

UM ENFOQUE SOCIOLÓGICO SOBRE A GESTÃO DO RISCO DE VIOLÊNCIA EM HOSPITAIS PÚBLICOS PSIQUIÁTRICOS: AS DIMENSÕES DO INDIVÍDUO

A sociological perspective on the risk management of violence in public psychiatric hospitals: the dimensions of the individual

MENDES, Davidson Passos¹

RESUMO

Este estudo objetiva avaliar os impactos da organização do trabalho dos técnicos de enfermagem em um hospital público de emergência psiquiátrica sobre as competências e as configurações coletivas necessárias à gestão do risco potencial de violência física e psíquica nas relações entre os pacientes e entre os pacientes e o pessoal técnico especializado, por meio da Análise Ergonômica do Trabalho. A fim de se aprofundar a discussão sobre as estratégias individuais e coletivas de gestão do risco, foi utilizado referencial teórico, de base sociológica, acerca da dimensão do indivíduo no mundo contemporâneo, numa perspectiva de se entender as estratégias utilizadas por estes atores sociais para a manutenção da própria condição de indivíduo. Os resultados evidenciam que: (1) as transformações sociais carregam mudanças significativas no perfil dos pacientes, onde os "drogaditos" compõem hoje 65% da demanda do hospital pesquisado; (2) as necessárias reconfigurações das práticas e das competências dos coletivos operatórios frente à especificidade da assistência psiquiátrica aos usuários de drogas; (3) fatores organizacionais - a modalidade de cálculo do efetivo, a diversidade de vínculos empregatícios e de formas de remuneração envolvendo distintos cálculos de produtividade, a fragilidade dos vínculos empregatícios da maior parte dos técnicos, a alta rotatividade, o absenteísmo e o rodízio entre setores - induzem a uma quebra dos campos de possibilidades de gestão coletiva do risco de agressão física, ao limitar a eficiência dos fluxos de informação, de troca de experiências, de atualização das competências e dos processos de aprendizagem individual e coletiva. Nesse contexto organizacional, a atividade de trabalho é permeada pelo medo da violência, configurando uma carga de trabalho em que a dimensão psíquica engendra o sofrimento e o adoecimento, aumentando por sua vez as taxas de absenteísmo e de afastamento do trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica; Competências; Risco de violência; dimensões do indivíduo.

ABSTRACT

The objective of this study is to assess the impacts of the organization of work of nursing technicians in a public hospital of psychiatric emergency on the competences and collective configurations needed to cope with the potential risk of physical psychic violence in the relationships among patients themselves, and among patients and the specialized technical staff by using Ergonomics Work Analysis. In order to deepen the discussion on individual and collective strategies of risk management, we used the theoretical framework of sociological basis, about the dimension of the individual in the contemporary world, with a view to understand the strategies used by these social actors to maintenance of the status of the individual. The results reveal that: (1) the social transformation lead to significant changes in the patient's profile, where the 'drug addicts' form currently 65% of the demand of the hospital analyzed in this work; (2) the configurations of the practices and competences need to the operatory collective in relation to the psychiatric assistance specificity to the drug addicted; (3) organizational factors such as the calculation sort of personnel, the variety of contracts (temporary or not), the difference in wage that involves different types of productivity calculation, the uncertainty of contracts of the majority of the technicians, the high job rotation, absence, shifts among departments lead to an interruption in the fields of possibilities of risk management and physical aggression, when constraining the efficiency of the information flow, interchange of experience, competences updating, and the collective and individual learning process. In this organizational context the work activity is surrounded by violence threatening which configures such a work load in which the psychic dimension involves suffering and illness – increasing the absence rates.

Keywords: Psychiatric Nursing; Skills; Collective work; Risk of Violence; individual dimensions.

¹ Mestre em Engenharia de Produção – DEP/UFMG, Professor Assistente da Universidade Federal de Itajubá/UNIFEI, Itabira, Minas Gerais. Doutorando em Educação – FAE/UFMG. E-mail: davidsonmendes@unifei.edu.br

1. INTRODUÇÃO

Os hospitais diferem de outras instituições pela marcante complexidade e peculiaridade dos serviços prestados (CARAPINHEIRO, 1998; ECHTERNACHT; OLIVEIRA 2000; MENDES *et al*, 2008), sendo aqui analisados, a partir de uma visão macro e micro. Sob o prisma macro, o hospital assume um papel social, econômico, político e científico, tal como diversas instituições. Na visão micro, a análise se desenvolve na compreensão de seus aspectos internos, focalizando-se as observações em seus atores e nas relações que estabelecem entre si. O ponto forte do hospital é a interface pessoa-pessoa, apesar da crescente importância que a tecnologia tem alcançando nos últimos tempos. É o relacionamento entre seres humanos que dá dinamicidade a todo o sistema, transformando-o em algo extremamente complexo, diferenciando-o assim de outras instituições (MENDES *et al*, 2008).

Diversas teorias vêm corroborar para a classificação da organização hospitalar como um sistema complexo. Pavard & Dugdale (2000), estudando a contribuição da teoria da complexidade para sistemas sociotécnicos, entendem que um sistema é dito complexo se for difícil, senão impossível, reduzir o número de parâmetros ou características variáveis sem perder suas propriedades funcionais globais essenciais. Outro conceito que pode definir o ambiente hospitalar como complexo vem de Wisner (1984, p.12), ao citar que “a relação com seres humanos é muito mais difícil de definir, de organizar, de racionalizar do que aquela que lida com a transformação da matéria”.

O hospital se caracteriza pela necessidade permanente de interfaceamento entre as pessoas, com características peculiares e desafiadores, além da função social das mais complicadas para quem presta serviços naquele local: “a de salvar vidas humanas”. Nesta complexidade do ambiente hospitalar, para que se efetive a assistência ao paciente, há a necessidade de cruzamentos de saberes de uma considerável quantidade de diferentes campos técnicos. Dentro do ambiente hospitalar convivem grupos socioprofissionais muito particulares, uns ligados diretamente ao processo de prestação de cuidados à saúde humana e outros com a função de apoio ou de gestão (CARAPINHEIRO, 1998; ECHTERNACHT; OLIVEIRA, 2000).

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

Segundo Carapinheiro (1998, p.51), a inserção dessa variedade de profissionais no ambiente hospitalar está organizada por uma forte hierarquização interna, definida da seguinte forma:

O hospital apresenta traços salientes de uma organização burocrática, pois o crescimento do pessoal, a multiplicação dos serviços e das especialidades médicas e o desenvolvimento tecnológico introduziram modificações importantes na estrutura

hierárquica, na estrutura de poder e nos sistemas de comunicação do hospital, associando-se a este conjunto de modificações a expansão do sistema burocrático de administração profissional.

Ao estabelecer uma análise mais detalhada da organização cotidiana do hospital fica evidenciado que há, neste contexto, uma segunda autoridade, onde alguns ocupam uma posição privilegiada na gestão das decisões, conferindo a algumas classes de profissionais um sistema de poder e de autoridade bem diferente de outras organizações (ECHTERNACHT; OLIVEIRA, 2000), como, por exemplo, o caso do médico, que decide sempre o que é melhor para o paciente, ou seja, mesmo sendo um empregado do hospital, é ele que detém o efetivo controle das atividades-fins da organização e não as autoridades administrativas, como observado em outras situações de produção. Nesse contexto, a autoridade não é regida pelas regras, mas, sim, por conhecimentos técnicos específicos (CARAPINHEIRO, 1998; ECHTERNACHT; OLIVEIRA, 2000; MENDES *et al*, 2008).

A missão hospitalar também é muito particular, pois trata de questões ligadas à vida e à morte, onde os atores possuem estratégias de trabalho próprias, porém, com graus de autonomia bastante diferenciados (ECHTERNACHT; OLIVEIRA, 2000) e possibilidades distintas de controle do próprio trabalho e variadas formas de como e quando fazê-lo (ECHTERNACHT; OLIVEIRA, 2000; MENDES *et al*, 2008). Além de possuir essa variedade de profissionais, o hospital usa uma tecnologia bastante diversificada e sofisticada, como equipamentos de raio X, sistemas computadorizados e diferentes tipos de ferramentas e medicamentos usados para o tratamento de doenças. A incorporação de novas tecnologias não significa, nesse setor, o “*alívio da labuta humana*”, ao contrário, o setor é essencialmente de trabalho intensivo (MENDES *et al*, 2008). Os riscos ambientais (físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos) também estão presentes em praticamente todas as atividades desenvolvidas dentro do hospital.

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

Esses fatores caracterizam o hospital como um sistema onde o campo de possibilidades de regulação é condição necessária para o sucesso ou para o fracasso das metas objetivadas pela organização. As demandas de regulação, tanto individuais quanto coletivas, são necessárias para a escolha de ações mais adequadas à redução dos constrangimentos inerentes às situações encontradas durante a jornada de trabalho (ECHTERNACHT; OLIVEIRA, 2000; MENDES *et al*, 2008).

Diante de tantos elementos que associados potencializam a cada momento situações novas de risco, emerge um outro item que contribui para aumentar ainda mais a complexidade do ambiente hospitalar: o fator tempo. A dimensão temporal é um elemento forte e da maior importância no contexto

hospitalar, estando associada às urgências e emergências decorrentes da imprevisibilidade dos eventos (ECHTERNACHT; OLIVEIRA, 2000) e seu uso social deveria diferir do uso de outras organizações, especialmente daquelas em que essa dimensão assume um caráter de tempo de produção, associado ao controle quantitativo, à precisão e à disciplina, ou seja, o tempo usado no sistema capitalista tornou-se um bem de consumo (BENCHEKROUN, 2000).

Frente a tantas variáveis que caracterizam o ambiente hospitalar como extremamente complexo e de grande potencial de risco, este artigo tem por objetivo avaliar os impactos da organização do trabalho dos técnicos de enfermagem em um hospital público de emergência psiquiátrica sobre as competências e as configurações coletivas necessárias à gestão do risco potencial de violência física e psíquica nas relações entre os pacientes e entre os pacientes e o pessoal técnico especializado. A fim de se aprofundar a discussão sobre as estratégias individuais e coletivas de gestão do risco, foi utilizado referencial teórico, de base sociológica, acerca da dimensão do indivíduo no mundo contemporâneo, numa perspectiva de se entender as estratégias utilizadas por estes atores sociais para a manutenção da própria condição de indivíduo.

2. A ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR E NA SAÚDE MENTAL

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

Atualmente, o trabalho de enfermagem é integrante do trabalho coletivo em saúde, é especializado, dividido e hierarquizado entre auxiliares, técnicos e enfermeiros de acordo com a complexidade de concepção e execução. Embora detenha autonomia relativa em relação aos demais profissionais, a enfermagem é subordinada ao gerenciamento do ato assistencial em saúde executado pelos médicos (OLIVEIRA; ALESSI, 2003; MENDES *et al*, 2008).

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

O momento atual do trabalho de enfermagem em saúde mental é caracterizado pela transição entre uma prática de cuidado hospitalar, que visava à contenção do comportamento dos “doentes mentais”, para a incorporação de princípios novos e desconhecidos, uma prática interdisciplinar, aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações, frutos da reforma psiquiátrica (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). A partir de então, os atores desse processo não são somente os técnicos pertencentes às equipes de saúde mental, mas também os familiares e a própria comunidade. O espaço da discussão sobre a loucura amplia-se: ultrapassa

os muros dos hospícios e ocupa as cidades, as instituições e a vida dos cidadãos (ABOU-YD, 2002).

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

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

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

Na prática é percebida a mudança no perfil do doente mental ocorrida na última década. Como verbalizado por um técnico de enfermagem: "Trabalhar com pessoas psiquiátricas é muito difícil, a gente tem que ter muita paciência e a minha já está esgotada há muito tempo. Aqui tem uma mistura de tudo: pacientes psiquiátricos, usuários de drogas, traficantes" (MENDES *et al*, 2008, p.3).

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

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Percebe-se, na configuração social atual do mundo ocidental como o sentimento de individualização vem dominando as relações humanas.

Esse individualismo predominante nessas sociedades não é o mesmo formulado por John Stuart Mill. Desde meados do século XIX, Mill (1963, p.13) defendia que o “livre desenvolvimento da individualidade constitui um dos primeiros fundamentos do bem-estar” de uma sociedade. Ainda segundo este pensador, se os homens são distintos uns dos outros, é por meio da liberdade de pensamento e ação que se efetivaria plenamente a capacidade de desenvolvimento. O individualismo de Mill preconiza que as pessoas se reconheçam como iguais em direitos e liberdades, mas que também se diferenciem em seres distintos. Ainda segundo este autor, “os homens devem se ajudar uns aos outros para distinguir o melhor do pior e incentivar-se para escolher o primeiro e evitar o último” (MILL, 1963, p.14). O Estado não cabe a tarefa de interferir diretamente na conduta privada, já que “as pessoas decidem de acordo com as suas preferências” (MILL, 1963, p. 11) e, sim, o papel de promover essa individualidade e os limites dessa liberdade, que terminaria no momento em que se fosse nociva às outras pessoas.

Observa-se na vida social atual um distanciamento cada vez maior entre os homens, com forte sentimento de indiferença, o que não condiz com o individualismo de Mill citado acima. A sociedade atual privilegia o “ter”, fruto do consumismo exacerbado, pilar estrutural do capitalismo destrutivo. As pessoas não mais se reconhecem como iguais, nem mesmo quanto aos próprios direitos. O próprio direito, segundo alguns, acaba sendo maior que o direito dos outros. A dinâmica interna das sociedades ocidentais provoca nos homens esta atitude de indiferença na qual os indivíduos têm que viver mais próximos uns dos outros em termos espaciais, devido às questões urbanas, mas ao mesmo tempo isolados em seus mundos pessoais.

Partindo dessas premissas, buscar-se-á compreender e comparar os posicionamentos acerca da temática do indivíduo feitos por Louis Dumont (1985), em seu livro *O individualismo* e Norbert Elias (1994), com sua obra intitulada *A sociedade dos indivíduos*.

Segundo Dumont (1985, p.6), a cultura moderna se distingue das outras pelo individualismo. Este mesmo autor afirma que o conjunto de ideias e valores são frutos de relações sociais existentes entre as pessoas, nem sempre nos foi familiar e nem apareceu de um dia para o outro: foi construído socialmente. Em função disso, por meio de uma perspectiva histórica pode-se “desvendar a gênese da configuração em questão em suas principais articulações”.

Dumont defende a concepção de que o homem ao se submeter a um relacionamento com Deus se coloca alheio às realidades do mundo (intramundandade). Havia um necessário distanciamento da vida social para o pleno desenvolvimento espiritual. A salvação não se efetivava no plano físico, mas fora. Não se questionava o mundo social: a posição e a função social se dava como obediência à lei de Deus. Em relação ao individualismo moderno houve uma mudança significativa na compreensão e na ação deste indivíduo: do indivíduo “fora do mundo” para o indivíduo “dentro do mundo”.

Segundo Norbert Elias (1994) a relação entre indivíduo e sociedade não é clara em função do uso dos termos como sendo antagônicos ou estáticos: indivíduo (sujeito singular); sociedade (conjunto de sujeitos singulares). Para este autor, essa visão é equivocada; não é por meio da separação e, sim, da interdependência entre indivíduo/sociedade que se deve voltar a análise. As pessoas são constituídas, ao mesmo tempo, pelas suas características individuais, bem como pelos padrões sociais. Este mesmo autor defende que somente por meio das relações entre as pessoas é que se pode compreender a individualização no processo social: a crescente individualidade entre os homens é decorrente da própria dinâmica social.

Mesmo os autores discordando em relação à questão do processo social (intramundandade x extramundandade), tanto Elias como Dumont defendem que é mais prevalente o sentimento de individualismo nas sociedades modernas: as pessoas estão se tornando indiferentes umas às outras, consequência das relações sociais estabelecidas.

Dubet e Martuccelli (1998) falam sobre a necessidade de recuperar a ideia de sociedade para entender o que nos acontece.

Danilo Martuccelli (2007), na obra *Gramáticas del individuo*, revela as dimensões do indivíduo no mundo contemporâneo como sustentação e garantias à dimensão do indivíduo. O termo “Gramáticas” funciona como regras de linguagem que regulam (normatizam) o sujeito. Segundo esse autor, as categorias da gramática são: suporte (proteção do eu), identidade (ao narrar a si mesmo), respeito (aparece a partir da constituição das sociedades democráticas – ex.: movimentos sociais), papel (ser social e fazeres) e subjetividade (os indivíduos se afastam das outras categorias e se colocam).

Nessa obra, Martuccelli revela que o propósito original da sociologia é conhecer as desventuras que o vazio da modernidade introduz nas nossas vidas. Para esse autor, em todas as correntes sociológicas da modernidade, o indivíduo se encontra na fonte de uma dificuldade intelectual maior. O conceito de liberdade é livre desde que o sujeito possua suportes que mantenham esta liberdade. É mais livre quem tem mais suportes – o indivíduo só existe na medida em que ele é sustentado por um conjunto de suportes. Os papéis sociais trazem à tona as referências à própria interioridade – forma de internalização das normas. A dimensão do respeito é consagrado à sociabilidade interindividual. A conformação do indivíduo passa pelo respeito que lhe é devido.

Em outra obra, Germinari (2010, p.18) cita Martuccelli (2007) e considera que “o indivíduo institui o seu pertencimento no mundo pela prática da narrativa”. A constituição das identidades se efetiva pelo ato de narrar a si mesmos. Ainda segundo o autor, “nesse ato, recorre a diferentes tópicos narrativos para construir identidades que estabeleçam a coerência da sua personalidade e a continuidade da sua experiência no tempo”. Ao se falar do indivíduo, fala-se também da sociedade na qual este sujeito está inserido. Os sujeitos falam de um determinado lugar e num determinado contexto.

Germinari (2010, p.19) continua, citando Rüsen (2001), para quem a narrativa é uma forma de constituição de sentidos e que organiza as dimensões do

tempo (passado, presente, futuro) às intenções e expectativas humanas. Por meio da narrativa, a experiência do passado se torna relevante para a vida presente e influencia a configuração do futuro.

Segundo Martuccelli (2007, p.312), “a identidade será moldada pela busca do equilíbrio pessoal entre o passado e o presente, por um habilidoso amálgama de componentes sociais, culturais e outras dimensões pessoais” (tradução livre). Em outro momento, Martuccelli (2007, p.309) destaca que

[...] ao contrário da estrutura narrativa da subjetividade, que visa construir uma distância do mundo, a identidade aparece como uma figura que tende a estabelecer um estreito acordo entre si e o mundo, articulando uma própria unidade. Com o trabalho, o indivíduo é o produto de uma história em que busca chegar a ser o sujeito (tradução livre).

Germinari (2010, p.18) indica que há certa proximidade entre a perspectiva de Martuccelli (2007) sobre a constituição da identidade pela narrativa e de Rösen (2001) sobre a tríade entre narrativa, consciência histórica e identidade histórica. O autor considera que, para ambos os autores, a identidade se estrutura mediante a capacidade de orientar a vida prática, criar sentido de unidade no tempo, dimensão essencial para que os homens não se percam nas transformações do mundo e de si mesmos. Pela identidade torna-se possível para os seres humanos o estabelecimento de uma autocompreensão coerente e unitária da vida, diante das mudanças ocorridas no mundo. Para ele, Martuccelli e Rösen também convergem ao afirmarem que a identidade se institui pela prática da narrativa. Martuccelli (2007, p.307), trata a questão da identidade da seguinte forma:

A identidade é um espaço onde o indivíduo se forja, pelo relato, um sentimento de continuidade através do tempo, e incluso, às vezes, um sentimento de coerência interna que o permite tornar-se narrativamente como um indivíduo singular, mas sempre com a ajuda de elementos sociais e culturais (tradução livre).

Ainda de acordo com Martuccelli (2007), a subjetividade enquanto dimensão do indivíduo, é o espaço em que os sujeitos dão sentidos e significados às coisas. O ser social se define pela ação – desempenho de papéis sociais. A dimensão do sujeito indica um distanciamento da ação social. Daí a possibilidade de criticar o meio no qual está inserido.

As cinco dimensões do indivíduo (suporte, papéis, respeito, identidade e subjetividade) é que formam a dimensão do indivíduo no mundo contemporâneo.

4. METODOLOGIA

A abordagem metodológica utilizada neste estudo foi baseada na Análise Ergonômica do Trabalho – AET (FALZON, 2007), tendo-se focado a observação da atividade dos técnicos nas enfermarias masculinas e no Centro de Atendimento à Crise (CAC), durante 3 meses, acompanhando-se os plantões das equipes. A coleta de verbalizações envolveu 21 técnicos, 2 enfermeiros e a gerência do setor, de modo consecutivo. Trata-se de um método qualitativo-descritivo, de ação da ergonomia, com metodologia e ferramentas de análises pertinentes para identificar os principais fatores técnicos e organizacionais inferentes sobre os campos de possibilidades de gestão da saúde no trabalho nos contextos produtivos hospitalares e gerar,

em conjunto com os demandantes, proposições para a adequação preventiva dos atuais sistemas de produção hospitalar.

5. RESULTADOS

5.1. Quanto à organização da rede de assistência psiquiátrica, evidenciamos dois principais fatores inferentes

(1) A distância entre a organização da assistência psiquiátrica preconizada pela Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005) e a real estrutura e organização do sistema.

Segundo a Reforma Psiquiátrica, o papel dos hospitais depende da eficiência de uma rede de cuidados em menor complexidade, os serviços substitutivos, públicos e municipais, cujas responsabilidades envolvem o acolhimento e atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, objetivando-se preservar os laços sociais do paciente em seu território. A baixa resolutividade de tais serviços, associada ao déficit de pessoal e à desestruturação dessa rede, torna o hospital psiquiátrico a alternativa da população, onde as urgências psiquiátricas são a principal forma de acesso ao sistema.

(2) Transformações sociais carregam mudanças significativas no perfil dos pacientes, onde os “drogaditos” compõem hoje 65% da demanda do hospital pesquisado (FHEMIG, 2010).

5.2. Quanto à organização do trabalho dos técnicos de enfermagem, destacamos os seguintes fatores

(1) A modalidade de cálculo do efetivo pelos gestores do sistema não considera as especificidades da atenção em alta complexidade na saúde mental, gerando um efetivo insuficiente.

(2) A diversidade de vínculos empregatícios e de formas de remuneração. Embora se trate de um hospital público, 58% dos técnicos de enfermagem vinculam-se ao hospital através de contratos temporários. As diferenças entre os técnicos efetivos e contratados é fonte de conflito nas equipes, na medida em que os salários são menores entre os contratados, o prêmio de produtividade é pago exclusivamente aos efetivos e a carga horária dos contratados (turnos de 12/36h) é duplicada em relação aos efetivos (turnos de 12/60h). A fragilidade dos vínculos dos contratados os situa em um campo reduzido de possibilidades de negociação, no que se refere à divisão do trabalho entre as equipes, onde as tarefas consideradas mais penosas são geralmente realizadas por esses.

(3) Altos índices de rotatividade, absenteísmo e afastamento por doença. Esses fatores estão relacionados à sobrecarga dos técnicos contratados, destacando-se aqui as dificuldades na lida com as agressões nas relações com os pacientes, as jornadas de 12 horas de trabalho contínuas, as duplas e triplas jornadas devido aos baixos salários.

(4) O rodízio permanente dos técnicos entre os setores do hospital. Trata-se de uma estratégia gerencial para o preenchimento de lacunas nas equipes causadas pelo absenteísmo. Há casos em que um mesmo profissional é

rodiziado por todos os setores do hospital em uma semana.

5.3. Quanto às configurações coletivas no cotidiano da assistência e às competências do técnico de enfermagem

O paciente psiquiátrico em crise, ao acessar o serviço, é encaminhado para avaliação psiquiátrica. Se necessário, permanece em observação no Centro de Atendimento às Crises. Aqui se organiza o suporte coletivo (médico-enfermeiro-técnico) para confirmação diagnóstica e avaliação terapêutica. O técnico de enfermagem, enquanto membro da equipe que permanece mais tempo junto ao paciente, ocupa função fundamental na avaliação da evolução, dos possíveis efeitos colaterais da medicação e do risco de reações violentas por parte do paciente, além de participar como cogestor das interfaces médico/paciente.

Após esse período de observação, se necessário, o paciente é encaminhado às enfermarias. Aqui, o técnico carrega o fluxo de informações sobre o paciente e os procedimentos realizados, base para a definição coletiva (enfermeiro e técnicos) de estratégias de abordagem e assistência, de acordo com o perfil de risco e de gravidade dos pacientes (agudo/crônico; usuário de droga/paciente penal; gênero), o destino do paciente (tipo de enfermaria, critério de alta) e possíveis estratégias de contenção (mecânica e química).

6. Discussão

A categorização das organizações hospitalares enquanto sistemas complexos (PAVARD, 2000; BENCHEKROUN, 2000; VIDAL; GOMES; BENCHEKROUN, 2000) se estende aos hospitais psiquiátricos, onde os fluxos de informação em rede e a configuração coletiva do trabalho é condição para a eficiência do sistema (GROSJEAN; LACOSTE, 1999).

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

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

Tem-se por pretensão trazer nesse contexto as categorias da gramática do indivíduo que, segundo Martuccelli (2007, p.22), “os indivíduos falam de um determinado lugar e de um determinado contexto”.

Com o trabalho, o indivíduo é o produto de uma história em que busca chegar a ser o sujeito e, assim, só existe na medida em que ele é sustentado por um conjunto de suportes. No hospital, o técnico de enfermagem se apropria de diversos suportes para sustentar a condição de indivíduo e gerir a própria condição de risco neste contexto. Há várias formas de suportes necessárias para a manutenção dessa condição, uns sociais e outros intrínsecos ao trabalho. Dentre os suportes sociais podemos revelar a relação desse sujeito com a família, com outros empregos, ser efetivo ou contratado, o que gera

nesse ator social possibilidades distintas de regulação. Em relação aos suportes intrínsecos ao trabalho, necessários à regulação, pode-se trazer a questão da competência (agir em um momento de variabilidade, buscando na sua história, na vivência trabalhadora, elementos da herança do trabalho que regularão a carga psíquica e, dessa forma, amplia-se os campos de possibilidades de ação e regulação. No estudo em foco, o técnico de enfermagem é essencial no Centro de Atendimento à Crise (CAC) para fornecer os suportes necessários para a gestão de risco na instituição estudada.

A questão da identidade é trazida pelos técnicos de enfermagem nas narrativas, sendo elementos condicionantes para a gestão do risco e a possibilidade de adoecimento no trabalho. Fato revelado no conflito da relação entre efetivos e contratados, como verbalizado: “Os efetivos podem não vir trabalhar, que está tudo bem. Se nós não viermos, estamos na rua. Trabalhamos mais, ganhamos menos. Somos muito mais cobrados.” Também verbalizado: “Os contratos trabalham com medo. A gente ‘rala’ a mesma coisa e ainda fica de fora de tudo.” Segundo os trabalhadores contratados, o contrato é um vínculo frágil, que não garante a motivação no trabalho. Fato verbalizado: “Os contratados só estão aqui porque realmente precisam, mas eles já ficam procurando outra coisa lá fora porque sabem que em 2 anos ‘estão’ na rua, e eles ‘estão’ certos.” Fato confirmado por outro trabalhador: “Com esse contrato de 2 anos o pessoal não tem estímulo, tá todo mundo indo embora.” Independente de ser contratado ou efetivo percebe-se o quanto é intensa a carga de trabalho para ambos os vínculos.

O processo de trabalho tem imposto a esses trabalhadores intenso uso de seu corpo e sua mente como instrumentos de trabalho. As constantes solicitações do trabalho, evidentes pela obrigatoriedade de cumprir as tarefas, não permitem a destinação de um tempo específico para pausas durante a jornada de trabalho, principalmente pela manhã. O tempo é, primeiramente, da produção em torno do qual se organizam todos os outros tempos da existência social. Como verbalizado: “São dois e eram para ser quatro, a escala vive desfalcada. Temos que fazer. Não tem uma pessoa aqui que não tem dor, é na perna, na coluna. Na nossa folga sentimos dores e muitas.”

Os papéis, em função da mudança do perfil do paciente psiquiátrico, também têm mudado. Como verbalizado por um técnico de enfermagem: “A sociedade despreza essa população doente daqui, são uns sofredores.” Porém, também revelam uma mudança no perfil do doente mental ocorrido na última década: “Trabalho há trinta anos nesse hospital e não tinha drogado. O drogado veio e atrapalhou tudo.”

A natureza do objeto de trabalho de enfermagem, portanto, é distinta. Há pacientes psiquiátricos, drogados, presos sob tutela do Estado e uma mistura disso tudo. A diversidade do objeto acarreta distintas formas de lida com essa interface, o que traz insegurança: “[...] a maioria dos pacientes são drogados, o que dá mais trabalho: são arrogantes, hostis.”

As relações multidisciplinares estabelecidas com os demais trabalhadores manifestam-se por meio de sentimentos positivos e negativos. Os sentimentos negativos são expressos pela culpabilização, pelos episódios de agressividade dos pacientes, pelos comentários depreciativos, gerando

sentimentos de desânimo, cansaço e desgosto, pois demonstram a falta de reconhecimento pelo trabalho realizado. Algumas narrativas trazem a questão do respeito como categoria necessária para a proteção da condição de indivíduo. A insatisfação nos técnicos de enfermagem baixa a estima da classe, sentem-se inferiorizados. Os positivos se revelam na construção da horizontalidade, parcerias de trabalho, coletividades trabalhadoras em que um profissional auxilia o outro, compartilha a sua competência e dessa forma reduz a carga de trabalho, ampliando a regulação, minimizando assim o risco de adoecimento.

A subjetividade, nesse contexto, é uma categoria essencial para a gestão do risco. Por meio da subjetividade o indivíduo é capaz de dar sentido e significado às variabilidades próprias do ato de trabalhar. Através da experiência a pessoa pode articular as diferentes formas de ação numa situação real.

Entretanto, o efetivo reduzido, a fragilidade dos vínculos da maior parte dos técnicos, as diferenças de remuneração e a falta de equidade da carga de trabalho entre efetivos e contratados favorecem o absenteísmo e a rotatividade desses profissionais, impondo a alternativa gerencial do rodízio entre os setores. Todos esses fatores atuam sinergicamente como dificultadores dos processos de aprendizagem necessários à gestão coletiva do risco de agressão, limitando a eficiência dos fluxos de informação e a troca de experiências (MAZEAU, 2001; AMALBERTI, 2001).

A complexidade dessas ações aponta para a dialética da construção dos sistemas defensivos. O mesmo objeto que faz sofrer também faz resistir. A organização do trabalho desencadeia mecanismos psíquicos adaptativos.

De acordo com os saberes, pode-se observar que em presença das contingências da atividade há situações adaptativas em que a população trabalhadora monta a horizontalidade e, assim, ameniza o efeito da carga de trabalho sobre sua condição trabalhadora.

Nesse contexto organizacional o trabalho é permeado pelo medo da violência e pela vivência das agressões, configurando uma carga de trabalho onde a dimensão psíquica engendra o sofrimento e o adoecimento, aumentando por sua vez as taxas de absenteísmo e afastamento do trabalho.

7. CONCLUSÃO

O estudo possibilitou associar e discutir dados empíricos levantados em uma situação real de trabalho com o referencial teórico da sociologia, especialmente em relação às gramáticas do indivíduo no mundo contemporâneo. Na situação analisada e discutida, a ampliação dos campos de possibilidade de gestão do risco de violência depende das condições organizacionais para atualização das competências do coletivo, onde os técnicos de enfermagem ocupam função fundamental. Para se efetivar esta possibilidade de regulação é necessária a valorização do trabalho desses técnicos. Isso envolve a adequação do efetivo, a estabilidade dos vínculos, a equidade da carga horária de trabalho e da remuneração do conjunto dos técnicos, além da revisão dos rodízios entre os setores, numa perspectiva de se manter a condição de indivíduo saudável e produtivo e de um coletivo de trabalho operante e regulador de riscos desta atividade produtiva.

REFERÊNCIAS

- ABOU-YD, M. N. (org.) Hospitais psiquiátricos: saídas para o fim. In: SEMINÁRIO FHEMIG, 2002.
- AMALBERTI, R. Le modele de compétence. In: LEPLAT, J.; MONTMOLLIN, M. (Org.). **Les compétences en ergonomie**. Toulouse: Octarès Éditions, 2001. p.89-94
- BENCHEKROUN, T. H. Les espaces de coopération proxémique. In: BENCHEKROUN, T. H.; WEILL-FASSINA, A. (Org.). **Le travail collectif**: Perspectives actuelles en ergonomie. Toulouse: Octarès Éditions, 2000. p.19-34.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**. 3. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1998.
- DUBET, F.; MARTUCCELLI, D. **¿En qué sociedad vivimos?** Buenos Aires: Losada, 1998.
- DUMONT, L. 1985. "Do indivíduo-fora-do-mundo ao indivíduo-no-mundo". In: DUMONT, L. **O individualismo**: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco. Cap. I e II.
- ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- ECHTERNACHT, E. H. O.; OLIVEIRA, C. O hospital e o pessoal: um estudo de caso sobre a produção de lesões por esforços repetitivos na lida com a organização temporal hospitalar. **Ação Ergonômica**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 79-90, 2000.
- FALZON, P. **Ergonomia**. São Paulo: Edgard Blucher, 2007. 640p.
- FHEMIG - Fundação Hospitalar de Minas Gerais. **Dados internos**, abril, 2010.
- GERMINARI, G. D. História da cidade, consciência histórica e jovens escolarizados. **Revista Percursos**, Florianópolis, v.11, n.1, jan./jul.2010.
- GROSJEAN, M.; LACOSTE, M. **Communication et intelligence collective**: Le travail à L'hôpital. Paris: PUF, 1999.
- MARTUCCELLI, D. **Gramaticas Del Individuo**. Buenos Aires: Losada, 2007.
- MAZEAU, M. Acquisition, maintien et développement des compétences. In: LEPLAT, J.; MONTMOLLIN, M. (Org.). **Les compétences en ergonomie**. Toulouse: Octarès Éditions, 2001. p.89-94.
- MENDES, D.; SILVA, A.; BARBOSA, C.; LIMA, J.; OLIVEIRA, M.; MATOS, V. Um olhar sobre a atividade de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem de uma instituição psiquiátrica: em busca de transformações. Anais do XV CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 15, Porto Seguro, Bahia, 2008. **Anais...** Porto Seguro, 2008.
- MILL, J. S. **Da Liberdade**. São Paulo: IBRASA, 1963.
- OLIVEIRA, G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev Latino-am Enfermagem**, 11(3), p.333-340, 2003.
- PAVARD, B. Apport des théories de La complexité à l'étude des systèmes coopératifs. In: BENCHEKROUN, T. H.; WEILL-FASSINA, A. (Org.). **Le travail collectif**: Perspectives actuelles en ergonomie. Toulouse: Octarès Éditions, 2000. p.19-34.
- PAVARD, B.; DUGDALE, J. **The contribution of complexity theory to the study of social-technical cooperative systems**. In: INTERNATIONAL Conference on Complex Systems, 3, Nashua, NH, 21-26 mai.2000.
- ROGALSKI, J.; RABARDEL, P.; JANIN, R. L'identification des dimensions des changements de technologie, d'organisation du travail et d'évolution des compétences. In: LEPLAT, J.; MONTMOLLIN, M. (Org.). **Les compétences en ergonomie**. Toulouse: Octarès Éditions, 2001. p.95-100.
- RÜSEN, J. **Razão histórica**: Teoria da História: fundamentos da consciência histórica. Brasília:

UNB, 2001.

TERSSAC, G. Compétences et travail: compétences d'explicitation, d'intervention et d'évaluation. In: LEPLAT, J.; MONTMOLLIN, M. (Org.). **Les compétences en ergonomie**. Toulouse: Octarès Éditions, 2001. p.95-100.

VIDAL, M. C.; GOMES, J. O.; BENCHEKROUN, T. H. A terceirização em um hospital de grande porte sob a ótica da Ergonomia de sistemas complexos: contribuições teóricas e metodológicas para uma macroergonomia situada de organizações em rede. **Revista Ação Ergonômica**, v.1, n.1, p.11-36, 2000.

WISNER, A. Anthropotechnologie, outil ou leurre? **Technologies, Idéologies Pratiques**, 5, p.28-59, 1984.

Data da submissão: 03/08/11

Data da aprovação: 02/02/12