o sofrimento mental para, em sua maioria, usuários de drogas, principalmente o *crack*; além do fato destes pacientes serem bem mais jovens do que era o usual. (troquei de lugar)

- Não há conhecimento e/ou registro por parte dos trabalhadores de casos bem sucedidos em relação a usuários pesados de *crack*. Os fracassos repetitivos em relação à continuidade do tratamento, após a agudização, fazem com que os trabalhadores assistam à degradação gradual dos pacientes. Esta realidade está bem presente no discurso dos trabalhadores.

- A questão do retorno sistemático dos pacientes, em função das drogas, torna o trabalho sem fim, uma vez que o seu produto final fica cada vez menos visível.
- A questão do gênero dos pacientes também aparece no discurso dos trabalhadores, onde as mulheres são apontadas como as que dão mais trabalho.
- Manifesta-se a competição entre as pacientes e os trabalhadores, e inclusive, o enfrentamento daquelas com a equipe.
- Surge também na dinâmica de funcionamento dos pacientes a questão da transgressão e da sedução, num jogo muito similar com o que se estabelece entre os próprios trabalhadores.
- Ocorre também uma forte identificação dos trabalhadores com a história de vida dos pacientes, principalmente com os mais jovens.
- Surgem relações que extrapolam o âmbito profissional, e que geram muitas frustrações.
- Existem pacientes que mobilizam mais a equipe, por se tratarem de casos especiais, e os trabalhadores por não saberem o que fazer diante de tais situações, expiam sua culpa através da maternagem e da comida.
- Outra questão relevante é a preocupação que os trabalhadores têm com as condições da unidade, em relação aos possíveis riscos a que os pacientes ficam expostos.
- A sexualidade dos pacientes surge como questão instigadora e muitas vezes é motivo de piada.
- Surgem neologismos criados em função de situações bizarras no trabalho.
- Em relação à sexualidade dos pacientes, se houver envolvimento entre eles, há ainda a cobrança dos familiares para com os trabalhadores.
- A fantasia com a sexualidade, entre os pacientes e os trabalhadores, também aparece através da via humorística, o que possibilita tornar a questão menos ansiogênica para a equipe.
- Outra questão importante é a agressividade por parte dos pacientes e o medo advindo da vulnerabilidade a que os trabalhadores ficam expostos nas unidades.
- Os trabalhadores apontam como alternativa ao medo e vulnerabilidade, o estreitamento do vínculo com os familiares e com os pacientes.
- Quando ocorre contratransferência, normalmente em situações de agressividade do paciente, aparece a culpa, no final, como retaliação.
- Também há um prazer perverso dos trabalhadores que se sentem “vingados” ao assistirem uma agressão, tanto direcionada a outro paciente, quanto a um colega.
- Existe a sensação por parte dos trabalhadores de estarem sendo controlados pelos pacientes, num jogo multidirecionado de poder.
- Quando um membro da equipe consegue dar limites aos pacientes, isso é festejado pelos outros trabalhadores, onde, muitas vezes o riso do grupo aparece com balizador dessa celebração.
- Entender que o paciente poderá ter desejos que diferem dos da equipe provoca frustrações, mas também gera reflexões.

1.2.2. Com os colegas:

- Os trabalhadores apontam as dificuldades de convivência com os colegas como um dos maiores problemas no trabalho.

- As equipes percebem que a área técnica da enfermagem geralmente é a mais sobrecarregada, porque está em contato direto com o paciente.
- Em pacientes com alta provenientes do interior do estado, ocorre, algumas vezes, atraso ou mesmo o não comparecimento das ambulâncias para buscá-los, o que acaba postergando o processo, gerando indignação por parte dos pacientes, que se rebelam contra a enfermagem, que assume a função de “bode expiatório” para a instituição.
- Os trabalhadores ao perceberem críticas relacionadas ao trabalho da enfermagem, sentem-se incomodados, pois devido à convivência enxergam além do sofrimento do paciente, o do colega.
- Por outro lado, muitas vezes, a enfermagem se coloca em uma posição de vitimização, obtendo ganhos secundários em relação a este papel.
- Ocorre, muitas vezes, uma relação de desdém dos médicos, direcionado principalmente, ao serviço técnico da enfermagem, que se sente desvalorizada em seu saber.
- Aparece de forma marcante a separação que existe entre os profissionais com formação em medicina e os de outras áreas. Muitas vezes esses trabalhadores sentem-se discriminados na forma de tratamento dispensada pela instituição.
- É evidenciada no discurso dos trabalhadores, a existência de uma casta, extremamente protegida pela instituição, denominada pelo grupo, de “cartel médico”, que pode, ou que se autoriza a tudo, inclusive, a escapar da tentativa de controle institucional.
- O grupo denuncia a entrada de laboratórios na instituição, marcando o poder de uma categoria de profissionais, bem como, a proteção e o respaldo por parte da Direção.
- Surge a fantasia de que o hospital ficaria melhor sem os médicos, como se os problemas pudessem ser resolvidos magicamente, reproduzindo uma lógica excludente.
- Por outro lado, existe uma idealização sobre a figura dos médicos, endossada pelos próprios trabalhadores.
- O uso de jargões técnicos acaba afastando e dissociando a equipe.
- Fica marcado o poder dos médicos e o receio de que os trabalhadores têm de contrariar seus posicionamentos.
- Percebe-se a precariedade dos vínculos relacionais, onde os conflitos transcendem a questão profissional e invadem o plano pessoal.
- Fica marcado o desrespeito nas relações, onde os retornos e críticas são dados sem o cuidado devido e na frente de quem estiver na unidade.
- A inveja é outra questão abordada pelos trabalhadores, no sentido de dificultar, em muito, o convívio com os colegas, além da própria realização do trabalho.
- Por outro lado, há uma conscientização de que os conflitos poderiam ser solucionados de uma forma diferente, assumindo um caráter mais profissional.
- Além da onipotência evidenciada nos frágeis vínculos, surge a sensação de sentirem-se usados e retaliados nas diversas relações de trabalho. Demonstrando que a violência e a degradação ocorrem em cascata na instituição.
- No que se refere ao manejo com os pacientes há também a cobrança por parte dos residentes, em relação aos trabalhadores, que se sentem desprestigiados ou não compreendidos por eles.
- Mesmo algumas atitudes tomadas pelo bem-estar do grande grupo podem ser interpretadas de forma pejorativa pelos colegas.

- No entanto, há um desejo sinalizado de que as relações sejam diferentes, permeadas pelo respeito entre as pessoas.
- No discurso dos trabalhadores aparece, em algumas situações, desconfiança ao perceberem condutas inadequadas de alguns colegas.
- O descrédito em relação à punição acaba por estimular comportamentos não éticos.
- Por outro lado, há também prazer nos vínculos que se formam no trabalho.
- Existe prazer em pontuar modificações no comportamento dos colegas que viabilizem melhorias nas relações, há também prazer em perceber o espírito de pertencimento à equipe.
- Ocorrem, em alguns momentos, indícios de uma mobilização coletiva do grupo, por melhores condições de trabalho e também por maior suporte institucional em situações mais complexas.
- Esse início de mobilização também pôde ser evidenciado em assuntos referentes às perdas salariais.
- O grupo demonstra e sinaliza também desejo de mudanças imediatas.
- A questão do individualismo aparece no grupo, que associado à desesperança, acaba por enfraquecer a sua força, desmobilizando possíveis conquistas para os trabalhadores.
- A frustração acaba por conduzir ainda mais as relações para o âmbito individual.
- Os trabalhadores colocam, algumas vezes, o poder da articulação do coletivo fora dele, como se apenas a direção fosse responsável pela questão.
- A desesperança também é resultado de uma série de tentativas frustradas de tentar fazer diferente, ou de moralizar o trabalho.
- Percebe-se o preconceito entre os próprios trabalhadores quanto à utilização e participação mais efetiva nos espaços criados pela instituição, dentre eles, a Associação de Funcionários.
- O descomprometimento de alguns trabalhadores pode levar os outros colegas a sentirem-se no limiar do que é possível fazer, uma vez que se sentem sobrecarregados, marcando um círculo vicioso.

1.2.3. Com os superiores:

- As solicitações de troca de horário dos trabalhadores muitas vezes não são atendidas, o que acaba por desmobilizar trabalhadores de outras áreas.
- Além disso, por não haver acordo possível, ocorre a desmotivação dos trabalhadores em um nível tão elevado, que chega a culminar com o pedido de solicitação de saída da unidade ou da própria instituição, reduzindo o quadro de pessoal, tornando ainda mais caótica a situação.
- A falta de protagonismo dos trabalhadores é apontada, onde aparece a pouca autonomia da equipe, que gostaria de eleger sua própria chefia de forma democrática. Marcando assim, a forma instituída de um autoritarismo histórico presente ainda hoje na instituição.
- A dificuldade em lidar com os colegas e superiores é apontada como muito maior do que a enfrentada com os pacientes das unidades.
- Esta questão é tão nevrálgica na rotina das trabalhadoras, que o grupo verbaliza preferir alguém com menos saber técnico, mas com maior facilidade de convivência.

- Aparece, na palavra dos trabalhadores, a percepção da lógica da não mudança e da perpetuação da acomodação, inclusive por parte da direção.
- O desconhecimento do trabalho realizado nas unidades pela coordenação dos serviços é percebido como uma forma de desqualificação dos trabalhadores.
- A mudança de atitude, ou de comportamento em relação ao aumento da onipotência, por parte de quem está no poder é percebido pelos trabalhadores como algo ruim, pois fomenta o distanciamento das relações.
- Nessas situações, espera-se muitas vezes que a redenção do colega ocorra via doença ou sofrimento.
- Existem muitas chefias hierárquicas na instituição, o que pode potencializar uma maior dinâmica de conflitos. Ocorre que as dificuldades relacionais, muitas vezes, se estabelecem com apenas uma delas, o que já é o suficiente para gerar desentendimentos.
- O coletivo aponta para a falta de apoio e respaldo da direção do hospital em relação aos erros e denúncias realizados, o que faz com que se sintam sozinhos, e sem a contrapartida do reconhecimento do seu esforço, no sentido de que as unidades continuem funcionando.
- Os memorandos são feitos em diversas vias como forma de proteção aos próprios trabalhadores, para garantia de que, as suas solicitações e denúncias foram realizadas.
- A falta de atitude da Direção quanto ao encaminhamento das denúncias também é pontuada.
- A restrita comunicação existente entre trabalhadores e direção fica evidente, como conseqüência, não se tem esclarecido qual o planejamento e expectativas que eles têm em relação ao seu trabalho.
- O grupo sinaliza o mau uso que é feito, na instituição, de um instrumento criado pela Secretaria da Saúde, para avaliação e reconhecimento dos trabalhadores.

2. Sofrimento e Prazer

- Percebe-se que o sofrimento está muito presente no cotidiano de trabalho e, também, na história da instituição.
- Os trabalhadores apontam diversos atravessamentos no trabalho que se tem que engolir e que os fazem sofrer.
- O preconceito e a segregação em relação à instituição, surgem em diversos níveis, e atingem não apenas os pacientes, mas também os próprios trabalhadores.
- Existe discriminação também por parte dos colegas, no que diz respeito, aos trabalhadores que chegam de outras instituições, que ficam marcados como se fossem menos competentes ou esforçados do que aqueles que já estavam lotados no HPSP.
- Os engates no trabalho, ou as situações mais difíceis de lidar surgem, em sua maioria, quando os pacientes são crianças, ou então possuem um histórico de agressão a elas.
- Também são relatadas situações muito difíceis que são enfrentadas com os pacientes adultos.
- A agressão por parte dos pacientes é uma incógnita na rotina das unidades e deixa os trabalhadores sempre de sobressalto.

- O medo da perda de controle por parte dos trabalhadores é sinalizado como algo quase incontrolável e que depende também dos limites que deveriam ser dados pela equipe e Direção.
- Falar sobre a questão da morte foi algo bastante difícil para o grupo, sendo evitada ao máximo, aparecendo apenas no final dos encontros.
- Apesar de não ser muito freqüente na rotina das unidades a morte é uma grande preocupação para a equipe, pois surge a necessidade de acalmar os outros pacientes e colegas.
- Ter de lidar com os familiares em caso de morte também gera sofrimento e muita cobrança.
- Em caso de morte é necessário responder formalmente à direção do hospital, o que corrobora a questão do peso da cobrança.
- Surge além do despreparo em lidar com tais situações, a própria culpa dos trabalhadores.
- A morte de colegas de trabalho também abala a equipe.
- No trabalho, além da morte real aparece a morte simbólica, vivenciada através de vários processos de separação, evidenciados através das saídas dos colegas, nos términos dos estágios e das residências.
- Fica manifesto no grupo, o estabelecimento de um jogo perverso dos trabalhadores para com os pacientes, que parece ser um repasse da violência que acontece com eles próprios dentro da instituição. Esse jogo é percebido por alguns trabalhadores, que ficam mal por não saberem o que fazer diante de tais situações, pois não se sentem respaldados a tomar providências administrativas.
- A instituição é marcada historicamente pelo seu passado perverso para com os pacientes, através do uso indiscriminado de mecanismos de controle, tais como, eletroconvulsoterapia (ECT), dos castigos, das correntes, e das barbáries em geral que, no entanto, não passam despercebidos na fala dos trabalhadores.
- Aparece o desejo de retaliação do grupo em defesa dos pacientes.
- Os trabalhadores ficam, ainda, chocados com procedimentos como a eletroconvulsoterapia realizada ainda hoje em alguns pacientes.
- Há divergências de opiniões no grupo quanto à eficácia do ECT.
- Os trabalhadores referem-se a um sofrimento que só é experimentado por quem vê, em uma metáfora ao ECT.
- Por todas essas questões sinalizadas, o momento de saída do trabalho é marcado pelo desejo de se retirar logo da instituição.
- Mesmo assim, desligar-se do trabalho também é tarefa difícil.

2.1. Perseguição ou “paranóia”?

- A questão da desconfiança em relação à perseguição e/ou paranóia apareceu de forma bastante significativa em praticamente todos os encontros, onde de uma forma ou outra, surgiam situações que transitavam entre a realidade particular da instituição e as fantasias do grupo, numa mescla muitas vezes difícil de diferenciar.
- A preocupação do grupo com a pesquisa foi acentuada por uma situação recente vivenciada na unidade, em que um familiar utilizou-se de material gravado e de fotos sem o conhecimento e a autorização da equipe, ameaçando-a de processo. Mesmo a equipe racionalmente acreditando que tenha feito o possível nesse caso, há sempre o incômodo decorrente da falta de respaldo institucional.

- O sentimento de perseguição perpassa todas as relações, e é evidenciado inclusive entre colegas de mesmo nível hierárquico, sendo permeado ora pela realidade ora pela fantasia.

- Evidenciou-se no andamento da pesquisa, em muitos momentos, a preocupação dos trabalhadores de que pudessem ser identificados pela instituição, o que fez demandar a exigência do grupo de que os encontros não fossem gravados. Em tais momentos, sempre foram retomadas as questões de sigilo por parte da pesquisadora, demonstrando o nível de preocupação das equipes.

- Quando a pesquisadora tentava detalhar os medos e fantasias do grupo com a pesquisa, surgia a questão da preocupação com a produção de provas contra si mesmos.

- Mesmo no último encontro do grupo de pesquisa, a questão da preocupação com o material surgiu novamente, e foi necessário detalhar, mais uma vez, de forma minuciosa, o caráter fantasioso da preocupação com a possível exposição dos trabalhadores, já que as suas falas não seriam identificadas em momento algum da pesquisa. O que dá a dimensão do medo que atravessa o trabalho na instituição.

2.2. Do medo à somatização

- O medo da exposição dos trabalhadores aparece em diversos níveis, dentre eles, o medo em relação ao perfil dos pacientes e familiares atendidos nas unidades.

- O medo da falta de segurança no trabalho invade o espaço privado dos trabalhadores atingindo o núcleo familiar.

- Quando há a problematização dos trabalhadores em relação ao medo que possuem do enfrentamento, surge como resposta o medo de represálias por não cumprirem toda carga horária que deveriam na instituição.

- O desconhecimento dos riscos possibilita, muitas vezes, a execução do trabalho, pois ignorar dados sobre a periculosidade do paciente permite afastar e/ou controlar o medo e assim continuar trabalhando.

- Surge a questão da idade avançada da equipe e como consequência, as suas dores e somatizações, agravadas pelo reduzido quadro de trabalhadores que se encontram na ativa.

- Ficam expostos também o medo de enlouquecer, e a surpresa em constatar dificuldades de ordem emocional em colega que, aparentemente, não demonstrava sinais, o que exacerba o medo de um possível surto assintomático.

2.3. Falar ao vento

- Os trabalhadores apontam os erros, constrangimentos, a falta de sintonia e de comunicação entre as equipes e sentem que sua fala não é valorizada.

- Relatam que existem muitas reuniões improdutivas na instituição e que por essa razão ocorrem esvaziamentos e reduzido quórum.

- Os trabalhadores apontam para o desejo e a necessidade de realizarem reuniões com todos os membros da equipe, de forma a melhorar os processos de trabalho.

- Muitas vezes os trabalhadores falam excessivamente esvaziando potencialidades de uma ação, desmobilizando a força do grupo. Acabam não ocupando os espaços que a instituição oferece e não gerando potência criadora e/ou transformadora.

- Quando a Secretaria da Saúde disponibiliza e a própria instituição viabiliza uma capacitação dentro do próprio hospital sobre *crack*, os trabalhadores que freqüentam o grupo não vão.

- Ocorre que em muitas situações os trabalhadores não se apropriam das informações disponibilizadas pela instituição.

- Os trabalhadores do grupo não participam da Associação dos Funcionários em função de alguns paradigmas existentes na instituição. O que acaba corroborando a desmobilização por mudanças, bem como, a perda de espaços.

- Por outro lado, existem espaços institucionais em que os trabalhadores se sentem acolhidos em suas demandas.

Prazer:

- Existe também prazer no trabalho e em defender a própria instituição.

2.4. Da transgressão ao reconhecimento

- Na rotina dos trabalhadores surgem situações relacionadas, principalmente, aos pacientes, que para serem resolvidas ou minimizadas é necessário transgredir normas instituídas, ou até mesmo fazer uso da transgressão.

- Algumas vezes as transgressões e/ou burlas são assumidas perante a hierarquia.

- O julgamento de utilidade envolve essencialmente as relações com os outros na linha hierárquica, ou seja, os superiores. Quanto a esse aspecto, os trabalhadores percebem, em alguns momentos, que há reconhecimento da Direção do hospital.

- Falam também da importância do reconhecimento formal pela instituição e pela própria Secretaria da Saúde.

- O julgamento de beleza é carregado de grande significado, por ser avaliado como genuíno, justamente por emergir dos próprios pares de trabalho.

- O espaço de discussão viabilizado pela pesquisa permitiu que fossem feitas algumas revelações entre colegas, no sentido de serem reconhecidas as relações de apoio existentes no trabalho.

- Os trabalhadores pontuam, em algumas situações, o reconhecimento por parte dos colegas e da direção.

- Por outro lado, existe o desejo de não ficar em evidência para não despertar a atenção das pessoas.

- Os trabalhadores apontam o reconhecimento visual por parte dos pacientes, fora da instituição, como um reforço positivo para o seu próprio trabalho, no sentido de terem feito um bom vínculo com estes.

- O reconhecimento do seu trabalho ocorre em algumas situações pelo próprio familiar do paciente.

- Os trabalhadores reclamam da falta de reconhecimento por parte do Estado, pelo fato de não se ter efetivamente uma política de valorização da função de chefia e coordenação, pois além de não serem remunerados, de não receberem função gratificada (FG), ainda são muitas vezes desrespeitados. O que resulta no fato de poucos quererem assumir o papel de chefia, pois há aumento de trabalho, pressão e cobrança, sem a devida contrapartida.

2.5. Algumas vitórias

- Percebem-se, em alguns momentos, algumas concretizações possíveis no trabalho, que geram muito prazer nos trabalhadores, porque estão relacionadas a um fazer diferente. Quando ocorrem, mobilizam novamente a identificação com o trabalho, e a construção de novos significados para este.

3. Estratégias coletivas de defesa

- As estratégias coletivas de defesa vão surgindo em uma dinâmica própria, construída no coletivo de trabalho, de acordo com suas especificidades e modificando-se de acordo com o sofrimento em pauta.

As Primárias são: afastamento, endurecimento e reclamação.

3.1. Afastamento

- Percebe-se que esta estratégia é estimulada e balizada, inclusive, pela própria instituição, que longe de resolver os conflitos, acaba por cristalizar a estratégia de afastamento como uma saída para quase todos os problemas.

- Fica claro que esta estratégia é utilizada em larga escala pelos trabalhadores como método de alívio imediato contra o sofrimento.

- Ser afastado por sofrimento ou adoecimento mental é uma possibilidade real na instituição, que faz com que os trabalhadores se assemelhem aos pacientes atendidos.

- O trabalho é sentido como um peso, um verdadeiro fardo a ser carregado, que faz lembrar dos grilhões históricos do passado, que a instituição arrasta ao longo de sua existência.

- Aparece a sensação de abandono, de que todos se foram, ou de que estão saindo da instituição.

- O uso de atestados frios é mais um mecanismo que impulsiona os afastamentos ao trabalho.

- A busca por novas formas de afastamento da instituição também é desejada pelos trabalhadores.

- Os motivos das saídas, ou dos afastamentos, referem-se, geralmente, ao desânimo, a sensação de ter chegado a um limite perigoso entre a razão e a loucura.

- Não há planejamento para dar conta das substituições provenientes do uso maciço dessa estratégia, ocorrendo sobrecarga para os trabalhadores que continuam trabalhando.

- O tempo também é utilizado como instrumento possível para remediar as dores e o sofrimento.

3.2. Endurecimento

- Identificada na fala dos trabalhadores, esta estratégia possibilita manterem-se trabalhando nas unidades, porque cria um distanciamento que evita sofrer.

- Demonstram preocupação também em não endurecer demais, ou em não endurecer emocionalmente, o que acarretaria no afastamento de vínculos positivos feitos no trabalho.

3.3. Reclamação

- Muitas vezes as inúmeras dificuldades e a desesperança fazem com que os próprios trabalhadores se coloquem em uma posição de vitimização, porque não conseguem enxergar possibilidades concretas e reais para a resolução dos problemas.

- A Ambivalência está presente em um jogo freqüente que acaba por paralisar tentativas de mudar o instituído, inclusive a desmobilização coletiva.

- Percebe-se que há, muitas vezes, uma intencionalidade por parte dos trabalhadores de executarem práticas diferentes, mas o peso dos valores e crenças instituídos é maior e eles acabam por sucumbir aos jogos e estruturas já estabelecidas.

- A reclamação por fazer repetir alguns repertórios no discurso dos trabalhadores, contribui para a banalização de questões importantes, que deveriam ser examinadas de forma mais complexa e profunda, pois são fundamentais na rotina do trabalho, dentre elas, o afeto.

- Percebe-se no discurso dos trabalhadores uma intenção de não se acomodar, como se fosse possível controlar e a racionalizar a respeito.

Secundárias:

Silêncio/não enfrentamento

- Esta estratégia foi evidenciada nos encontros da pesquisa, em relação a assuntos mais difíceis de serem abordados, mas muitas vezes, estes dogmas são quebrados.

- O silêncio é utilizado também, como estratégia para manter relacionamentos na instituição, como se o posicionamento efetivo fosse motivo para o rompimento das relações, evidenciando a fragilidade dos vínculos formados no trabalho.

- Esta estratégia surge também no contato com os pacientes, em uma tentativa de não desacomodar práticas instituídas, e, principalmente, de se preservarem de possíveis incomodações decorrentes de denúncias contra colegas.

- Em um dos encontros da pesquisa houve baixo quorum de participantes, talvez pela dificuldade em se depararem com conteúdos difíceis apontados no grupo em relação à operacionalização do trabalho.

Racionalização

- Os trabalhadores utilizam a racionalização em uma tentativa de controlar e separar a esfera pessoal da profissional.

4. Estratégias coletivas de saúde

4.1. Trocas e ajuda

- Existe um pacto de ajuda mútua entre os trabalhadores que possibilita minimizar as dificuldades que ocorrem no trabalho. Há uma mobilização coletiva que permite viabilizar outras formas de realizar o trabalho dentro das unidades.

- Os espaços informais são apontados como estimuladores do entrosamento entre o grupo de trabalho, e são espaços privativos garantidos pelos trabalhadores.

- Poder contar com o apoio do colega é algo extremamente pontuado e valorizado entre as pessoas.
- A ajuda financeira aos colegas evidencia também uma rede de apoio importante no trabalho.
- Fica evidente a rede de ajuda construída para criar condições mais favoráveis ao trabalho, não só apenas em relação a questões materiais.
- Os encontros realizados através da pesquisa possibilitaram aos trabalhadores manterem-se informados quanto ao andamento judicial sobre a questão do reajuste salarial.

Organização em torno da comida

- A comida possui vários significados simbólicos. Pode-se inferir que além de denotar a própria questão de nutrir, de alimentar, que é associada em um primeiro plano, a uma atitude materna, pode sugerir proteção, afeto, celebração, mas também evidenciar o excesso, o controle, o sufocamento, a infantilização, a passividade e o paternalismo dos pacientes por parte dos trabalhadores.
- Percebe-se o desejo de inclusão de serviços que não pertencem ao quadro formal de trabalhadores da instituição, marcando uma preocupação legítima do grupo com a não exclusão e a segregação, tônica muito presente na rotina de trabalho.
- Existe uma rede de ajuda que é construída entre os setores que independe da direção da instituição, denotando uma força do coletivo, que nem sempre é percebida pelos próprios trabalhadores.
- Surgem novos espaços organizados em torno da comida, com o intuito de integrar e/ou de fortalecer ainda mais o grupo de trabalho.

4.2. A oxigenação

Residência

- O grupo sinalizou ser de fundamental importância à existência da residência no hospital.
- A possibilidade de trabalhar com pesquisa na residência representa um meio de se renovar, de se manter atualizado constantemente, e de inclusive, rever alguns paradigmas.
- Os residentes também formulam críticas em relação ao trabalho dos próprios preceptores, o que estimula as pessoas a refletirem.

Cursos

- As capacitações são balizadas pelo grupo como algo positivo e renovador.

Espaços reais de fala

- Percebe-se no discurso dos trabalhadores que a possibilidade de falar sobre o que os faz sofrer ocupa além do espaço do trabalho, o da vida pessoal.
- Os encontros dos trabalhadores permitem, além das trocas, a identificação entre quem trabalha no São Pedro, o que torna o trabalho mais ameno. Nesse sentido, a realização do grupo de pesquisa, foi validada pelos trabalhadores, como um espaço propício e legítimo para a fala.

- O grupo deposita expectativas de que a pesquisadora possa estruturar um espaço de fala para eles, mas não aciona mecanismos coletivos que possibilite qualquer construção concreta neste sentido.

Humor

- A capacidade que os trabalhadores possuem de elaborar seu sofrimento através da via humorística, possibilita uma nova leitura a respeito das dificuldades encontradas no seu dia-a-dia, além de sinalizar uma maior flexibilidade frente às adversidades do trabalho; bem como, sugere uma potência de saúde fundamental para o trato com os pacientes e colegas.

- Também está a serviço de neutralizar a ansiedade que surge diante de assuntos constrangedores ou mais difíceis de lidar em sua rotina de trabalho.

- Os trabalhadores sinalizam uma dinâmica de humor que é utilizada até para brincar com o fato de estarem internados ou institucionalizados, tanto quanto os pacientes no hospital.

- As piadas permitem também elaborar sentimentos ruins advindos das relações internas.

- A questão do humor ficou evidente também no grupo de pesquisa, na forma pela qual os trabalhadores lidavam, inclusive, com as suas próprias falhas e as fugas dos pacientes.

4.3. Mudanças possíveis

- Quando o trabalho “dá certo”, no sentido de ter feito a diferença, ele é sempre lembrado, independentemente do tempo transcorrido. Também é apontada a força e a mobilização do grupo como essenciais para que as mudanças ocorram.

- Houve também a modificação de algumas posturas dos trabalhadores, em relação ao aumento da tolerância em determinadas situações de trabalho, durante o tempo da realização da pesquisa.

- Os encontros da pesquisa também estimularam o fomento para novas idéias e pequenas alterações, ou dito de outra forma, micro mudanças possíveis em relação ao trabalho.

Estratégias Individuais – estruturas de retaguarda:

- Estes recursos alternativos são percebidos como uma possibilidade de descontração, na medida em que atuam mais em uma lógica de tensão/relaxamento, em que é necessário relaxar para poder viver novamente momentos ou situações de tensão no trabalho. São eles a dança, passeios, viagens, encontros e a estrutura familiar.

- As caminhadas após o trabalho também aliviam a tensão e amenizam o retorno à instituição.

- A intensificação da convivência promovida através de congressos e de encontros fora do trabalho colabora na construção e fortificação de vínculos mais saudáveis entre os colegas.

- A estrutura familiar é apontada também como fundamental como retaguarda ao trabalho.

ANEXOS – FOTOS



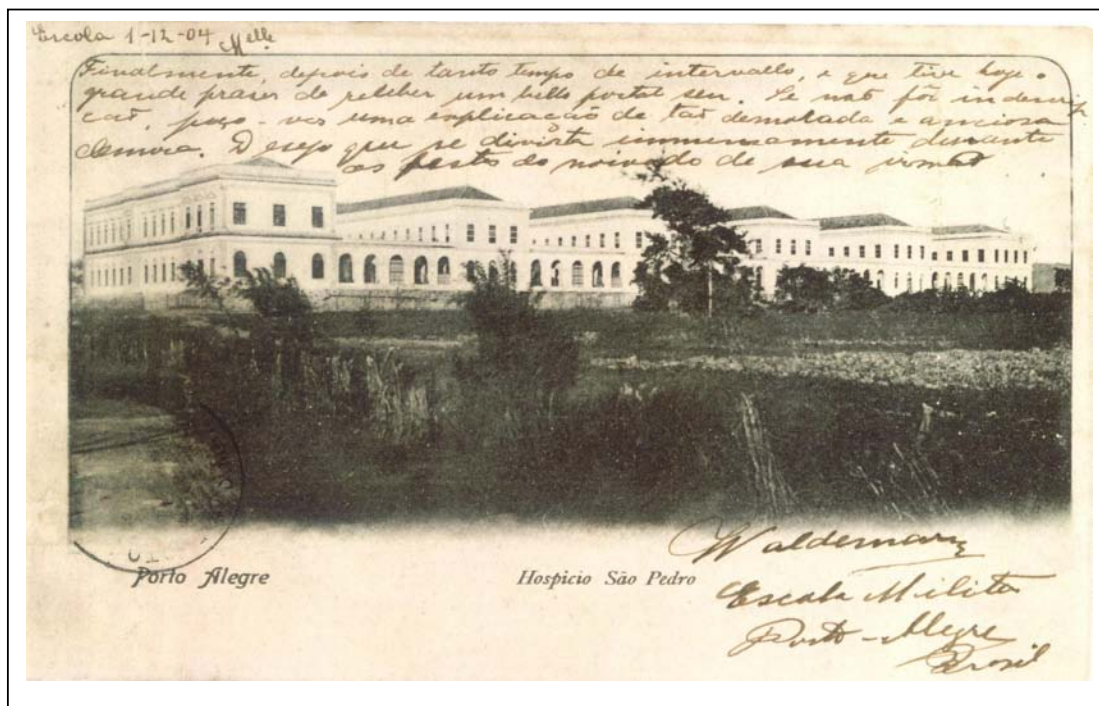
Jornal Mercantil de 03.02.1885 – notícia da visita da princesa Isabel ao São Pedro sete meses após a sua inauguração. Acervo do Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa. Foto do Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.

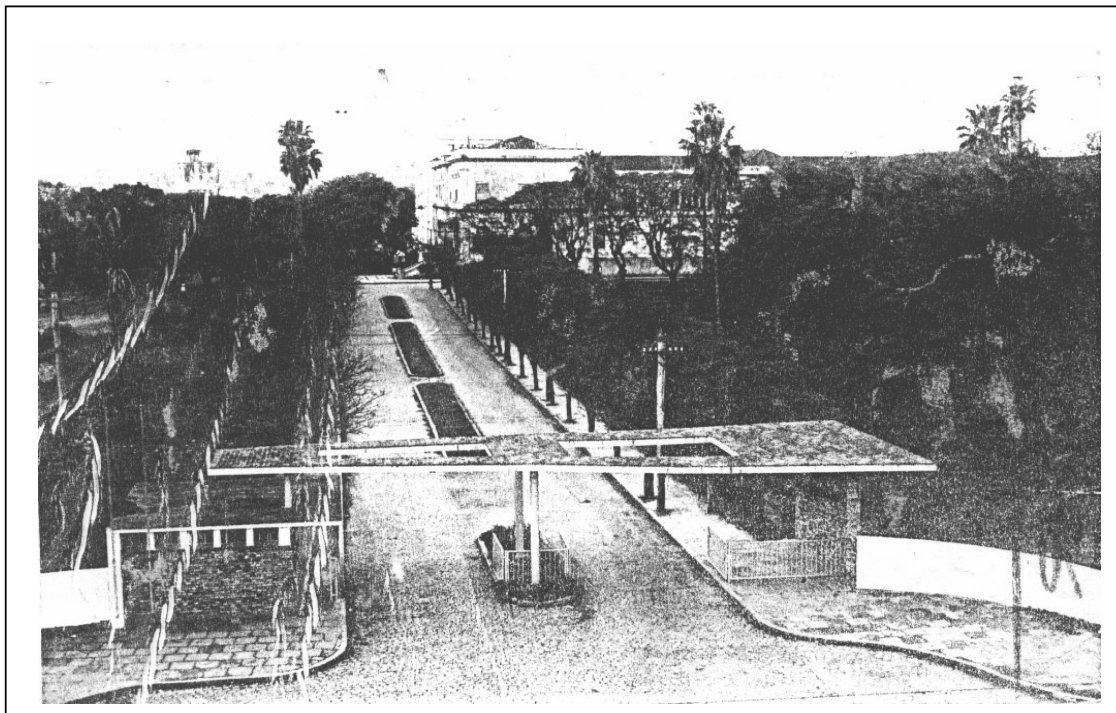


1896 – autor desconhecido
Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.



Homens no portão – 1904 – autor desconhecido
Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.





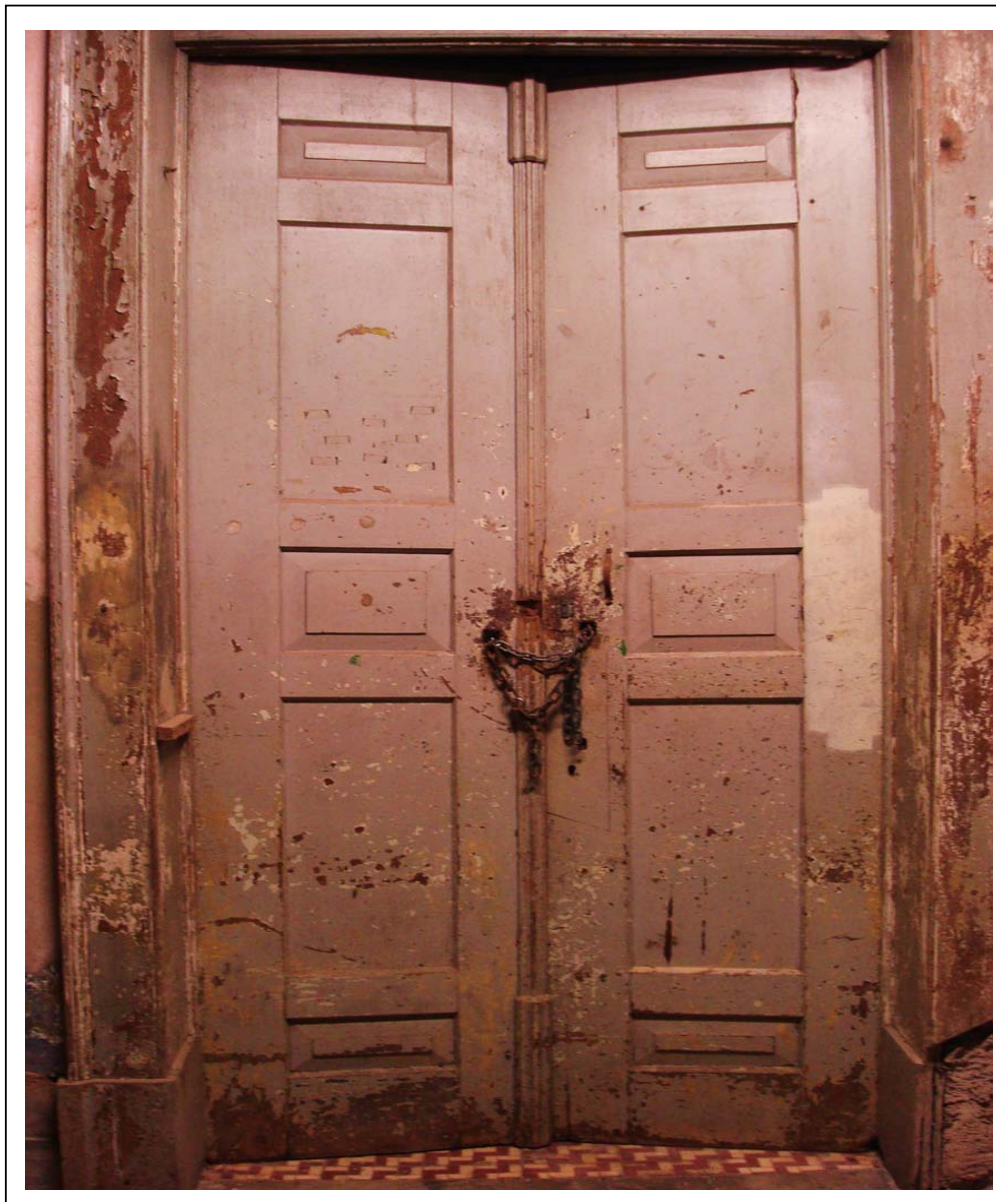
Pórtico Anos 50 – autor desconhecido
Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.



Vista frontal da entrada principal do HPSP
Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.



Realização de exame de eletroencefalograma (EEG) nas décadas de 60-70. A fotografia registra a médica Clara Costa, que em 1948 foi a primeira mulher a exercer a medicina psiquiátrica no HPSP. Este exame era realizado com aparelho analógico, onde o paciente ficava sentado, de olhos fechados, dentro de uma cabine com isolamento eletrostático e aterramento, onde eram executadas manobras de ativação do traçado, como a hiperventilação ou a fotoestimulação. Foto: Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.



Porta interna do bloco "B" do HPSP - 2009
Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP.



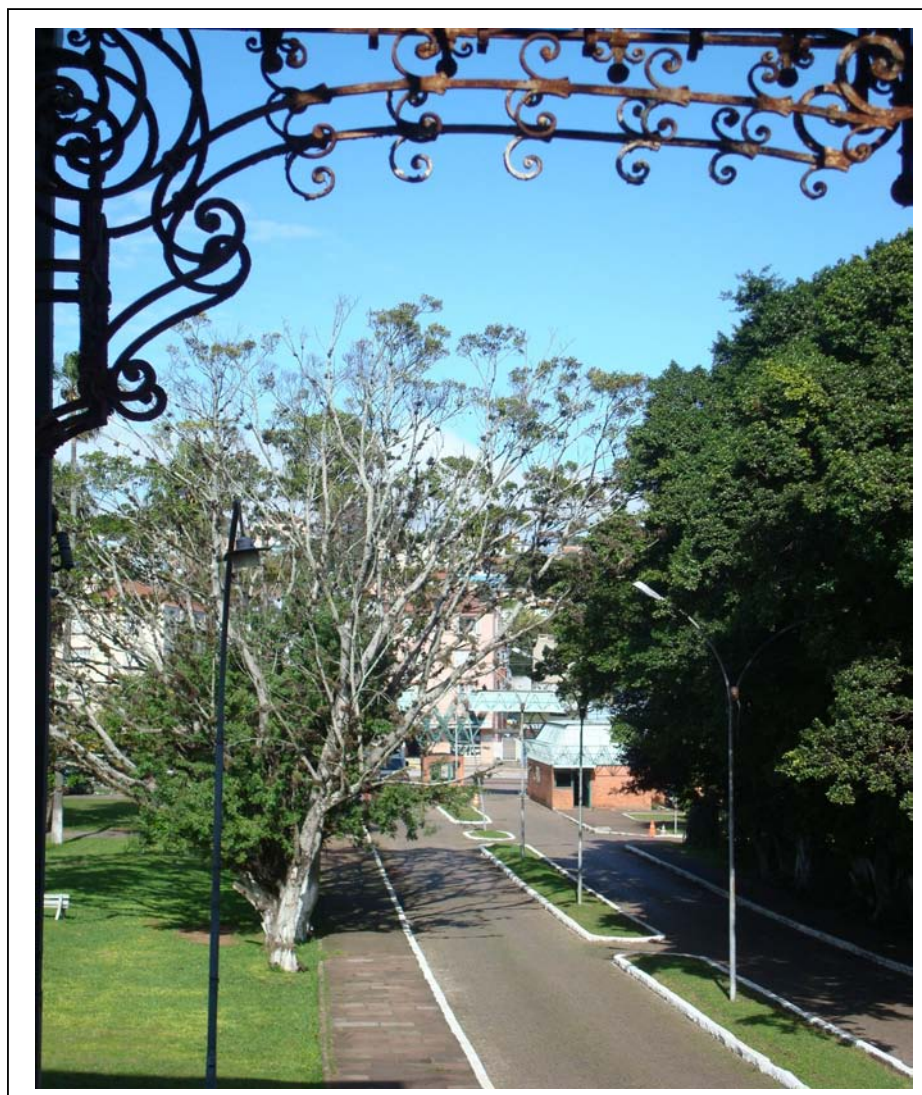
Vista frontal do HPSP – 2003
Foto Dennis Magalhães - Assessoria de Comunicação dos Hospitais.



Vista da fachada do HPSP – 2004
Acervo do Serviço de Memória Cultural do HPSP



Foto frontal da fachada - Foto Dennis Magalhães - Assessoria de Comunicação dos Hospitais.



Entrada do HPSP – 2008
Foto Neuza Maria Barcelos.