



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

---

Leonardo Lessa Telles

**Trabalho na universidade e saúde mental:  
o verso e o reverso do adoecimento mental nos  
profissionais de enfermagem psiquiátrica universitária**

Rio de Janeiro

2019

Leonardo Lessa Telles

**Trabalho na universidade e saúde mental:  
o verso e o reverso do adoecimento mental nos  
profissionais de enfermagem psiquiátrica universitária**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Orientadoras: Lucia Rotenberg e Sílvia Jardim.

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

T274t Telles, Leonardo Lessa.  
Trabalho na universidade e saúde mental: o verso e o reverso do  
adocimento mental nos profissionais de enfermagem psiquiátrica  
universitária / Leonardo Lessa Telles. -- 2019.  
101 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadoras: Lucia Rotenberg e Sílvia Jardim.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Trabalho. 2. Saúde Mental. 3. Enfermagem. 4. Saúde do  
Trabalhador. 5. Universidades. 6. Enfermagem Psiquiátrica. I. Título.

CDD – 23.ed. – 610.7368

Leonardo Lessa Telles

**Trabalho na universidade e saúde mental:  
o verso e o reverso do adoecimento mental nos  
profissionais de enfermagem psiquiátrica universitária**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Orientadoras: Lucia Rotenberg e Sílvia Jardim.

Aprovada em 29 de março de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Claudia Osório da Silva

Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Simone Santos Oliveira

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fiocruz

Profa. Dra. Lucia Rotenberg (Orientadora)

Instituto Oswaldo Cruz – Fiocruz

Rio de Janeiro

2019

À vó Nazinha (*in memorian*).

## AGRADECIMENTOS

À minha família, que sempre apoiou com entusiasmo as escolhas do caminho que me trouxeram até aqui. A todos aqueles que amo e que, apesar de sentirem minha ausência, me apoiaram a cada passo dessa jornada acadêmica.

Às minhas orientadoras, Lucia e Sílvia, por todo apoio, generosidade e cuidado na condução desse processo de formação, no qual os obstáculos foram oportunidades de desenvolvimento e não de sofrimento (ou só um pouquinho).

Adriano, Allan, Eurídice e Marília Vidinhas, companheiros de clínica e ouvintes pacientes das minhas lamúrias nos últimos anos. À Marília Galindo, minha parceira de vida, sem a qual esta pesquisa e outros sonhos não seriam possíveis.

Às componentes da banca, Cláudia e Simone, que produziram contribuições cruciais na qualificação dessa pesquisa. Aos professores das disciplinas cursadas na ENSP, especialmente às professoras Ana Maria e Élide que contribuíram de maneira decisiva para a construção da dissertação no formato de artigos.

Aos colegas de trabalho do PRASMET, berço das discussões que conduziram meu interesse a esse campo de pesquisa.

Às colegas da turma de mestrado, das quais guardarei lembranças afetuosas.

Aos trabalhadores de enfermagem do Instituto de Psiquiatria.

## **RESUMO**

O objetivo geral dessa dissertação é compreender as relações entre o trabalho e a saúde a partir da análise do material oriundo da atividade clínico-institucional realizada pelo Projeto de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PRASMET) junto aos trabalhadores da enfermagem das enfermarias do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

O pano de fundo dessa discussão conta com uma narrativa histórica de como o IPUB se constituiu em um centro psiquiátrico dentro da universidade a partir da sua fundação como hospício em 1842, chegando aos dias atuais da Reforma Psiquiátrica. O marco teórico utilizado também teve como base os conceitos de atividade e corpo-si trazidos por Schwartz e a dimensão da saúde estabelecida por Canguilhem, entendendo que o trabalho em saúde é também um trabalho de criação e de produção de saber.

Para isso, optou-se pela construção do texto no formato de artigos. O primeiro deles foi elaborado com o objetivo de apresentar a história do PRASMET e dar destaque às suas atividades ao longo de duas décadas de existência. O segundo é um aprofundamento da questão do trabalho em uma enfermaria psiquiátrica em um período histórico que pode ser considerado pós Reforma Psiquiátrica, com protagonismo às falas dos profissionais de enfermagem.

Concluimos que existe um painel bastante heterogêneo que expressa a diversidade de formas de pensar e agir no trabalho da enfermagem, de forma que cada trabalhador traz à cena aquilo que acredita ser o melhor para o paciente e é em nome dessa ética no cuidar que orbitam as questões mais dramáticas da enfermagem dentro de uma enfermaria psiquiátrica. Além disso, a restituição dessa dissertação é entendida como o próprio processo de construção coletiva, que foi determinante para definir a cada momento os caminhos da pesquisa e está em curso desde o primeiro momento das nossas atividades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Trabalho, Saúde Mental, Enfermagem.

## **ABSTRACT**

The general objective of this dissertation is to understand the relationships between work and health, based on the analysis of the material coming from the clinical-institutional activity carried out by the Project of Attention to Mental Health of Workers of the Federal University of Rio de Janeiro (PRASMET) of Nursing of the Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

The background of this discussion has a historical narrative of how the IPUB was constituted in a psychiatric center within the university from its foundation as hospice in 1842, arriving at the present day of the Psychiatric Reform. The theoretical framework used was also based on the concepts of activity and body that were brought by Schwartz and the dimension of health established by Canguilhem, understanding that health work is also a work of creation and production of knowledge.

For this, we chose to construct the text in the format of articles. The first one was elaborated with the purpose of presenting the history of PRASMET and highlighting its activities over two decades of existence. The second is a deepening of the issue of work in a psychiatric ward in a historical period that can be considered post Psychiatric Reform, with prominence to the nursing professionals' statements.

We conclude that there is a very heterogeneous panel that expresses the diversity of ways of thinking and acting in the work of nursing, so that each worker brings to the scene what he believes to be the best for the patient and it is in the name of this ethic in the care that orbit the more dramatic issues of nursing within a psychiatric ward. In addition, the restitution of this dissertation is understood as the collective construction process itself, which was determinant to define at each moment the research paths and is in progress from the first moment of our activities.

**KEYWORDS:** Work, Mental Health, Nursing.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

Centro de Atenção Diária – CAD

Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador – CPST

Divisão de Saúde de Trabalhador – DVST

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP

Instituto de Psiquiatria – IPUB

Licença para Tratamento de Saúde – LTS

Programa de Atenção a Usuários de Álcool e outras drogas – PROJAD

Programa de Pesquisas Organização do Trabalho e Saúde Mental – OTSAM

Projeto de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores – PRASMET

Pró-Reitoria de Pessoal – PR-4

Seção de Atenção Psicossocial – SAPS

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO .....  | 09 |
| 2. O INSTITUTO DE PSIQUIATRIA: DE HOSPÍCIO À UNIVERSIDADE ....   | 13 |
| 3. A DIMENSÃO CANGUILHEMIANA DE SAÚDE .....  | 22 |
| 4. O TRABALHO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E O USO DE SI<br>– RELAÇÕES COM O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR .....                                | 25 |
| 5. MÉTODOS .....   | 32 |
| 6. ARTIGO 1 – <i>Projeto</i> de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores da<br>Universidade Federal do Rio de Janeiro – PRASMET: 20 anos .....   | 38 |
| <i>Submetido e Aprovado pela Revista Brasileira de Saúde Ocupacional</i>   |    |
| 7. ARTIGO 2 – <i>Me Chama Para Conversar que eu Gosto</i> : análise de experiência<br>clínico-institucional em uma enfermaria psiquiátrica ..... | 60 |
| <i>Proposta para submissão à Revista Ciência e Saúde Coletiva</i>  |    |
| 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 92 |
| 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....  | 96 |
| 10. ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....  | 99 |

## 1. INTRODUÇÃO

O processo de construção desta dissertação atravessou redefinições de objetos de pesquisa que parecem ser muito comuns a trabalhos dessa natureza. Inicialmente planejada para abordar as questões referentes ao trabalho e à saúde mental dos trabalhadores administrativos e equipes de enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), tinha como objetivo dar protagonismo ao Projeto de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores da UFRJ (PRASMET).

O contato estabelecido com o PRASMET teve início em 2013, quando o programa estava para completar 20 anos de atividade e havia um convite para que cada profissional da equipe escrevesse um pouco da sua história, com vistas à publicação de um livro. A minha proposta foi de fazer um olhar fotográfico, descrevendo um perfil sócio-demográfico da clientela que era acompanhada pelo grupo.

Esse levantamento transversal demonstrou que mais da metade dos pacientes acompanhados pelo PRASMET eram funcionários da administração e da enfermagem da universidade, o que poderia facilmente ser explicado pela composição dos quadros da instituição. A UFRJ tem hoje mais de 12 mil funcionários ativos, sendo 2/3 deles de técnicos-administrativos (dados da Pró-Reitoria de Pessoal/PR-4).

Porém, existiam questões associadas a essa clientela demandante de atendimento, que não foram suficientemente abordadas naquele levantamento transversal e que mereciam uma avaliação mais aprofundada, sem estar claro ainda sob quais perspectivas teóricas isso poderia ser feito.

O planejamento inicial incluía a análise quantitativa das informações obtidas pelo preenchimento de 104 questionários, conforme o modelo apresentado nas páginas 58-59 desta dissertação. Ao final de perguntas objetivas havia duas perguntas abertas que questionavam: “como você vê o seu problema?” “Acha que seu problema se relaciona com o trabalho?” “Por quê?” Não era possível abordar a resposta a estas perguntas em uma análise restrita a um banco de dados.

Com a inauguração das leituras marcadas pelo referencial teórico da Ergologia, associada a uma formação anterior em saúde mental nas bases da Reforma Psiquiátrica,

se estabeleceu a possibilidade de um campo de estudo que parecia trazer novos entendimentos ao processo com o qual nos deparávamos.

A primeira circunscrição de tema para a dissertação deixou os profissionais administrativos de fora, dando destaque à enfermagem, visto ser essa a categoria de trabalhadores que mais nos demandava e que, em nosso projeto, encontrava acolhimento. Sob a égide de *Trabalho na universidade e saúde mental: o verso e o reverso do adoecimento mental nos profissionais de enfermagem psiquiátrica universitária* foi possível fortalecer uma dimensão de pesquisa ao PRASMET, que hoje se estende para além dos limites impostos para essa dissertação.

No contexto das ações do PRASMET, começaram a ser realizadas atividades de caráter clínico-institucional, denominadas *Conversas sobre o Trabalho e a Saúde* (ou simplesmente *Conversas*), nas quais a equipe do PRASMET começou a ir até as enfermarias masculina e feminina do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB/UFRJ), para criar um momento de diálogo com os trabalhadores da enfermagem, e que envolvem discussões e diálogos sobre o trabalho nas enfermarias e sua relação com a saúde.

Em um primeiro momento, as *Conversas* abordaram os trabalhadores das enfermarias, tanto do dia quanto da noite, totalizando doze equipes diferentes. A gravação em áudio e a transcrição desse material constituiu um Acervo, que será apenas parcialmente abordado nas próximas páginas. O conteúdo desse Acervo tem sido objeto de trabalho da equipe de pesquisadores que participa das *Conversas*, que ao longo do último ano agregou novos e importantes personagens. Atualmente a equipe se prepara para realizar atividades junto aos trabalhadores das enfermarias com base no material colhido no primeiro ciclo de *Conversas*.

Essa foi a segunda circunscrição de objeto de trabalho, pois para esta dissertação optamos utilizar parte do Acervo, entendendo que o seu conteúdo é passível de novas explorações a partir dos mesmos ou de outros referenciais teóricos e ampliando o leque de possibilidades para a participação de outros atores nesse processo.

A opção de construção do texto em formato de artigos não foi nem de longe um planejamento, tendo ocorrido como possibilidade de recorte para um conteúdo ainda muito extenso a ser abordado. O primeiro deles foi elaborado com o objetivo de

apresentar a história do PRASMET e dar destaque às suas atividades ao longo de duas décadas de existência. O segundo é um aprofundamento da questão do trabalho em uma enfermaria psiquiátrica em um período histórico que pode ser considerado pós Reforma Psiquiátrica, com protagonismo às falas dos profissionais de enfermagem.

O que parecia uma estratégia de escrita mais simples (a construção baseada em artigos), acabou por exigir um maior esforço intelectual devido ao risco de construirmos um texto fragmentado, que não deixaria vir à tona a riqueza do material obtido através das *Conversas*, tanto pela densidade do que nos foi dito pelos profissionais quanto pelo clima institucional acalorado no qual essas atividades aconteceram.

O Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB/UFRJ), palco das nossas *Conversas*, completou oitenta anos no ano passado e no momento em que estávamos realizando nossas entradas nas enfermarias havia toda uma discussão a respeito do processo eleitoral para a nova direção do IPUB.

Não por acaso, pela primeira vez em toda sua existência, ocorreu um movimento da enfermagem para que a sua chefia fosse também eleita e não simplesmente indicada pela direção geral, o que de fato aconteceu, mas sem se sustentar por questões internas à própria enfermagem, que não conseguiu chegar a um consenso a partir do diálogo interno da categoria.

Outro ponto importante desse processo foi sugestão do meu nome por parte desses profissionais da enfermagem para a ocupação do cargo de Diretor-Clínico do Instituto, o que marca de fato a proximidade das nossas ações com expectativas importantes e não atendidas da categoria e a necessidade de que o olhar clínico das enfermarias tenha articulação com outros saberes, que não os exclusivamente médicos.

Esse diálogo constante de saberes, que parece ser algo muito marcado na enfermagem, ganha tons de potencialização na saúde mental por se tratar de território muito influenciado por discussões clínicas e políticas com convicções quase dogmáticas.

O objetivo geral dessa dissertação é compreender as relações entre o trabalho e a saúde a partir da análise do material oriundo da atividade clínico-institucional realizada pelo PRASMET junto aos trabalhadores da enfermagem das enfermarias do IPUB/UFRJ.

Para isso, o item 2 contém uma descrição do cenário no qual essas questões se desenvolvem através de uma abordagem histórica do IPUB, buscando contextualizá-lo na perspectiva do processo de transformação da assistência em saúde mental, que ganhou o título de Reforma Psiquiátrica. A inserção dessa discussão no campo da Saúde do Trabalhador ganha identidade a partir das falas da enfermagem, que expressam seus desafios no cotidiano de suas atividades e exemplificam o seu (não) saber lidar com essas dificuldades. A lupa teórica utilizada para interpretar essas falas contém a dimensão de saúde expressa por Georges Canguilhem e conceitos da Ergologia, em especial o uso de si, por Yves Schwartz.

## **2. O INSTITUTO DE PSIQUIATRIA: DE HOSPÍCIO À UNIVERSIDADE**

Em 18 de julho de 1841, como parte das comemorações pela passagem da maioridade do Imperador Pedro II, o Conselho do Império, apoiado pelo Ministro de Estado e Provedor da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, resolveu celebrar de forma marcante a data, com a criação do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Hospício Pedro II, na antiga Praia da Saudade, atual Praia Vermelha.

Sua pedra fundamental foi lançada a 3 de setembro de 1842 e a inauguração se deu a 8 de dezembro de 1852, com 140 pacientes, tendo como meta oferecer uma nova modalidade de assistência aos doentes mentais. Sua capacidade era abrigar 350 pacientes, sendo considerado um dos maiores hospitais psiquiátricos do mundo, na época.

Tinha grades, celas de isolamento e quartos fortes como os demais, mas havia também o que era considerado revolucionário: tratamento ocupacional com instrumentos musicais, oficinas para trabalhos manuais e, sobretudo, como assinalou o professor Leme Lopes (Lopes, 1965), espaço, claridade e pátios arborizados, capazes de produzir grandes e preciosas sombras no verão guanabarrino.

Em 1881, uma reforma no ensino médico cria a cátedra de Psiquiatria nas duas escolas médicas do país – Rio de Janeiro e Salvador. Em 1883, Teixeira Brandão torna-se o catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina, assumindo a direção do Hospício em 1887.

Em 1890, o hospício foi separado da Santa Casa de Misericórdia, passando a denominar-se Hospital Nacional de Alienados e, posteriormente, Hospital Nacional de Psicopatas, sendo administrado então pelo Estado.

Em 1893, um decreto cria o Pavilhão de Observações do Hospício, sob a direção do catedrático de Psiquiatria. Os pacientes destinados ao hospício eram admitidos, examinados e diagnosticados. Ao fim de 15 dias eram encaminhados às enfermarias, salvo aqueles cujo caso clínico fosse de interesse didático para o aprendizado dos alunos da Faculdade de Medicina. Mais tarde o Pavilhão de Observações transformou-se no

Instituto de Psicopatologia do Serviço de Assistência aos Psicopatas, mantendo as mesmas funções, voltado basicamente para o ensino e a pesquisa.

Depois de um período inicial de fastígio, o Hospício passou por uma fase difícil, até que em 1903, a fim de soerguê-lo, o presidente Rodrigues Alves nomeou para dirigi-lo o professor Juliano Moreira, que exerceu o cargo por 28 anos.

Foi a época áurea do hospital, pois em sua gestão derrubaram-se as grades das celas, aboliram-se os coletes e as camisas de força e, em seu lugar, instalaram-se as enfermarias de clinoterapia<sup>i</sup>, balneoterapia<sup>ii</sup>, laboratório, serviços de clínica geral e especializada, consultas externas e assistência neuropsiquiátrica infanto-juvenil.

Além disso, ao aceitar a direção da Assistência aos Alienados, Juliano Moreira exigiu a promulgação do Decreto 132, de 22 de dezembro de 1903, que reformulou o serviço de doenças mentais do Distrito Federal e nos Estados e se tornou a primeira lei federal de assistência psiquiátrica.

Entretanto, em 1938, sob o argumento de que a Praia Vermelha se tornara bairro residencial, o hospício foi transferido para a Ilha do Governador e, posteriormente, para o Engenho de Dentro. Por outro lado, em 3 de agosto daquele ano, o Decreto 591 transferia o Instituto de Psicopatologia do Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal para Universidade do Brasil e o Pavilhão Rodrigues Caldas e seus anexos transformaram-se no então Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil – IPUB.

Seu fundador e primeiro diretor foi o professor Henrique de Brito Belford Roxo, que esteve à frente da casa até 1946. Em um artigo escrito em novembro de 1942, o professor Henrique Roxo salientava que para ele a principal finalidade do Instituto de Psiquiatria deveria ser a de pesquisas concernentes às doenças mentais, cujos assuntos seriam preferencialmente aqueles que pudessem esclarecer pontos obscuros da psiquiatria, em busca de tratamentos mais eficientes para os transtornos mentais (Medeiros, 1977).

---

<sup>i</sup> A *clinoterapia* é o método terapêutico que consiste em curar determinadas doenças por meio do repouso absoluto no leito.

<sup>ii</sup> A *balneoterapia* é uma forma de tratamento de doenças por meio de banhos, que remonta às origens da prática médica, tendo referências do seu uso por Hipócrates e Platão.

Na gestão do professor Maurício de Medeiros já começam a ter os primeiros registros da atuação da enfermagem. Nesta época, como não havia muitos enfermeiros diplomados, quase todos os que trabalhavam no Instituto eram auxiliares e atendentes. Havia um atendente que tinha uma perna de pau e que ensinava os médicos a fazerem punção raquidiana e que impunha um verdadeiro regime de terror aos pacientes, pelas contenções e berros que dava (Marcílio e Figueiredo, 1998).

A percepção do esgotamento do modelo assistencial que privilegiava a internação em leitos psiquiátricos e a ineficiência dos ambulatórios em atender a demanda inesgotável de situações clínicas complexas criaram a necessidade de se pensar em uma nova maneira a clínica em saúde mental.

Essa questão, nada nova, tem registros históricos que dão a dimensão das dificuldades que já eram enfrentadas há décadas:

DEMENTES – CAMPINAS – 8 – na cadeia pública existem, aguardando vaga para serem internados no Juquery, 21 dementes.

São, portanto, 21 pessoas presas de enfermidade cruel que vegetam em calabouços sem nenhum conforto, sem hygiene, esperando que a commiserção humana vá em seu auxílio e sepultando-se, entretanto, cada vez mais fundamente nas trevas da loucura.

Este fato é constante em nossa cidade e contra ele temos reclamado muitas vezes.

Se o hospital de Juquery não tem capacidade para o elevado número de doentes que necessitam de tratamento ali ministrado, porque não estabelecer outro estabelecimento com igual fim?

Em calabouços ou cellas como as das cadeias, sem tratamento médico que lhes é indispensável e sem hygiene e conforto que necessitam, não podem os infelizes dementes achar curativo para a sua tremenda enfermidade (*O Estado de São Paulo*, 09 de maio de 1917).

De lá pra cá, novas barbaridades e exclusões radicais dos loucos, gerando abandono e degradação, tornaram imperativo um movimento mais amplo, nacional, em prol do direito à vida e a um tratamento digno para aqueles que sofrem à margem. Esse movimento ganha força por volta de fins dos anos 70, quando hospitais psiquiátricos públicos, especializados na disciplina, controle e educação dos “alienados”, com

práticas de custódia e confinamento, passam a encampar uma campanha anti-asilar, que culmina com as propostas da Reforma Psiquiátrica.

Aliás, sob a luz das mudanças ocorridas neste campo e que tomaram forma sob a denominação de Reforma Psiquiátrica é que em 1987 se inaugura o Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria, com o objetivo de auxiliar pacientes psiquiátricos graves a evitar prolongadas e repetidas internações. Preocupada com a possibilidade de que vários serviços desconectados surgissem no Instituto, a equipe do Hospital-Dia mudou seu nome para Centro de Atenção Diária (CAD), do qual constava um único serviço, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Surgia assim um Centro que, embora modesto e incipiente, abria novas e importantes perspectivas.

Em 1996 inaugura-se o Hospital-Dia, com objetivo de oferecer atividades terapêuticas através da modalidade de oficinas e grupos de convívio, oferecidos de maneira livre e flexível. O funcionamento e o direcionamento clínico das atividades do Instituto mantêm permanente diálogo com os processos de transformação observados na assistência em saúde mental.

Todas essas intervenções, no entanto, parecem ter tido pouco alcance no ambiente das enfermarias, que se sustentam como um espaço de menor acesso a essas tratativas de articulação da assistência com a perspectiva do modelo de atenção extra-muros tão típica ao discurso da Reforma.

No início da década de 90, a assistência em saúde mental no Brasil era representada por um modelo que tinha como base os leitos psiquiátricos em hospitais privados, financiados por recursos públicos, quase que exclusivamente. Atualmente, há o entendimento por parte dos profissionais da área de saúde, dos gestores e da opinião pública que essa organização da assistência se traduzia em uma estratégia iatrogênica, de elevados custos sociais e econômicos, com repercussões profundas do ponto de vista coletivo e individual.

Naquele período, o Brasil passou por um amplo processo de discussão sobre as diretrizes para o setor saúde, impulsionado pelos desdobramentos do processo de redemocratização e ancorados com as propostas trazidas pela nova Constituição de 1988, no capítulo que trata das diretrizes para a saúde. Esse processo do setor saúde tem um caminho próprio na área de saúde mental, que tinha o modelo hegemônico centrado

no hospital psiquiátrico, já questionado desde o final da década de 70, quando se constitui o movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, mais tarde transformado no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (Schechtman e cols., 1999, pág. 9).

Neste sentido, conforme expresso por Paulo Amarante (1999, p.48):

O que vimos denominando como Luta Antimanicomial ou como Reforma Psiquiátrica tem como princípio básico uma ruptura com essa tradição científica. Em primeiro lugar, por romper com o processo de objetivação da loucura e do louco (inscrevendo a questão homem-natureza ou a questão do normal-patológico em termos éticos, isto é, de relação e não de objetivação). Em segundo lugar, por romper com o processo de patologização dos comportamentos humanos, com base em um pressuposto teleológico ou ontológico da normalidade.

Esse processo encontrou inúmeros obstáculos políticos, sociais e ideológicos, em um primeiro momento representados pelas forças econômicas das velhas resistências oriundas dos setores que têm os seus interesses ameaçados, personificados nos proprietários de clínicas privadas, mas também, e surpreendentemente, pelos segmentos universitários da clínica psiquiátrica que, compartilhando de uma percepção biologicista e farmacoterapêutica dos fenômenos mentais, se apoiam em uma dimensão reducionista ao tentar demonstrar que as emoções humanas podem se encerrar em explicações envolvendo neurotransmissores e sinapses que só existem no mundo conceitual.

No contexto dessa discussão muitas são as perspectivas de narrativa nas quais se produziu literatura. Talvez a mais importante e, por isso mesmo a mais recorrente, coloca em evidência a dimensão do sujeito louco, ponto de referência a partir do qual se redimensiona toda uma nova maneira de produzir assistência, não mais baseada em um modelo hospitalocêntrico, mas constituída de dispositivos que apontam para a dimensão social, com a construção de novos serviços, espaços de sociabilidade, trocas e produção de subjetividades, substitutivos ao modelo terapêutico tradicional.

Outra perspectiva de narrativa desse processo leva em consideração a dimensão do trabalhador em saúde mental. Um pouco mais atrativa em um primeiro momento, o campo de trabalho constituído pela lógica dessa rede substitutiva de atenção ganha destaque, a partir da reflexão sobre conflitos, ambiguidades e contradições que se

expressam nas relações no cotidiano de trabalho, considerando as manifestações que surgem das contradições entre os ideais antimanicomiais e aqueles herdados da psiquiatria clássica. Porém, essa discussão se torna mais exígua quando se fala dos profissionais de saúde que mantiveram sua atuação profissional dentro dos dispositivos de internação psiquiátrica e que se tornaram herdeiros diretos de uma prática assistencial marcada pelo discurso institucionalizante, mas que por decurso de prazo se veem obrigados a dialogar com os representantes dessa nova maneira de pensar a clínica.

Em mais de uma década atuando como gestor de uma rede de saúde mental de um município da Baixada Fluminense, foram inúmeras as evidências clínicas e institucionais que me fazem acreditar que o ritmo do processo de estabelecimento dos dispositivos de assistência extra-hospitalar foi inferior à capacidade de diminuição de leitos psiquiátricos e de fechamento dos hospitais psiquiátricos. Longe de se transformar em uma crítica ao movimento da Reforma Psiquiátrica, a constatação de que nos municípios em que esse processo não acompanhou as especificidades e dificuldades locais para implantação de uma rede capaz de suportar a demanda gerada pela extinção dos hospitais pode explicar o aumento da população carcerária e em situação de rua, em muitas dessas localidades.

Por outro lado, mesmo nos municípios em que a implantação dessa rede assistencial se deu de forma mais planejada e sustentada, a dimensão clínica daquilo que nomeia como crise (e falta melhor palavra para definir esse cenário clínico no qual o indivíduo se coloca em uma situação de risco para própria vida ou a vida de outras pessoas) não destituiu a importância da internação psiquiátrica, tomada em outros moldes de acolhimento e assistência.

O dispositivo físico do leito psiquiátrico passou a representar o espaço em torno do qual essa discussão vem ganhando cada dia mais força, se tornando palco para o diálogo entre correntes ideológicas polarizadas, que no IPUB ganharam a denominação de "Capsistas" e, por força de antagonização, as "não Capsistas". Historicamente, isso pode ser explicado por um modelo de formação mais tradicional que teve o manicômio como cenário de ensino e aprendizagem.

A Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ, fundada em 1923, no Rio de Janeiro, considerada a primeira escola de enfermagem “moderna” do Brasil, pela

historiografia oficial, não incluiu em seu currículo, até o ano de 1949, nenhuma matéria relacionada às doenças mentais, quando passou a desenvolver estágio no Centro Psiquiátrico Nacional – Engenho de Dentro. Com a necessidade de inclusão dos referenciais da Reforma Psiquiátrica na formação da enfermagem, o que se observa, do ponto de vista prático, é uma certa indefinição dos profissionais de enfermagem psiquiátrica sobre o seu papel nessa assistência, produzindo, muitas vezes, uma “fuga” para o desempenho de atividades burocrático-administrativas, que passa a constituir como uma identidade possível para esses profissionais que vivenciam uma prática marcada pela indefinição de seu papel.

Conforme sintetiza Miranda (1999, p.98):

A dificuldade para sintetizar uma série de demandas que emanam de uma permanência de 24 horas ao lado do paciente, a possibilidade de parceria com todos os profissionais do hospital e a dificuldade em lidar com uma pluralidade de teorias e de práticas, terminam por forjar, para o(a) enfermeiro(a) psiquiátrico(a), um refúgio na burocracia hospitalar como identidade possível de sobrevivência.

Com a chegada de profissionais de enfermagem formados no contexto da Reforma Psiquiátrica, a partir da experiência em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cria-se um contexto de espaço de trabalho com maior possibilidade de troca social e reestabelece uma nova mentalidade de cuidado, diferente daquela baseada em atividades que simplificam o cuidado da enfermagem psiquiátrica a um "pastoreio gentil". Esse processo ocorre com desconfortos nas relações cotidianas, conforme poderemos notar nas falas dos profissionais escutados nas *Conversas*.

Diferente dos profissionais mais antigos da instituição, que em sua maioria chegaram à especialidade por uma necessidade de rápida absorção no mercado, os profissionais de enfermagem recém-concursados passaram por treinamento técnico qualificado, atuam em uma área que escolheram e exigem condições de trabalho de forma adequada às suas disponibilidades internas e clínico-institucionais, independente de serem auxiliares e técnicos de enfermagem ou enfermeiros.

Além disso, no que se refere à concepção de objeto que permeia o processo de trabalho da enfermagem em saúde mental, apesar do discurso dos enfermeiros estar orientado para a desconstrução do saber psiquiátrico e para a superação das práticas manicomiais, o paradigma predominante em suas ações é o modelo organicista. Existe uma tendência à manutenção de práticas tradicionais – que incluem tomar conta da expressão da sexualidade dos pacientes, das medicações prescritas pelos médicos e que não vêm acompanhadas do pedido em formulário próprio e portanto não são liberadas pela farmácia, das roupas, da lavanderia e controle principalmente medicamentoso dos pacientes em crise –, embora o discurso já aponte para atividades de relacionamento interpessoal e trabalho interdisciplinar, demarcando ainda, conforme Oliveira e Alessi (2003, p. 338), que:

Embora reconheçam a limitação daquele modelo médico psiquiátrico na abordagem do sujeito com transtornos mentais, ocupam-se, rotineiramente, de sua “doença mental” ao controlar o comportamento dos usuários e apesar de criticar o tratamento ofertado pela instituição – pautado pelo modelo organicista – não se percebem como agentes de transformação dessa realidade.

No IPUB, essas questões ficaram potencializadas com a criação do Programa de Residência Multidisciplinar, que traz para dentro do ambiente das enfermarias a formação de profissionais de diversas especialidades, incluindo a psicologia, a terapia ocupacional, o serviço social e a própria enfermagem, ampliando o leque de atores com os quais a equipe de enfermagem necessita dialogar no sentido de garantir a manutenção das atividades de cuidado.

Em suma, desde sua criação até os dias de hoje, como herdeiro do antigo hospício e dos grandes momentos e avanços vividos pela psiquiatria brasileira, o Instituto de Psiquiatria tem marcado sua atuação como uma unidade de pesquisa, ensino de graduação (com a atual Faculdade de Musicoterapia), de especialização e de pós-graduação e como centro gerador de estudos multidisciplinares no campo da saúde mental. Apesar disso, cabem ainda perguntas sobre a questão do funcionamento dos leitos psiquiátricos nesse momento histórico, que pode ser considerado de pós-Reforma. Assim, como se dá o trabalho da enfermagem em uma enfermaria psiquiátrica em tempos de Reforma? Como as equipes de enfermagem lidam com as diferentes formas

de pensar a clínica e o cuidado em saúde mental? Como os trabalhadores da enfermagem de um hospital psiquiátrico vivenciam a transição entre o modelo hospitalocêntrico e aquele traduzido pelos preceitos da Reforma? E, ao focar especificamente as equipes de enfermagem, caberia perguntar: quais as relações entre os modos de trabalhar e a própria saúde destes trabalhadores?

### 3. A DIMENSÃO CANGUILHEMIANA DE SAÚDE

Em seu livro *O Normal e o Patológico*, Georges Canguilhem (2009) define que aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe.

A doença é ainda uma norma de vida, mas uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma. O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em situações diferentes (Canguilhem, 2009).

Assim, ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas. O homem só se sente em boa saúde quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas, também, normativo, capaz de seguir novas normas de vida.

Nos *Escritos sobre a Medicina* (2005), o corpo vivo é definido como aquele que deve viver sob a imposição de tarefas, portanto, em relação de exposição com um meio ambiente em relação ao qual, em primeiro lugar, ele não tem escolha. Neste contexto, o corpo humano vivo é entendido como o conjunto dos poderes de um existente, tendo capacidade de avaliar e de se representar a si mesmo esses poderes, seu exercício e seus limites. Caberia perguntar o que seria saúde frágil, precária ou má saúde? A má saúde é a restrição das margens de segurança orgânica, a limitação do poder de tolerância e de compensação das agressões do meio ambiente.

Nos *Meios e Normas do Homem no Trabalho* (2001, p. 116), Canguilhem afirma que o próprio do ser vivo é de criar o seu meio:

As reações operárias à extensão progressiva da racionalização *taylorista*, revelando a resistência do trabalhador “às medidas que lhe são impostas do exterior”–devem, portanto, ser compreendidas tanto como reações de defesa biológica quanto como reações de defesa social, e nos dois casos, como reações de saúde.

Quando afirma que: “operários reagem mais favoravelmente à racionalização de seus gestos” (Canguilhem, 2001, p. 116), esta crítica implica que, mais ou menos claramente, os operários apreendem o sentido do seu trabalho e se situam eles mesmos no seio do *novo meio*. O operário deixa de se sentir objeto em um *meio* coercitivo para se perceber *sujeito* em um meio de organização.

Segundo Safatle (2011), a chave da distinção canguilhemiana encontra-se na definição da normalidade como relação de flexibilidade entre organismo e meio ambiente. Traz ainda a ideia de que a noção de sofrimento depende do contexto sócio-histórico, de tal forma que (2011, p. 12-13):

(...) é possível que a “significação do sofrimento psíquico” seja uma questão eminentemente política, já que diz respeito à maneira com que os corpos sofrerão interferências, os comportamentos serão normatizados, os processos de socialização e de reprodução de modos de vida serão defendidos. Ou seja, diz respeito à maneira com que a “saúde” aparece como categoria fundamental de imposição de uma normatividade social à vida.

Levando em conta tal problema voltemos os olhos a Georges Canguilhem. Como aponta Safatle (2011), sem dúvida, Canguilhem é o nome mais eminente da epistemologia das ciências médicas e biológicas do século XX e figura fundamental no desenvolvimento da epistemologia das ciências humanas. Sua experiência intelectual é peculiar e resultante de sua dupla formação: médico e pesquisador em filosofia. Isto lhe permitiu construir de todas as peças um campo novo de reflexão epistemológica, a saber, a reflexão filosófica sobre a medicina e sobre aquilo que se chama, na França, de “ciências da vida”. Safatle (2011) observa, ainda, que a constituição de tal campo de pesquisas foi desdobrada e continuada principalmente pelo mais conhecido de seus alunos, Michel Foucault. Dificilmente poderíamos pensar em livros como *O nascimento da clínica* sem o impacto gerado por trabalhos como *O normal e o patológico*. Há uma

linha reta que vai das reflexões de Canguilhem sobre as práticas médicas e as reflexões de Foucault a respeito do advento da psiquiatria e da psicologia (Safatle, 2011).

No caso específico de Canguilhem, isso significa que um problema clínico nunca é apenas um problema clínico, até porque ele só é determinado enquanto problema por partilhar um padrão de racionalidade, historicamente situado, cujas raízes não se esgotam apenas no campo da clínica. Essa é uma das razões que leva Canguilhem a afirmar ser: “um grave problema, ao mesmo tempo biológico e filosófico, saber se é ou não legítimo introduzir a História na Vida” (Canguilhem, 2009, p.13).

Essa é a razão também que lhe permite operar com uma noção ampla de clínica que, embora privilegiando a nosografia somática e a fisiopatologia, não deixa de abrir questões e permitir extensões em direção às dimensões psíquica e psicopatológica. Essa indistinção de Canguilhem entre somático e psíquico é fundamental e marca um ponto de distinção entre ele e Foucault. Ponto não negligenciável, já que o que está em jogo é, na verdade, aceitar ou não uma separação estrita entre os domínios da natureza e da cultura, separação entre o que é da ordem da circulação social do discurso e o que não é totalmente redutível a tal circulação (Safatle, 2011).

Quando classificamos como patológico um sistema ou um mecanismo funcional isolado, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é a relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual. Há uma diferença qualitativa fundamental que atinge todo o organismo com a integralidade de seus processos e funções, pois não haveria um único fenômeno que se realizaria no organismo doente da mesma forma que no organismo são (Safatle, 2011). Desta forma, Canguilhem chega mesmo a afirmar que ser doente é, para o homem, uma forma diferente de viver a vida.

#### **4. O TRABALHO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E O USO DE SI – RELAÇÕES COM O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR**

O trabalho nunca é pura execução, principalmente porque o meio é sempre infiel, uma vez que ele jamais se repete exatamente de um dia para o outro, ou de uma situação para a outra, sendo necessário fazer uso de suas próprias capacidades, de seus próprios recursos e de suas próprias escolhas para gerir essa infidelidade.

Ao trabalhador não é possível ser determinado exclusivamente pelas normas, pelas imposições de um meio exterior, o que seria algo profundamente patológico. A vida é sempre uma tentativa de criar-se parcialmente, havendo por isso um apelo ao uso de si, não somente a uma execução. Neste aspecto, retoma ao conceito estabelecido por Canguilhem quanto à perspectiva renormatizadora impressa à dimensão da saúde, entendendo que cada pessoa vai lidar com as "lacunas" ou as deficiências a seu modo, pois ela não pode fazê-lo de uma maneira padronizada.

As normas não antecipam tudo, então trabalhar é arriscar, fazer "uso de si". Se fazemos escolhas, por um lado elas são feitas em função de valores, mas por outro essas escolhas são um risco, já que é preciso suprir os "vazios de normas", as deficiências de orientações, de conselhos de experiências adquiridas, registradas nas regras ou nos procedimentos. Portanto, estamos sempre correndo riscos, antecipando soluções possíveis mesmo sabendo que há o risco de falhar ou de criar dificuldades novas. Escolher essa ou aquela opção é uma maneira de se escolher a si mesmo e, em seguida, ter que assumir as consequências dessas escolhas (Schwartz, 2010, p. 190).

Se admitimos que o trabalho é uma (re)singularização, devemos reconhecer que não agimos de forma individual, escolhendo trabalhar com tal pessoa mais do que com outra, ser atento mais com isso do que com aquilo, tratar a pessoa que se tem à sua frente de tal maneira mais do que de outra, enfim, fazendo todas essas escolhas, engajamos os outros com os quais trabalhamos. A partir do momento em que há uso e não simplesmente execução, o uso encontra os outros, que podem ser os colegas de trabalho mais próximos, ou aqueles que escolhemos, ou os que procuramos fora da proximidade imediata; mas podem ser também aqueles que avaliam seu trabalho,

aqueles que esperam um trabalho de qualidade, aqueles que o julgam ou que lhe pagam (Schwartz, 2010, p. 192).

Por meio dessa relação com o outro, nessa dialética referida ao universo do trabalho existe uma ação constitutiva do indivíduo, por meio também dessa relação que estabelece com o outro. Isso remete profundamente a uma forma de construção de si-mesmo, que traz toda espécie de desafios e de dimensões.

Para criar vínculos eficazes que passam pela amizade, pela intercompreensão (mas que podem também falhar, passando pela aversão, pelo atrito), há todo um trabalho de si mesmo que pode ter êxito ou falhar, mas que somos obrigados a fazer, exatamente porque cada um não está em seu lugar somente para "executar".

Desta forma, o coletivo não é uma imposição, ao contrário, está associado a um verdadeiro trabalho de construção e, como tal, está sujeito a falhas, é difícil e custoso para todos e, principalmente, para a pessoa, justamente na medida em que esse trabalho não é um trabalho prescrito. Isso remete a singularidades de vínculos que são estabelecidos, de escolhas que são feitas.

Simultaneamente, os outros atravessam suas próprias dramáticas no trabalho, mas, ao mesmo tempo, o indivíduo não é absolutamente intercambiável, uma vez que o modo como se conduz a construção das relações nas entidades de trabalho é algo muito próprio. Se entra ou sai alguém de um coletivo relativamente pertinente, haverá um (re)trabalho a se fazer, cujo resultado não é previsto de antemão.

Essa maneira de pensar a relação entre o individual e o coletivo nos ajuda a complexificar a noção de motivação que, de maneira geral, é vista como assunto individual. É simplista pensar que a motivação seja uma espécie de característica interna à pessoa, sem ver que por trás da motivação há uma ligação entre as pessoas e os meios que elas têm para viver sua vida e para exercer sua atividade. A motivação não depende unicamente da pessoa, sendo também uma questão referente ao meio que ela tem para agir, onde a fazem agir. Então a questão da motivação tem a ver com o meio, coloca tanto questões para a pessoa quanto para o meio ao qual ela é confrontada.

A motivação está na escolha – difícil de fazer – ou na articulação entre o uso de si por si e pelos outros. O que será sua motivação se o uso de si pelos outros obscurece sua capacidade de "desanonimar" o meio, de fazer valer algumas normas de vida ou

alguns tipos de relações pessoais com as pessoas com quem se têm afinidades? Não é senão na negociação entre uso de si por si e pelos outros que o trabalho pode produzir alguma coisa, sempre um pouco bem sucedida, senão não haveria trabalho ou todos estariam doentes, o que não é o caso. Estamos todos sempre um pouco doentes e um pouco loucos, mas mesmo assim isso não impede o trabalho de se desenvolver (Schwartz, 2010, p. 193).

Então, que entidade é essa que escolhe? Ela não é nem inteiramente biológica, nem inteiramente consciente ou cultural. E é por isso que Schwartz concebe a ideia de corpo ou de corpo si, em substituição à ideia de subjetividade. Falando do corpo e principalmente do corpo-si coloca-se o dedo sobre alguma coisa que nos ultrapassa a todos, na medida em que isso nos remete às profundezas do que somos – a essa alguma coisa que é novamente biológica, mas atravessada por nossa história. Ou seja, nós trabalhamos nosso corpo, nós o trabalhamos permanentemente pela nossa experiência de vida – e portanto por nossas paixões, por nossos desejos, por nossas experiências (Schwartz, 2010, p. 196).

Essa é a razão pela qual se poderia dizer que não há execução, mas uso. Uso de si, mas com essa dualidade às vezes simples, mas também complexa, que é o uso de si "por si" e "pelos outros". E é precisamente porque há ao mesmo tempo esses dois momentos, ou essas duas polaridades do uso, que todo trabalho é problemático e frágil, comportando um drama (Schwartz, 2010, p. 194).

O uso de si "pelos outros" é o fato de que todo universo de atividade de trabalho é um universo em que reinam normas de todos os tipos, quer sejam científicas, técnicas, organizacionais, gestionárias, hierárquicas, quer remetam a relações de desigualdade, de subordinação e de poder.

O "corpo si", árbitro no mais íntimo da atividade, não é um sujeito delimitado, definido, mas uma entidade enigmática que resiste às tentativas de ser objetivado. Quando se fala no corpo, não é uma oposição direta à alma, como fez a filosofia clássica, pois se acredita que o corpo é atravessado de inteligência. Entretanto, muitas escolhas que passam pelo corpo são feitas quase que automaticamente, o que não as impedem de vir à consciência. Há um tipo de inteligência do corpo que passa pelo muscular, pela postura, pelo neurofisiológico, por todos os tipos de circuitos que, hoje em dia, têm sua extrema complicação medida pelas neurociências, o que não quer dizer

que eles se passam automaticamente. Ao contrário, podemos dizer que muitos são resultados de nossa própria história, de um adestramento que pode ser cultural, mas que em seguida passa na inconsciência do próprio corpo.

Se quiséssemos sintetizar o que recobre o corpo-si, poderia se dizer que existe um nível do si que é o corpo inserido na vida; é o corpo a partir do fato de que somos parte do mundo da vida. Ao mesmo tempo, o "si" é domado. Ele está, desde o nascimento, em um universo de cultura que, precisamente, é muito diferente do meio vivo, porque ele é atravessado e saturado de valores, de histórias, de conflitos, de normas antagônicas. É a característica do meio: nossa vida acontece nas instituições, na rua que atravessamos... Tudo é perpassado de técnicas, normas, valores e de construções do social. O "si" está completamente imerso nisso e, também, é a história psíquica. Portanto, o "si" acumula tudo isso – e o menor dos atos de trabalho remete, digamos para simplificar, a essas três dimensões (Schwartz, 2010, p. 201).

Há uma obscuridade que coloca à distância toda a objetivação do sujeito, aquela que o faz passar, no fundo, como um objeto a ser descrito. E desse ponto de vista, isso é o essencial. O essencial é restituir a forma pela qual o sujeito escapa sempre, a seu jeito, de ser objetivado – e a atividade, é isso que ela nos diz.

As arbitragens na atividade dão um papel às emoções, mas se referem, sobretudo, a debates de valores. É preciso colocar em dia esses debates, úteis na construção de nossa existência coletiva. A atividade articula as dimensões do desejo, da paixão, do corpo, dos saberes, que são dimensões inseparáveis. Toda a genialidade da atividade é conseguir colocar em síntese esse conjunto.

A atividade é um debate de normas entre um ser vivo – um corpo-si – e um meio saturado de valores. Nesse sentido, um debate de valor o toma, incorpora-o como pessoa, corpo e alma. Esses valores podem ser da ordem do político, da ética ou das relações interpessoais.

Cada um procura no trabalho o equilíbrio aceitável entre o uso de si requisitado e consentido. O fracasso é um sofrimento; passar pela atividade pode ajudar a ultrapassá-lo. Na medida em que se define de maneira genérica a atividade como um debate de normas, como tentativa de recentramento de um ser vivente em um meio, uma

tentativa de desanonimar o meio, tem-se o risco de que essa tentativa fracasse (Schwartz, 2010, p. 202).

A dimensão da saúde seria uma tentativa de equilíbrio mais ou menos aceitável entre suas próprias normas, provenientes de sua própria história, com as questões do coletivo social, que é mais amplo, ou da vida da nação ou do universo social, econômico, humano. Mas a doença, ou a patologia, é também o risco permanente de não poder manter esse equilíbrio, o risco de que esse debate de normas se desenvolva em desvantagem permanente. É neste contexto que o conceito de saúde estabelecido por Canguilhem se aplica.

Tudo isso que gira em torno da subjetividade, do sofrimento no trabalho, adquiriu hoje uma importância enorme por razões muito fortes. É preciso levá-lo a sério, mas sem por isso se deixar paralisar por noções ou explicações que reduziriam tudo o que acontece como dramática, como renormatizações, como debates de normas. Pois é somente tentando desdobrar essas dramáticas entre o local e o global que nós podemos nos dar os meios de transformar o trabalho e principalmente aquilo que faz sofrer os indivíduos.

Quando transportamos a discussão para o campo da saúde do trabalhador, verificamos que apesar dos avanços significativos no campo conceitual que apontam um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, depara-se no cotidiano com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Tal fato coloca em questão a distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação, sobretudo num campo potencialmente ameaçador, onde a busca de soluções quase sempre se confronta com interesses econômicos arraigados e imediatistas, que não contemplam os investimentos indispensáveis à garantia da dignidade e da vida no trabalho (Minayo Gomez, 1997).

Para Minayo Gomez (1997) o campo da Saúde do Trabalhador é um campo de práxis, que se defronta continuamente com questões emergentes, que impelem à definição de novos objetos de estudo, contemplando demandas explícitas ou implícitas dos trabalhadores, podendo ser considerada uma área em permanente construção, configurada numa trama de relações que reflete consciências individuais e coletivas. Para Vasconcellos (2007), ao superar a visão da saúde ocupacional, a saúde do

trabalhador se situa na perspectiva da “saúde como direito”, plasmada ao SUS, com princípios de universalização dos direitos fundamentais.

Contrariamente aos marcos da saúde ocupacional, em que os trabalhadores são vistos como pacientes ou como objetos da intervenção profissional, na visão da saúde do trabalhador eles constituem-se em sujeitos políticos coletivos, depositários de um saber emanado da experiência e agentes essenciais de ações transformadoras. A incorporação desse saber é decisiva, tanto no âmbito da produção de conhecimentos como no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde (Minayo-Gomez, 2013), e é sob essa perspectiva que esta dissertação buscou estabelecer suas bases.

Machado & Merlo (2008, p. 447), ao analisarem o trabalho de técnicos de enfermagem de unidades que os autores classificam como “críticas” de um hospital cardiológico sob a ótica da Psicodinâmica do Trabalho, afirmam:

O trabalho do auxiliar e do técnico de enfermagem demanda sensibilidade destes profissionais e percepções das necessidades dos pacientes. Essa percepção vai além do prescrito pelo médico no prontuário como tratamento. Estas características tornam esse trabalho complexo, pois exige do trabalhador o investimento de sentimentos que precisam ser oferecidos a um estranho, o paciente.

O hiato gerado entre a organização prescrita do trabalho e a organização real solicita da parte daquele que opera o trabalho, uma atividade de concepção (Dejours, 2004) e mesmo de interpretação do mundo a sua volta. Sendo assim, o trabalho em saúde é também um trabalho de criação, de concepção, de produção de saber e de uso de suas capacidades e saberes tácitos.

É justamente no hiato entre esses dois polos, o trabalho prescrito e o trabalho real – presente mesmo nos trabalhos considerados de pura execução – que se encontra boa parte das produções subjetivas daquele que trabalha: sua inteligência criadora, seu prazer e seu sofrimento.

Na presente dissertação, não se trata de aplicar uma racionalidade científica ao contexto de trabalho e nem de uma estratégia prática de intervenção nos locais de trabalho, que teriam o objetivo de controlar os fatores de risco associados ao

adoecimento. O que se pretende é compreender melhor a relação dos trabalhadores com o trabalho e sua saúde, e a forma como tentam transformar as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais "saudáveis".

## 5. MÉTODOS

Em uma análise sobre o trabalho docente em escola municipal da rede de educação de Belo Horizonte, Dias e cols. (2013) apontaram que o processo saúde/adoecimento não ocorre dentro de um sujeito, estando intrinsecamente associado às relações que cada indivíduo estabelece com o seu trabalho, inclusive com os demais sujeitos nele presentes e, ainda, à forma como a organização desse trabalho é definida e efetivada (p. 172).

Aproximamo-nos desta percepção, na medida em que acreditamos que o aspecto histórico da relação saúde-doença pode ser empiricamente comprovado ao nos aproximarmos do cotidiano do trabalho. Nessa aproximação, no estudo de Dias e cols. (2013), os sujeitos, através de seus depoimentos, revelaram questões que precisavam ser discutidas e elaboradas pelo coletivo, sempre buscando a construção conjunta de alternativas para os problemas que se apresentam no cotidiano escolar. Assim, faz-se a gestão coletiva do trabalho, favorecendo a promoção da saúde.

Foi a partir dessa concepção de saúde/doença que nos propusemos a desenvolver um trabalho de natureza clínico-institucional no IPUB, a fim de favorecer a construção coletiva de estratégias de prevenção, promoção e produção de saúde. Ao tomar o conceito de atividade, tal como ele é tratado pela abordagem ergológica para analisar o trabalho coletivo, focamos o que escapa às prescrições e se configura, no trabalho, como (re)criação. Nessa perspectiva, os espaços/tempos coletivos do hospital foram considerados como instâncias potencialmente formadoras, nas quais é possível a socialização dos problemas enfrentados no cotidiano, levando os trabalhadores a entrarem em contato com novas formas de trabalho e oferecendo pistas para a resolução de tais problemas, por meio da troca de experiências.

Diferentemente de uma visão hegemônica que se satisfaz em associar saúde à manutenção de certas condições biológicas e ambientais, a nossa intervenção se deu a partir do princípio segundo o qual os processos de saúde se vinculam à potência do vivo em atender ao desafio de criar e recriar normas que lhe permitam melhor lidar com um meio que a todo instante se transforma, apresentando sempre desafios e situações com as quais se deve lidar. A possibilidade de movimentação e de criação no trabalho, bem como sua qualidade, apontam para um espaço no qual se encontram facilitados ou incitados processos de promoção de saúde. Desse modo, poder interferir nos processos e

na organização do trabalho, quando se apresentam como indesejáveis, provocando sua transformação e reformulação pelos diversos profissionais, significa estar no trabalho considerando a variabilidade dos ambientes laborais e a potência inventiva dos humanos. Foi com essa direção que o trabalho no IPUB se desenvolveu.

Assim, essa concepção de saúde/doença e seu intercâmbio com a organização do trabalho divergem das concepções hegemônicas sobre o tema por tentar levar em consideração que a promoção de saúde abarca toda uma rede de práticas sociais e saberes que extrapolam, e muito, o viés tradicional queixa-conduta. Ela se relaciona à promoção de autonomia, à análise dos aspectos que afetam o cotidiano, analisando seus efeitos. Não se separam, portanto, processos de produção de saúde e processos de produção de subjetividades protagonistas e autônomas que se engajam na produção e invenção dos modos de cuidado, de gestão, de vida, enfim.

Compreende-se, assim, que (re)criar normas e ordens sempre provisórias para lidar com um meio infiel não significa necessariamente adaptar-se a ele, mas, sim, colocar em funcionamento mecanismos provocadores de efetivas transformações (Schwartz, 2010).

Tal concepção de saúde interroga práticas muito arraigadas no mundo do trabalho como a de fundamentar sua organização em hierarquias mais ou menos rígidas, com divisão de saberes em que a uns são delegados maiores poderes/saberes e, portanto, autoridade para falar sobre diversos aspectos do cotidiano do trabalho e a outros pouca possibilidade de interferir nessa organização. Promover saúde, pois, relaciona-se à possibilidade de os trabalhadores poderem ser propositivos, de terem seus saberes sobre o viver-seu-trabalho efetivamente afirmados nas reformulações e reorientações do próprio trabalho. Relaciona-se, ainda, ao fato de poderem ter seus desejos e anseios expressos e passíveis de se vincularem suficientemente a seus fazeres cotidianos. Como criar espaços de trabalho efetivamente democráticos em um hospital psiquiátrico universitário?

Consideramos que o processo saúde/adoecimento não ocorre no interior de um sujeito, estando intrinsecamente associado às relações que se estabelece com o trabalho, com os demais sujeitos que compõem o coletivo de trabalhadores e a forma como a organização desse trabalho é definida e efetivada. Essa aproximação com o cotidiano, com as situações concretas e por meio dos depoimentos revela questões que precisam ser discutidas e elaboradas pelo coletivo, sempre buscando a construção conjunta de

alternativas para os problemas que se apresentam no cotidiano hospitalar. Só assim é possível fazer a gestão coletiva do trabalho, favorecendo a promoção da saúde.

O Projeto de Atenção à Saúde Mental do Trabalhador da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PRASMET – UFRJ) desenvolve pesquisas e ações na área de saúde mental e trabalho desde 1994, como braço assistencial ligado ao Programa de Pesquisas Organização do Trabalho e Saúde Mental (OTSAM) do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB), tendo sido fundado com o objetivo de contemplar a atenção psicossocial ao servidor da UFRJ em uma política de atenção integral ao trabalhador, enfatizado nas ações desenvolvidas na saúde mental em relação à atividade laboral e na atenção à saúde ao servidor público como campo de vigilância em saúde pública e de pesquisa-intervenção, considerando a orientação do decreto fundador do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS): “*assistência à saúde é prevenção e reabilitação*”.

O PRASMET se inscreve no campo da Saúde do Trabalhador como um esforço concentrado de produzir conhecimento em Saúde Mental e Trabalho, fazendo clínica psicossocial junto aos que realizam o trabalho de serviço público de uma das maiores universidades do Brasil. A partir da constatação do nosso censo em 2014 e da nossa experiência clínica cotidiana, a categoria profissional da enfermagem é a que mais procura e segue tratamento no PRASMET, além de demandar apoio institucional.

No contexto das ações do PRASMET, vêm sendo realizadas atividades de caráter clínico-institucional, denominada *Conversas sobre o Trabalho e a Saúde*, nas quais a equipe do PRASMET tem ido até as enfermarias masculina e feminina do IPUB, para criar um momento de diálogo com os trabalhadores da enfermagem, e que envolvem discussões e diálogos sobre o trabalho nas enfermarias e sua relação com a saúde. A partir da análise de conteúdo do material oriundo dessas *Conversas* tentamos compreender as relações entre o trabalho e a saúde pela percepção dos trabalhadores da enfermagem de um hospital psiquiátrico universitário.

O material utilizado para a dissertação (segundo artigo) teve o IPUB como *lócus* pela proximidade (não exclusivamente física) e pela familiaridade da equipe com esse hospital universitário, garantindo, portanto, acesso ao campo. É também o local no qual a demanda direta por apoio institucional à categoria da enfermagem ocorre de forma mais próxima ao formal, através de abordagens por parte das chefias, da direção da unidade e até do Departamento Pessoal. Finalmente, o fato da especificidade da

enfermagem psiquiátrica ou de "saúde mental" ser pouco ou muito menos estudada, conhecida ou problematizada coloca o IPUB como local de escolha para a realização desse artigo.

A escolha das enfermarias como palco para a pesquisa deve-se à maior concentração da categoria nas enfermarias psiquiátricas, sendo esse o espaço de cuidados em saúde mental que mais "consome" a categoria da enfermagem; como eles dizem, separados do mundo apenas pelo "portão do inferno". Historicamente, o espaço das enfermarias é herdeiro direto do antigo Hospício Pedro II, fundado em 1852 e voltado à assistência psiquiátrica aos até então *pacientes alienados de todos os gêneros*. Importante sublinhar esse aspecto, pois o complexo processo de construção do modelo de assistência em saúde mental estabelecido no Brasil encontra-se refletido no modo de funcionamento das enfermarias psiquiátricas do IPUB e vai ser apontado pela fala dos profissionais de enfermagem que foram escutados pelos autores.

Cabe ressaltar o grande contraste com, por exemplo, o ambulatório, no qual predomina o trabalho dos médicos residentes de psiquiatria, dos psicólogos, dos profissionais dos cursos de especialização e da residência multiprofissional em saúde mental. Essa notação nos levou a pensar em seguir a distribuição "natural" da categoria no hospital, que tem o ambiente das enfermarias como protagonismo, mas não afasta a necessidade futura de estarmos em outros espaços do hospital que também são ocupados pela enfermagem, pois acreditamos que vamos conseguir acompanhar como essa distribuição da enfermagem pelos diversos setores se dá na prática e, provavelmente, encontrar as histórias das chamadas "reabilitações".

Todas as 11 reuniões realizadas foram gravadas em áudio e transcritas integralmente, constituindo mais de 16 horas de áudios e 350 páginas de material transcrito, até o presente momento. A construção desse material, que recebeu a designação de *Acervo*, tem sido objeto de discussão do grupo de trabalho e pesquisa que se mantém organizado em torno das *Conversas* com a enfermagem. Todos os 40 participantes das *Conversas* assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme exposto no Anexo 1, seguindo as recomendações dos Comitês de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A leitura do material obtido pelas transcrições permitiu identificar quatro categorias temáticas centrais, assim definidas:

1. Temáticas centrais comuns à categoria da enfermagem: construção de identidade profissional, (des)valorização diante de outras categorias profissionais, jornadas de trabalho extensas, implicações na vida sócio-familiar;
2. Temáticas específicas da enfermagem em saúde mental: dificuldades de capacitação, o papel da enfermagem no contexto da Reforma Psiquiátrica, a contenção e sua dimensão de cuidado, a inclusão da agressão como algo que parece estar prescrito, a interface com outras categorias profissionais;
3. Temáticas de aspecto mais local: o trabalho na Universidade e o sucateamento institucional, mudança no perfil do trabalhador, condições estruturais das enfermarias do IPUB, as dificuldades de diálogo com a gestão;
4. Temáticas que abordam as estratégias utilizadas para conseguirem se manter trabalhando: laços com pares e outros atores, incluindo os pacientes; as formas de contenção e de gerenciar as situações de agitação e agressividade dos pacientes; dimensões não previstas de cuidado – formas de preenchimento do vazio entre o trabalho real e o prescrito.

Para esta dissertação optamos, no artigo 2, por utilizar a parte do Acervo que tangencia as questões referentes especificamente à enfermagem que atua em saúde mental, com foco nos trabalhadores das enfermarias psiquiátricas, assumindo que o seu conteúdo é passível de novas explorações a partir de outros referenciais teóricos e ampliando o leque de possibilidades para a participação de outros atores nesse processo.

Assim, nos resultados que apresentamos na sequência está o artigo aprovado para publicação na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, que apresenta a história de mais de 20 anos do Projeto de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o PRASMET, buscando descrever ações de intervenção em saúde do trabalhador voltadas para o contingente dos servidores da UFRJ, expondo de que modo o *projeto* articula o binômio “trabalho” e “saúde mental”, assim como, nos constituímos referidos ao campo da Saúde do Trabalhador e no contexto da reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil, a chamada Reforma Psiquiátrica.

O segundo artigo apresenta um recorte dos resultados obtidos pela atividade clínico-institucional junto aos trabalhadores da enfermagem do IPUB. Tem como

objetivo analisar como se dá o trabalho em saúde mental no contexto de um hospital psiquiátrico universitário, na perspectiva dos trabalhadores da enfermagem, utilizando o referencial teórico da Ergologia e os conceitos de atividade e corpo-si trazidos por Schwartz e a dimensão da saúde estabelecida por Canguilhem, entendendo que o trabalho em saúde é também um trabalho de criação, de concepção, de produção de saber e de uso de suas capacidades e saberes tácitos.

## 6. ARTIGO 1

**O Projeto de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro – PRASMET: 20 anos**  
The *Project* of Attention to the Mental Health of the Workers of the  
Federal University of Rio de Janeiro - PRASMET: 20 years

Leonardo Lessa Telles, Vanessa Fausto Klein, Vânia Glória Oliveira, Ivete Callado  
Ribeiro, Valéria Gomes, Elisa Werlang do Couto, Norma Cavalcanti, Cassia Almeida  
de Oliveira, Renata Rozzante Lemos, Maria Cristina Amendoeira, Gláucia Huguenin de  
Castro, Sílvia Jardim e Lucia Rotenberg

*“É verdade que o agir jamais pode realizar-se em isolamento, porquanto aquele que  
começa alguma coisa só pode levá-la a cabo se ganhar outros que o ajudem. (...), ou  
seja, impossível no sentido do pratein grego, do executar e do concluir.”*

Hannah Arendt, **O que é Política?**

Fragmentos das Obras Póstumas compiladas por Ursula Ludz

Tradução Reinaldo Guarany

Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 1998, p.58

### **RESUMO:**

A ação de uma instituição universitária não pode se esgotar intramuros. Não basta a uma universidade conceber-se democraticamente, para realizar ciência, produzir e transmitir conhecimentos, sem envolver-se ativamente — observada sua natureza de instituição acadêmica — com as necessidades e as expectativas da sociedade brasileira, especialmente as de seus setores subalternizados.

A Saúde do Trabalhador, ancorada na Saúde Coletiva, propõe uma ruptura da visão positivista de doença, que no caso da saúde mental, transmuta o sofrimento psíquico em patologias individuais, mensuráveis e homogêneas por meio de critérios diagnósticos. Com esse intento, propõe uma concepção ampliada da saúde,

direcionando o foco para a variável trabalho como determinante social desse complexo processo saúde-doença. Assim, “trabalho” pode significar a causa de doença como nos acidentes de trabalho, mas também significa laço social, vinculação social, proteção e atenção à saúde e à previdência social.

O Projeto de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PRASMET) se inscreve neste campo como um esforço concentrado de produzir conhecimento em Saúde Mental e Trabalho, fazendo clínica psicossocial junto aos que realizam o trabalho de serviço público de uma das maiores universidades do Brasil.

O objetivo deste artigo é apresentar a história de mais de 20 anos do PRASMET, buscando descrever ações de intervenção em saúde do trabalhador voltadas para o contingente de servidores desta Universidade, dando destaque aos seus resultados institucionais e clínicos. Parte-se da premissa de que o exercício da clínica com o olhar sobre o trabalho permite situar os problemas de saúde em contextos espaciais e sociais, mapeando tendências temporais e possibilitando abordagens institucionais de maior magnitude e resolutividade.

### **ABSTRACT:**

The action of a university can not be exhausted inside the institution. It is not enough for a university to conceive itself democratically, to realize science, to produce and transmit knowledge, without being actively involved - observing its nature as an academic institution - with the needs and expectations of Brazilian society, especially those of its subalternized sectors.

Worker Health, anchored in Collective Health, proposes a rupture of the positivist view of disease, which in the case of mental health transmits psychic suffering into individual, measurable and homogenized pathologies through diagnostic criteria. With this intent, it proposes an expanded conception of health, directing the focus to the labor variable as a social determinant of this complex health-disease process. Thus, "work" can mean the cause of illness as in work accidents, but it also means social bonding, social bonding, protection and health care, and social security.

The Project of Attention to the Mental Health of the Workers of the Federal University of Rio de Janeiro (PRASMET) is inscribed in this field as a concentrated

effort to produce knowledge in Mental Health and Work, doing psychosocial clinic with those who perform the public service work of a of the largest universities in Brazil.

The objective of this article is to present the history of more than 20 years of PRASMET, seeking to describe actions of intervention in worker health directed to the contingent of employees of this University, highlighting their institutional and clinical results. It is based on the premise that the practice of the clinic with the look on the work allows to situate the health problems in spatial and social contexts, mapping temporal tendencies and enabling institutional approaches of greater magnitude and resolution.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Mental, Trabalho, Universidade.

## **INTRODUÇÃO:**

Neste artigo vamos apresentar a história de mais de 20 anos do Projeto de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o PRASMET, buscando descrever ações de intervenção em saúde do trabalhador voltadas para o contingente de servidores desta Universidade. Daremos destaque para o seu principal resultado institucional: a constituição do Polo de Saúde Mental dos Trabalhadores da UFRJ a partir de 2003, e, a Seção de Atenção Psicossocial (SAPS) da Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador (CPST) da Pró-Reitoria de Pessoal (PR-4) a partir de 2016.

Vamos também expor de que modo o *projeto* articula o binômio “trabalho” e “saúde mental”, assim como, nos constituímos referidos ao campo da Saúde do Trabalhador e no contexto da reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil, a chamada Reforma Psiquiátrica.

Ao final, vamos apresentar e analisar um conjunto de dados provenientes de um corte transversal realizado em 2014 com o grupo de trabalhadores, servidores da universidade, assistidos no Polo de Saúde Mental. Esses dados expressam tanto as características da atenção prestada quanto as características sócio-demográficas da população trabalhadora que nos procura e que em nosso trabalho encontra seguimento.

## **HISTÓRICO:**

### **A UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ) faz 100 anos**

A Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) foi criada no dia sete de setembro de 1920, com o nome de Universidade do Rio de Janeiro. Reorganizada em 1937, quando passou a se chamar Universidade do Brasil, tem a atual denominação desde 1965.

Inicialmente, sua implantação tratava-se, pura e simplesmente, de um ato político e protocolar de justaposição de instituições de ensino superior já existentes: a Faculdade de Medicina, a Escola Politécnica e a Faculdade de Direito, sendo esta última resultante da união de duas outras escolas livres já existentes.

Hoje a UFRJ conta com 5 campi espalhados na cidade do Rio de Janeiro e fora dela, além de 4 campi virtuais e da estrutura hospitalar (composta por 7 unidades). Porém, a ação da instituição não pode se esgotar intramuros. Não basta a uma universidade conceber-se democraticamente, para realizar ciência, produzir e transmitir conhecimentos, sem envolver-se ativamente — observada sua natureza de instituição acadêmica — com as necessidades e as expectativas da sociedade brasileira, especialmente as de seus setores subalternizados. Assim, para os movimentos sociais da UFRJ, é imperioso que a universidade participe dos grandes debates e do processo de disputas que definem, no processo histórico, os rumos da sociedade de que faz parte (site <https://ufrj.br/historia>).

### **O PRASMET: do *Projeto* ao Polo de Saúde Mental e à Seção de Atenção Psicossocial**

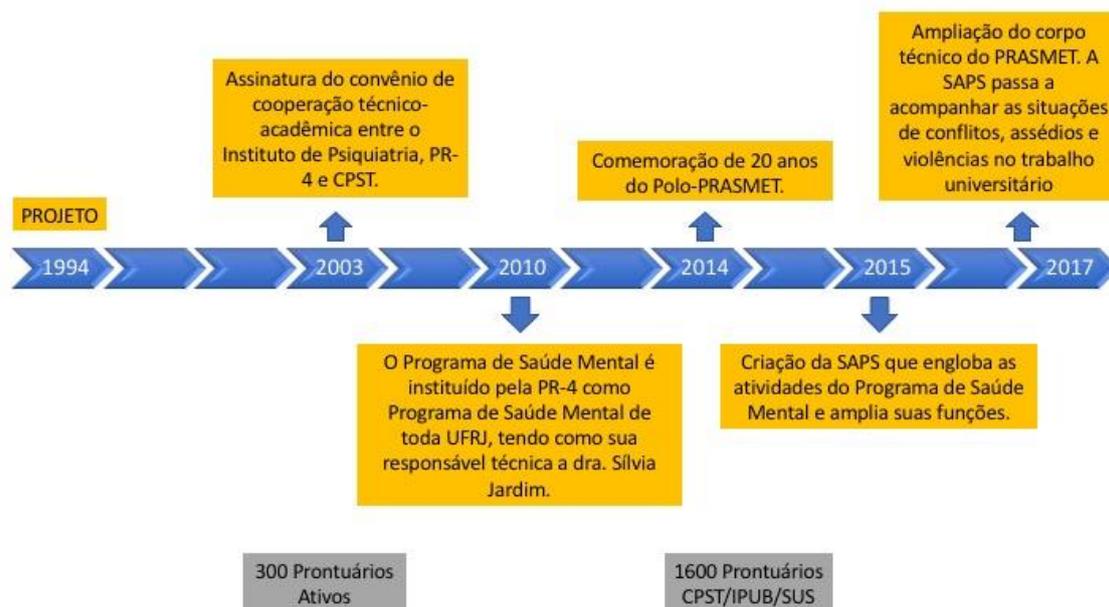
O Projeto de Atenção à Saúde Mental do Trabalhador (PRASMET – UFRJ) desenvolve pesquisas e ações na área de saúde mental e trabalho desde 1994, como braço assistencial ligado ao Programa de Pesquisas Organização do Trabalho e Saúde Mental (OTSAM – IPUB/UFRJ) fundado em 1985 pelo professor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFRJ e pesquisador do CNPq, João Ferreira da Silva Filho. (Jardim, 1999)

Em 1998, a partir da aprovação e contratação pela UFRJ de psiquiatras lotados na Divisão de Saúde do Trabalhador, atual Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador (CPST), foi ampliada a interação e intercâmbio entre as unidades IPUB e DVST (CPST). No decorrer desse trabalho foi identificada a necessidade da criação de um programa de atenção e vigilância em saúde mental dos trabalhadores da UFRJ que pudesse ampliar e qualificar as ações, integrando de forma mais proveitosa os recursos disponíveis em ambas as unidades da Universidade. Sendo assim, foi elaborada a proposta de criação do **Polo de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores (Polo-PRASMET/UFRJ)** com uma equipe multidisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermagem do trabalho, celebrando-se em 28 de março de 2003 a assinatura de um Acordo de Cooperação e Intercâmbio Técnico-Científico entre **Divisão de Saúde de Trabalhador (DVST/UFRJ)**, atual **Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador (CPST-PR-4-UFRJ) – UNIDADE SIASS 50/CPST/UFRJ**, e o **Instituto de Psiquiatria IPUB-UFRJ**.

Com a assinatura deste convênio se ratificou uma assistência que sempre privilegiou a atenção aos servidores da UFRJ, formalizando a vinculação institucional à CPST/UFRJ. Deste modo a equipe multidisciplinar constituída passou a contar, formalmente, com servidores da CPST/UFRJ e do IPUB, garantindo assim, por um lado, um corpo assistencial estatutário e, por outro, a submissão deste trabalho a uma direção clínica construída através do percurso do PRASMET.

O **Polo de Saúde Mental – PRASMET – CPST/ IPUB/ UFRJ** já recebeu mais de 1.600 usuários. Esta assistência é sustentada por uma direção que, há mais de 20 anos, trabalha com uma interseção entre clínica, ensino e pesquisa, ou seja, além de prestar assistência qualificada aos trabalhadores em sofrimento psíquico, visa também uma capacitação continuada dos profissionais que atuam no serviço, assim como a capacitação de profissionais que se interessem por esta prática (ver Figura 1). Capacitá-los não para se tornarem especialistas em saúde mental do trabalhador, mas sim profissionais que levem em conta e estejam preparados para lidar com o campo da relação entre saúde mental e trabalho.

Figura 1: Linha do tempo – PRASMET (1994 a 2017).



**PROJETO** – Projeto de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores da UFRJ

**POLO** – Polo de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores, a partir de Acordo de Cooperação e Intercâmbio Técnico-Científico entre Divisão de Saúde de Trabalhador (DVST/UFRJ), atual Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador (CPST-PR-4-UFRJ) – UNIDADE SIASS 50/CPST/UFRJ, e o Instituto de Psiquiatria IPUB-UFRJ

Tendo em vista o exposto e a crescente demanda em problemas relacionados à saúde mental e trabalho na UFRJ assim como a necessidade de ampliação e institucionalização das ações desenvolvidas pelo PRASMET, na virada de 2015 para 2016, surgiu a proposta de criação da Seção de Atenção Psicossocial – SAPS que passou a compor o organograma da CPST/PR4, passando também a albergar o Polo de Saúde Mental dos Trabalhadores da UFRJ.

O objetivo central da Seção de Atenção Psicossocial (SAPS) é contemplar a atenção psicossocial ao servidor da UFRJ em uma política de atenção integral ao trabalhador, enfatizado nas ações desenvolvidas na saúde mental em relação à atividade laboral e na atenção à saúde ao servidor público como campo de vigilância em saúde pública e de pesquisa-intervenção, considerando a orientação do decreto fundador do SIASS: “*assistência à saúde é prevenção e reabilitação*”. Seus objetivos específicos são:

1. Acolher e avaliar as situações de servidores que apresentem questões relacionadas ao campo da saúde mental e trabalho;
2. Emitir pareceres e laudos especializados e/ou multidisciplinares em Saúde Mental do Trabalhador e em Atenção Psicossocial, viabilizando e fortalecendo a construção de um campo de diálogo e colaboração entre assistência e perícia em Saúde Mental do trabalhador;
3. Possibilitar a construção de indicadores para intervenção no campo de saúde mental e trabalho na UFRJ a fim de subsidiar ações de promoção e reabilitação;
4. Participar, fomentar, colaborar e desenvolver projetos de pesquisa e extensão no âmbito da Saúde Mental e Trabalho e da Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores e capacitar profissionais para intervenções neste campo.

### **DO FLUXO E DO FUNCIONAMENTO DAS AÇÕES DA SEÇÃO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – SAPS:**

#### **1. Recepção: do acolhimento à discussão do caso. Construção da referência ao serviço.**

A recepção é realizada pelo serviço social e pela psicologia da CPST/SAPS, em entrevista individual. A entrevista pode se realizar na sede da CPST/UFRJ (Campus Cidade Universitária, Fundão) ou na sede do Polo de Saúde Mental no IPUB/UFRJ (Campus Praia Vermelha) de acordo com as agendas dos setores e profissionais, todos os dias da semana das 7 às 16 horas. (Jardim, 2000)

A chegada para a recepção na SAPS pode se dar das seguintes formas:

- (a) Ao passar por um atendimento com os profissionais da CPST estes indicam que seja atendido pela saúde mental;
- (b) Ao passar por Avaliação Funcional, a perícia médica ou o serviço social detectam uma questão de saúde mental e encaminham para a SAPS;
- (c) O setor onde o servidor está lotado sugere que o mesmo procure ajuda na CPST para seu problema relacionado à saúde mental;
- (d) O servidor, após longo período afastado, solicita retomar o tratamento;
- (e) Por demanda espontânea, ou seja, o próprio servidor solicita um atendimento na SAPS.

Cabe ressaltar que este primeiro momento é qualificado como ACOLHIMENTO. Procura-se escutar a questão que o levou a buscar e/ou a ser encaminhado à SAPS. Portanto, nem todos os servidores que são acolhidos serão assistidos pelo Polo de Saúde Mental (antigo PRASMET), no entanto, valorizamos que uma REFERÊNCIA ao serviço possa se estabelecer através da recepção oferecida, ou seja, que o servidor possa nos procurar quando for necessário.

Após o ACOLHIMENTO a situação recebida será levada para a REUNIÃO TÉCNICA.

## **2. Discussão do caso: resolução, encaminhamento ou inclusão na assistência.**

A equipe técnica multidisciplinar da SAPS se reúne, semanalmente, às 4ª feiras, de 09:00h às 12:00h, na sala própria ou no IPUB ou na CPST. A discussão clínica dos casos em acompanhamento no serviço, assim como questões institucionais e de formação são tratadas nesta atividade.

Essa equipe conta também desde 2015 com um grupo em rede social no Whatsapp® específico para as atividades do Polo que permite a comunicação entre os profissionais sobre assuntos urgentes e registros importantes para a equipe como um todo. Esse dispositivo facilitou bastante nossa comunicação interna.

As entrevistas de ACOLHIMENTO realizadas pelo serviço social são apresentadas e discutidas com a equipe multidisciplinar. Priorizamos a assistência aos casos de maior complexidade.

A partir desta discussão o caso poderá:

(a) não ser considerado necessário ou indicado para assistência ou nova avaliação;

(b) ser encaminhado para assistência fora do serviço, mantendo a referência;

(c) seguir em entrevistas de avaliação (pelo serviço social e/ou por psicólogos e/ou psiquiatras) podendo a partir daí ser encaminhado, assistido pelo serviço ou encontrar uma resolução da situação apresentada;

(d) ser inserido no serviço, podendo, segundo a avaliação, ser indicado seu acompanhamento por psicólogo e/ou psiquiatra, mantendo a referência sempre com o serviço social.

Consideramos a complexidade de um caso não exclusivamente a partir do diagnóstico, mas levando em conta a complexidade da situação, dos recursos clínicos e

sociais com que é possível contar, da repercussão na vida pessoal e laboral da pessoa atendida na SAPS.

### **3. Características da Assistência no Polo de Saúde Mental (antigo PRASMET).**

A assistência médica, psicológica, do serviço social e eventualmente da enfermagem do trabalho realizada pela equipe multiprofissional consiste, em sua maioria, em atendimentos ambulatoriais. Estes acontecem na unidade IPUB/UFRJ, no ambulatório denominado CIPE NOVO. O Polo conta com uma sala específica, no entanto outras salas do ambulatório também podem ser utilizadas. Os atendimentos médicos e psicológicos acontecem todos os dias da semana, sendo que os mesmos são agendados previamente e se distribuem segundo a disponibilidade das agendas dos profissionais e de salas do setor.

Também lançamos mão de outros dispositivos terapêuticos do IPUB como o Plantão Médico, as Enfermarias Psiquiátricas, o Plantão de Enfermagem ambulatorial, o Hospital Dia e o Programa de Atenção a Usuários de Álcool e outras drogas (PROJAD).

É preciso considerar que no campo da saúde mental as situações graves e complexas necessitam, em sua grande maioria, atendimento de seguimento continuado, ou seja, o tratamento pode ser necessário durante um longo período de tempo, especialmente em casos de doenças crônicas e severas. Continuamos atendendo trabalhadores que se aposentam por invalidez ou tempo de serviço.

Ao longo do tratamento a modalidade da assistência, ou seja, as combinações possíveis, tanto no que diz respeito à frequência/intensidade (quantidades de atendimentos por semana/mês), quanto ao tipo (atendimento médico, psicológico, entrevistas com o serviço social) podem variar. Diferentes situações exigem diferentes abordagens, portanto existem variações nas combinações oferecidas tanto de paciente para paciente, quanto para um mesmo paciente, ao longo de seu tratamento. (Jardim, 2000)

### **4. Da conclusão do tratamento: dificuldade de adesão, interrupção e alta.**

Por priorizarmos as situações graves e complexas, muitos casos têm indicação de se manter sob assistência por um longo período. Mesmo os casos onde o tratamento é considerado concluído pelo médico e/ou pelo psicólogo que o acompanha, a

REFERÊNCIA ao serviço se mantém. Assim, há trabalhadores que são acompanhados pelo programa há 20 anos ou mais, na sua vida de trabalho ou na aposentadoria por invalidez ou por tempo de contribuição e serviço. Eventualmente, acompanhamos os trabalhadores em sua morte quando, muitas vezes, prestamos assistência a seus parentes em seu luto, questões previdenciárias e até de saúde mental. Teríamos muitas situações e casos clínicos para apresentar e discutir, mas já o fizemos (Ramos e cols., 1998; Bucasio e cols., 2005; Vieira e cols., 2006) e o faremos em outras oportunidades.

Também observamos que para alguns servidores a adesão ao tratamento encontra dificuldades e o mesmo é interrompido abruptamente. Em casos mais graves, onde esta interrupção implica riscos, é possível que seja avaliada, naquela situação, uma BUSCA ATIVA ao paciente, ou discutida uma estratégia que o ajude a retomar o tratamento.

Cabe esclarecer que quando o servidor recebe “alta” de sua Licença para Tratamento de Saúde (LTS) esta não implica “alta” do tratamento estabelecido: estar apto para retornar ao trabalho não significa, necessariamente, poder dispensar a assistência clínica que possibilitou a estabilização da situação.

### **5. Quando é preciso retomar o tratamento.**

O caminho de retomada do tratamento depende da situação em que o mesmo se interrompeu. Quando um paciente volta a procurar o serviço seu pedido será discutido na reunião técnica. Em muitos casos, o paciente se afastou do tratamento por estar melhor e solicitou o retorno por se dar conta que está mais frágil, ou que a situação se agravou novamente, e, assim, o agendamento do atendimento poderá ser avaliado pelo profissional de referência. Também existem casos em que a dificuldade de adesão participa do modo de chegada e, quando o paciente consegue chegar priorizamos o seu agendamento.

Cumpra esclarecer, no entanto, que sem deixar de levar em conta a singularidade de cada caso (que produz respostas específicas do serviço), de modo geral, quando o paciente interrompeu por muito tempo o tratamento, seu retorno se dará pelo fluxo normal, ou seja, será agendada uma entrevista de recepção com o serviço social, o caso será discutido na reunião técnica e avaliada a indicação, ou não, de retomada do tratamento no Polo-PRASMET.

## **6. Ações de vigilância, promoção e reabilitação em saúde mental.**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os agravos de saúde mental no trabalho afetam 30% dos trabalhadores no mundo. Na UFRJ, dados preliminares sobre as licenças para tratamento de saúde ocasionado por transtornos psiquiátricos evidenciaram uma proporção de 93 servidores afastados por cada mil servidores, no ano de 2014. Dentre os afastamentos por todas as doenças e/ou agravos, os transtornos psiquiátricos são a segunda causa de afastamento, num total de 15% dos servidores, sendo as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, as que levaram o maior contingente de servidores ao afastamento, num total de 23%. Prosseguindo nessa breve análise dos dados, constata-se que o maior número das licenças prolongadas (18 e 24 meses) é de servidores com transtornos mentais, perfazendo um total de 45% dessas licenças, indicando uma tendência dos transtornos mentais serem o principal fator das aposentadorias por invalidez nessa Universidade.

O PRASMET se inscreve no campo da Saúde do Trabalhador como um esforço concentrado de produzir conhecimento em Saúde Mental e Trabalho, fazendo clínica psicossocial junto aos que realizam o trabalho de serviço público de uma das maiores universidades do Brasil.

Embasado nesses pressupostos, a vigilância em saúde mental do trabalhador tem proposto a implantação e implementação de fichas de notificação e dos casos de assédio moral e conflitos no trabalho. A investigação dessas fichas de notificação é uma oportunidade para se aprofundar o conhecimento dos processos de trabalho, buscando-se apreender como o trabalho está organizado e suas consequências para a saúde destes trabalhadores, sendo uma ferramenta para as ações de promoção, reabilitação e educação em saúde do trabalhador.

Tem sido uma premissa da SAPS que o tema “Conflitos, Assédio Moral e Violência nas Relações de Trabalho na UFRJ” seja transversal a todas as práticas e políticas da CPST, não exclusivo da SAPS. Visamos assim a não psiquiatrizar ou patologizar situações de constrangimento e sofrimento que se configuram uma sintomatologia psicológica e que, em determinado momento, demandam atenção para além da assistência clínica especializada, sem deixar de prover esta com os mesmos critérios acima expostos.

A referência e o acompanhamento de todas as ações são mantidos nesses casos, acrescidas de VISITAS AO LOCAL DE TRABALHO para a elaboração de RELATÓRIO TÉCNICO que consubstancia a AVALIAÇÃO FUNCIONAL e a DECISÃO PERICIAL da equipe de médicos peritos da CPST. Essas visitas e relatórios são realizados pelas assistentes sociais da SAPS, com a participação eventual de uma das psicólogas e de enfermeiras do trabalho, na dependência da experiência e inserção na Seção e no caso em questão.

Temos desenvolvido também uma rotina de atividades de grupo, que denominamos *Conversas sobre o Trabalho e a Saúde*. Essa atividade foca inicialmente os trabalhadores da enfermagem e da assistência administrativa do IPUB como grupo piloto, com a intenção de se estender para todas as unidades da UFRJ.

#### **7. Ações de ensino e aprendizagem.**

Para atender essa atividade da SAPS/CPST a equipe desenvolve ações que viabilize a participação, o fomento, a colaboração e o desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão no âmbito da Saúde Mental e Trabalho e da Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores e capacitar profissionais para intervenções neste campo.

Para tanto, realiza ações de cooperação técnica, especializada e multidisciplinar em saúde mental do trabalhador e atenção psicossocial, na UFRJ ou em outras instituições, cujas demandas e características sejam de saúde mental e trabalho, assim como, capacitar profissionais para intervenções nesta área de atuação.

#### **DO PERFIL DA CLIENTELA:**

Tabela 1. População trabalhadora da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

|                          | <b>Ativos</b> | <b>Inativos</b> | <b>Total</b>  |
|--------------------------|---------------|-----------------|---------------|
| Docentes                 | 3.267         | 1.919           | 5.186         |
| Técnicos-Administrativos | 8.830         | 3.924           | 12.754        |
| <b>Total</b>             | <b>12.097</b> | <b>5.843</b>    | <b>17.940</b> |

Fonte: Pró-Reitoria de Pessoal (PR-4).

A partir de uma avaliação transversal realizada em 2014 com o grupo de trabalhadores, servidores da universidade, assistidos no Polo de Saúde Mental, foi possível construir informações que expressam tanto as características da atenção prestada quanto as características psicopatológicas e sócio-demográficas da população trabalhadora que nos procura e que em nosso trabalho encontra seguimento.

Durante período de um mês no ano de 2014, os pacientes que compareceram ao Polo de Saúde Mental para atendimento foram convidados a preencher um formulário, conforme Anexo 1.

A análise descritiva dos resultados obtidos a partir desta abordagem naturalística evidenciou que a maioria dos pacientes em atendimento eram do sexo feminino (79%), com nível de escolaridade superior (67%); a média etária foi de 49,4 anos.

A maior prevalência de transtornos mentais no gênero feminino tem sido um resultado consistente na literatura, sendo esta geralmente duas a três vezes maior do que em homens (Carlotto e cols., 2011; Gomes e cols., 2011). As explicações que tentam elucidar as causas para essa diferença incluem tanto a associação de trabalho e responsabilidade familiares, que podem exercer fortes pressões a ponto de provocar efeitos desfavoráveis para a saúde física e mental (Carlotto, 2016), quanto o modo como o modo pelo qual homens e mulheres tendem a vivenciar o estresse e as estratégias de enfrentamento utilizadas (Rosenfield & Mouzon, 2013; Mirvis e cols, 2006). Revisão sistemática de literatura realizada por Santos e Siqueira (2010) aponta que mulheres teriam mais facilidade de identificar seus sintomas e admiti-los.

Um aspecto relevante da nossa amostra é o percentual de profissionais de enfermagem e dos que exercem funções administrativas, que respondiam 24% e 22% dos pacientes avaliados, respectivamente (Gráfico 1). Foi encontrado percentual de 6% de bibliotecários, o que deve ser considerado por se tratar de um grupo pouco representativo em termos absolutos entre os trabalhadores da universidade, porém com importante participação na amostra de pacientes.

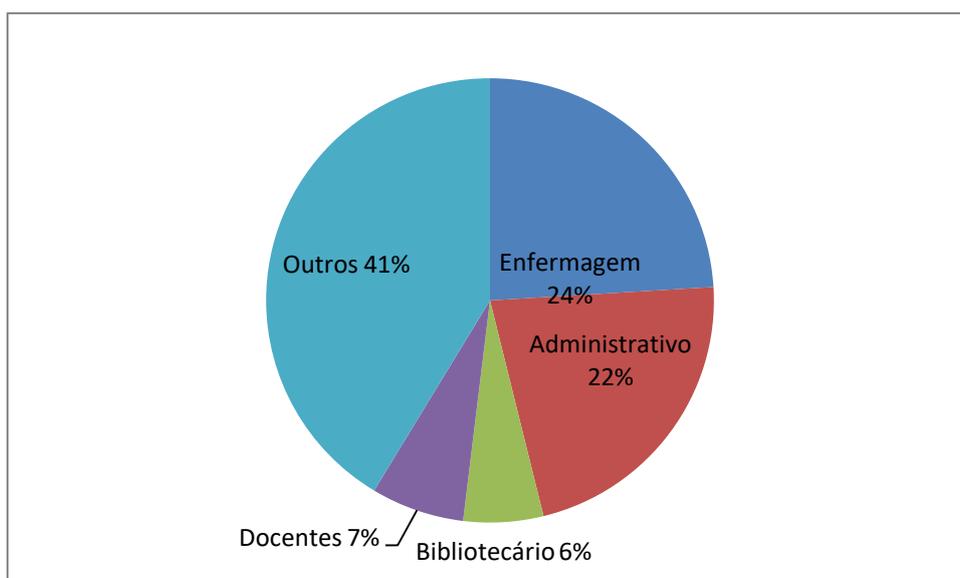
Em estudo sobre a prevalência dos transtornos mentais em trabalhadores de instituição federal de ensino superior no Rio Grande do Sul, Noro & Kirchof (2004) evidenciaram que a distribuição dos transtornos mentais levou à maior frequência de licenças entre os profissionais auxiliares de enfermagem que trabalham no Hospital

Universitário daquela instituição. Neste mesmo estudo, os principais grupos profissionais encontrados foram os trabalhadores da enfermagem, os assistentes em administração, e recepcionistas e os professores.

A participação de servidores docentes foi de 7% da nossa amostra, considerado uma representação pequena se tomarmos como referência o quantitativo absoluto constituído pelos docentes dentro da população universitária. Este achado pode indicar tanto uma tendência dos professores a procurarem dispositivos de tratamento externos à estrutura da universidade quanto uma demora em acionar os espaços terapêuticos existentes, deixando para fazê-lo em estágios mais graves de adoecimento, uma vez que mais da metade destes professores estavam em LTS por mais de seis meses.

Em revisão sistemática da literatura para avaliar o adoecimento mental em professores brasileiros, Diehl & Marin (2016) apontam que "ao trabalho docente no ensino superior estão sendo impostos parâmetros de produtividade e diversidade de atividades com altas exigências de investimento intelectual e de cunho burocrático". "Além da sobrecarga de atividades, a precariedade das condições laborais e a competitividade, que pode gerar tensões entre colegas, têm sido identificadas como fatores críticos" (Borsoi, 2012).

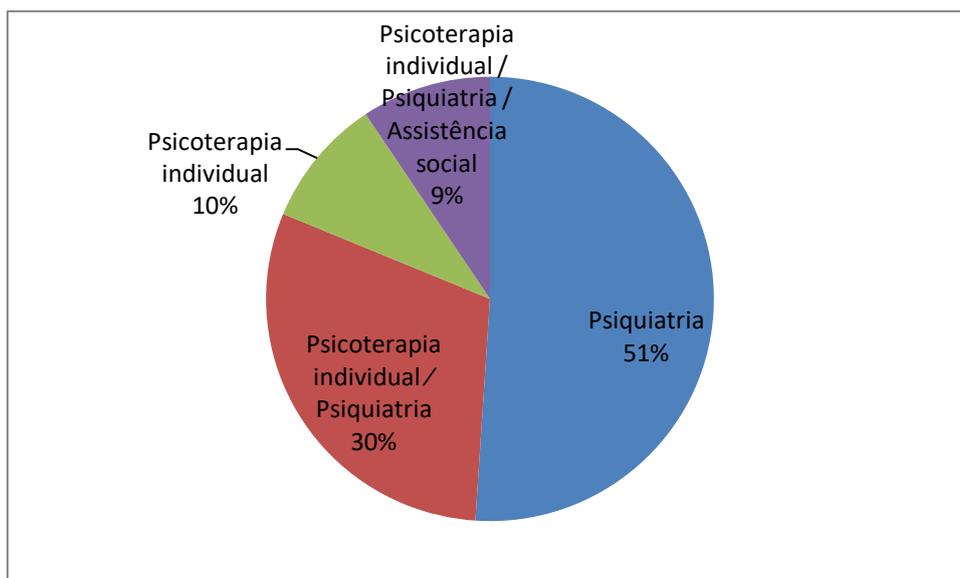
Gráfico 1: Distribuição de cargos em amostra de 104 pacientes atendidos pelo PRASMET, 2014.



No que se refere ao vínculo com a universidade, a maioria absoluta (85%) eram de estatutários da universidade. Em 62% dos casos, a forma de encaminhamento para atendimento no PRASMET foi via CPST e em 10%, houve demanda espontânea na busca por atendimento.

O modelo de atendimento mais comum era o psiquiátrico exclusivo (51%), devendo ser destacada a associação dos atendimentos psiquiátricos e psicológicos, encontrada em 30% dos casos, conforme Gráfico 2. A frequência destes atendimentos era principalmente semanal (39%) e mensal (38%), definindo que o acompanhamento clínico oferecido pelo PRASMET tem brevidade entre seus atendimentos, muito em função da gravidade dos casos atendidos e da multidisciplinaridade dos projetos terapêuticos instituídos caso a caso.

Gráfico 2: Modalidade de assistência prestada em amostra de 104 pacientes atendidos pelo PRASMET, 2014.



Mais da metade da amostra (64%) tinha histórico de tratamento em saúde mental antes de procurar atendimento no PRASMET e as principais queixas relacionadas à troca de local de tratamento diziam respeito às insatisfações com o tratamento anterior e as dificuldades financeiras em manter o tratamento na clínica privada.

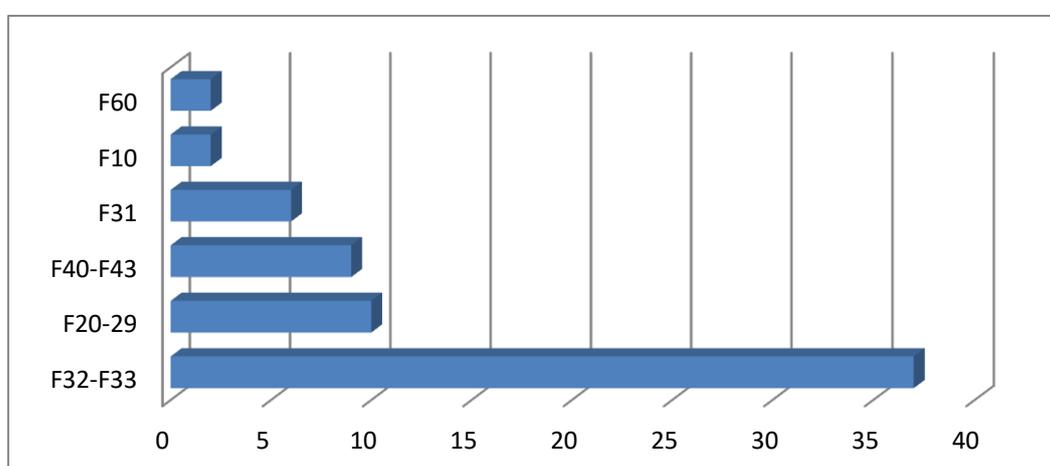
Apesar de 72% (v. abaixo) dos pacientes não estarem de licença por questões de saúde no momento da avaliação, quando responderam à questão referente ao histórico

de afastamento médico, observou-se que 78% já tiveram que se licenciar de suas atividades por questões referentes à saúde mental. Estudos atuais demonstram aumento no número de pessoas que adoecem e se afastam do trabalho pelos mais variados motivos de saúde, porém os Transtornos Mentais e Comportamentais têm sido prevalentes (Cunha, 2008) e se constituem umas das maiores causas de afastamento de longo prazo do trabalho (Knudsen e cols., 2013). Ainda que inicialmente não demandem tratamento especializado, causam grande impacto sócio-econômico, se analisados pela perspectivas de dias perdidos de trabalho e procura por serviços de saúde mental (Goldberg & Huxley, 1992).

Outra informação que tentava avaliar o impacto das estratégias utilizadas pelo PRASMET dizia respeito à quantidade de internações observadas antes e depois do início do tratamento junto ao nosso serviço. Neste sentido, dos 15 pacientes que tinham histórico de internações psiquiátricas, apenas 6 voltaram a ser reinternados desde que iniciaram tratamento junto ao PRASMET.

No que diz respeito às categorias diagnósticas, a participação do grupo de transtornos depressivos, representados na Classificação Internacional de Doenças em sua décima edição (CID-10) pelos registros alfa-numéricos F32 (Episódio Depressivo Maior) e F33 (Transtorno Depressivo Recorrente), foram os diagnósticos mais comuns na amostra de pacientes estudados (Gráfico 3). É importante destacar que o grupo de transtornos psicóticos, representados no gráfico pelo conjunto de diagnósticos que vão de F20 a F29, foi o segundo maior grupo de entidades diagnósticas.

Gráfico 3: Categorias diagnósticas em amostra de 104 pacientes atendidos pelo PRASMET, 2014.



A prevalência de transtornos depressivos e ansiosos tende a confirmar o entendimento dessa questão como um problema de saúde pública em todo o mundo, e que em algum momento da vida 15 a 20% da população apresentará depressão (Porto, 1999). As diferenças de prevalência encontradas na literatura são provavelmente devidas aos delineamentos utilizados nas pesquisas, à utilização de diferentes critérios diagnósticos a partir de diferentes instrumentos, bem como os diversos períodos de tempo para os quais a prevalência se aplica (Lima, 1999).

Na amostra estudada, é importante salientar dois achados. O primeiro diz respeito à alta prevalência de transtornos psicóticos, quando comparada à prevalência populacional e mesmo em serviços especializados de saúde mental (Santos & Siqueira, 2010). O segundo se refere à baixa prevalência de transtornos relacionados ao consumo de álcool, normalmente considerado dentre as três principais causas de procura por tratamento em saúde mental (Santos & Siqueira, 2010).

O primeiro achado pode ser explicado pela priorização das situações graves e complexas feitas no PRASMET, de tal maneira que muitos casos têm indicação de se manter sob assistência por um longo período. No contexto da Reforma Psiquiátrica, que prevê a reinserção social dos pacientes e a criação de espaços de trabalho protegidos para esses pacientes (Tenório, 2002), o PRASMET concilia o acompanhamento de uma clientela com graves questões de saúde mental, mas que ainda assim se mantém vinculada ao trabalho.

Por outro lado, a baixa prevalência de transtornos mentais e comportamentais relacionadas ao consumo abusivo de álcool se deve especificamente ao fato do PRASMET realizar suas atividades ambulatoriais em um espaço físico no qual também funciona um ambulatório especializado para tratamento de usuários de álcool e outras drogas (PROJAD). Desta forma, o direcionamento desses casos, via regra, é feito para este ambulatório especializado.

Estes dados expressam as características sócio-demográficas da população trabalhadora que nos procura e que em nosso trabalho encontra seguimento, mas também evidenciam as características da atenção prestada à esta população, que tem fluxos normativos de funcionamento, mas também é moldada mediante as especificidades da demanda desta clientela.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

O entendimento de que a ação da instituição universitária não pode se esgotar em atividades intramuros estabelece a função da universidade em sua relação com as necessidades e expectativas da sociedade, com a qual necessita dialogar democraticamente para realizar ciência, produzir e transmitir conhecimentos.

Conforme sinalizado ao longo do texto, o objetivo central da SAPS ao longo da sua história tem sido contemplar a atenção psicossocial ao servidor da UFRJ em uma política de atenção integral ao trabalhador, com o entendimento de que a manutenção do trabalho e das condições necessárias para sua realização são partes importantes da identidade e do laço social dos trabalhadores.

No que se refere ao campo da saúde do trabalhador, o escopo das ações realizadas pela SAPS tem enfatizado nas ações desenvolvidas na saúde mental em relação à atividade laboral e na atenção à saúde do servidor público, como campo de vigilância em saúde pública e de pesquisa-intervenção, se inscrevendo neste campo como um esforço concentrado de produzir conhecimento em Saúde Mental e Trabalho, fazendo clínica psicossocial junto aos que realizam o trabalho de serviço público de uma das maiores universidades do Brasil. Essa experiência do PRASMET tem sustentado grande parte das pesquisas do Programa Organização do Trabalho e Saúde Mental e suas assessorias em Saúde Mental e Trabalho, especialmente no que se refere à contribuição para o “Manual para uso em serviços da lista de doenças relacionadas ao trabalho” do Ministério da Saúde, Brasil.

O exercício da clínica com o olhar sobre o trabalho permite situar os problemas de saúde em contextos espaciais e sociais, mapeando tendências temporais como a situação da prevalência do grupo de diagnósticos das depressões, conforme discutimos acima, e de grupos de trabalhadores com maiores riscos de adoecimento, conforme objeto de pesquisa em curso sobre a categoria da enfermagem, visando abordagens institucionais de maior magnitude e resolutividade. Visamos desenvolver cada vez mais ferramentas para as ações de promoção, reabilitação e educação em saúde do trabalhador.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. site <https://ufrj.br/historia>
2. Jardim S e cols. Assistência em saúde mental do trabalhador II: uma reflexão sobre a oferta de tratamento. Cadernos IPUB/Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1999;2:192-210.
3. Jardim S, Vorsatz I. Assistência em saúde mental dos trabalhadores: das “situações-problema” aos casos. Cadernos IPUB/Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1999;3:103-18.
4. Jardim S e cols. A clínica em dois tempos. Cadernos IPUB/Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 2000;2:99-105.
5. Ramos A, Fraga S, Krieger M, Jardim S, Curi R, Ferreira H, Silva MGR, Silva Filho JF. Aspectos psiquiátricos da intoxicação ocupacional pelo mercúrio metálico: relato de um caso clínico. Rev. Bras Psiq, 1998;20:200-4.
6. Bucasio E, Vieira I, Berger W, Martins D, Souza C, Maia D, Figueira I, Jardim S. Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: relato de um caso. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, 2005;27(1):86-9.
7. Vieira I, Ramos A, Martins D, Bucasio E, Benevides-Pereira AM, Figueira I, Jardim S. Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, 2006;28(3):352-6.
8. Carlotto MS, Amazzarrav MR, Taborda L, Chinazzo IR. Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. Cadernos Saúde Coletiva, 2011;19:172-8.
9. Gomes DJ, Araújo TM, Santos KOB. Condições de trabalho e de saúde de trabalhadores em saúde mental em Feira de Santana, Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública, 2011;35(1):211-30.
10. Carlotto MS. Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Prevalência e fatores associados. PsicolArgum. Abr/Jun, 2016;34(85):133-46.
11. Rosenfield S, Mouzon D. Gender and Mental Health. In: CS Aneshensel, JC Phelan, A Bierman (Eds.), Handbook of the Sociology of Mental Health, 2013:227-94.

12. Mirvis DM, Graney MJ, Ingram L, Tang J, Kilpatrick AO. Burnout and psychological stress among deans of colleges of medicine: a national study. *Journal of Health and Human Services Administration*, 2006;29(1):4-25.
13. Santos ÉG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2010;59(3):238-46.
14. Noro CP, Kirchof ALC. Prevalência dos transtornos mentais em trabalhadores de instituição federal de ensino superior – RS. *Saúde*, 2004;30(1-2):104-11.
15. Diehl L, Marin AH. Adoecimento mental em professores brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 2016;7(2):64-85.
16. Borsoi ICF. Trabalho e produtividade: saúde e modo de vida de docentes em instituições públicas de ensino superior. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2012;15(1):81-100.
17. Cunha JCCB. A análise estatística dos afastamentos por problemas de saúde de servidores públicos: ferramenta para a gestão da área de saúde de servidores públicos. 2008. Acesso em 21 de janeiro de 2018, em [http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material\\_%20CONSAD/painéis\\_II\\_congresso\\_consad/painel\\_12/a\\_analise\\_estatistica\\_dos\\_afastamentos.pdf](http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/painéis_II_congresso_consad/painel_12/a_analise_estatistica_dos_afastamentos.pdf)
18. Knudsen AK, Harvey SB, Mykletun A, Øverland S. Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2013;127:287-97.
19. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London:Tavistock, 1992.
20. Porto JA, Lafer B. Suplemento Depressão: Conceito e Diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 1999;21(1):6-11.
21. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 1999;26(5):225-35.
22. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, 2002;9(1):25-59.

## ANEXO I

PROGRAMA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E SAÚDE MENTAL – OTSAM

PROJETO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR – PRASMET

IPUB –CPST / UFRJ

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

SERVIDOR DA UFRJ?  Sim  Familiar  Outros

ENCAMINHAMENTO:  CPST  Chefia  Demanda espontânea

IPUB  Outros serviços da UFRJ  Externo à UFRJ

DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO PELO PRASMET: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

JÁ TEVE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO / PSIQUIÁTRICO PRÉVIO?  Sim  Não

MOTIVO DA INTERRUÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSISTÊNCIA PRESTADA:  Psicoterapia individual  Psicoterapia de grupo

Psiquiatra  Assistência social

Terapia de família

FREQUÊNCIA:  Eventual  Mensal  Quinzenal  Semanal

2 vezes por semana  Mais de 2 vezes por semana

MUDOU DE FUNÇÃO DEPOIS DE INICIAR O TRATAMENTO?  Sim  Não

ESTÁ COM LIMITAÇÃO QUANTO À ATIVIDADE DE TRABALHO?  Sim  Não

ESTÁ TRABALHANDO NO MOMENTO?  Sim  Não

ESTÁ NESTE MOMENTO LICENCIADO DE SUAS ATIVIDADES?  Sim  Não

DURANTE QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_ dias ou \_\_\_\_\_ meses

JÁ ESTEVE LICENCIADO DE SUAS ATIVIDADES DE TRABALHO?  Sim  Não

DURANTE QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_ dias ou \_\_\_\_\_ meses

EM CASO DE ESTAR APOSENTADO(A), ISTO SE DEU POR:

Tempo de serviço  Invalidez  Não se aplica

JÁ ESTEVE INTERNADO(A) EM INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA?  Sim  Não

QUANTAS VEZES? \_\_\_\_\_

HOVE INTERNAÇÃO DEPOIS DE COMEÇAR O TRATAMENTO NO PRASMET?

Sim  Não

QUANTAS VEZES? \_\_\_\_\_

COMO VOCÊ VÊ O SEU PROBLEMA? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

ACHA QUE SEU PROBLEMA SE RELACIONA COM O TRABALHO? POR QUÊ? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

DATA DO PREENCHIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO / CID: \_\_\_\_\_

## 7. ARTIGO 2

### ***Me Chama Para Conversar Que Eu Gosto:***

#### **análise de experiência clínico-institucional com a equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico**

Leonardo Lessa Telles, Sílvia Rodrigues Jardim e Lucia Rotenberg

#### **RESUMO:**

As equipes que atuam em enfermarias psiquiátricas são herdeiros diretos de uma prática marcada pelo discurso institucionalizante, mas, por outro lado, se veem obrigados a dialogar com a clínica e o cuidado preconizados pela Reforma Psiquiátrica. O presente artigo tem por objetivo analisar como se dá o trabalho em saúde mental e quais as relações entre o modo de trabalhar e a saúde de trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico universitário, na perspectiva dos trabalhadores.

O referencial teórico utilizado teve como base os conceitos de atividade e corpo-si trazidos por Schwartz e a dimensão da saúde estabelecida por Canguilhem, entendendo que o trabalho em saúde é também um trabalho de criação, de concepção, de produção de saber e de uso de suas capacidades e saberes tácitos.

A partir de *Conversas sobre o Trabalho e a Saúde* realizadas com as equipes de enfermagem das enfermarias do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, abordamos temáticas específicas da enfermagem em saúde mental, como o papel da enfermagem psiquiátrica no contexto da Reforma Psiquiátrica, a contenção e sua dimensão de cuidado, a agressão como algo que parece estar prescrito no trabalho da enfermagem e a interface da sua atividade com outras categorias profissionais.

Concluimos que existe um painel bastante heterogêneo de falas, que expressam a diversidade de formas de pensar e agir no trabalho da enfermagem, mas há algo de sutil que os aproxima e que trata justamente dessa ambiciosa tentativa de conciliar o fazer com a conservação da singularidade. Cada trabalhador traz à cena aquilo que

acredita ser o melhor para o paciente e é em nome dessa ética no cuidar que orbitam as questões mais dramáticas da enfermagem dentro de uma enfermaria psiquiátrica.

### **ABSTRACT:**

The teams that work in psychiatric wards are direct heirs of a practice marked by the institutionalizing discourse, but, on the other hand, they are forced to dialogue with the clinic and care advocated by the Psychiatric Reform. This article aims to analyze how mental health work occurs and what are the relationships between the way of working and the health of nursing workers of a university psychiatric hospital from the perspective of the workers.

The theoretical reference used was based on the concepts of activity and body if brought by Schwartz and the dimension of health established by Canguilhem, understanding that health work is also a work of creation, conception, production of knowledge and use of their abilities and tacit knowledge.

From the Conversations on Work and Health carried out with the nursing teams of the UFRJ's Institute of Psychiatry, we address specific themes of nursing in mental health, such as the role of the psychiatric ward in the context of Psychiatric Reform, containment and its dimension of care, aggression as something that seems to be prescribed in nursing work and the interface of its activity with other professional categories.

We conclude that there is a very heterogeneous panel of speeches, which express the diversity of ways of thinking and acting in nursing work, but there is something subtle that approaches them and that deals precisely with this ambitious attempt to reconcile doing with the conservation of the singularity. Each worker brings to the scene what he believes to be the best for the patient and it is in the name of this care ethics that orbit the most dramatic issues of nursing within a psychiatric nursery.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem Psiquiátrica, Hospital Psiquiátrico, Trabalho, Saúde Mental, Ergologia.

## **INTRODUÇÃO:**

O trabalho em uma enfermaria psiquiátrica no contexto atual é algo que não está dado. Quando se pensa nas mudanças produzidas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, existem várias possibilidades de narrativa. Neste artigo, pretendemos dar protagonismo às falas dos profissionais de enfermagem que permanecem trabalhando nesta enfermaria e no período histórico que pode ser considerado pós Reforma.

No início da década de 90, a assistência em saúde mental no Brasil era representada por um modelo que tinha como base os leitos psiquiátricos em hospitais privados, financiados por recursos públicos, quase que exclusivamente. Atualmente, há um entendimento por parte dos profissionais da área de saúde, dos gestores e da opinião pública que essa organização da assistência se traduzia em uma estratégia iatrogênica, de elevados custos sociais e econômicos, com repercussões profundas do ponto de vista coletivo e individual<sup>1</sup>.

Naquele período, o Brasil passou por um amplo processo de discussão sobre as diretrizes para o setor saúde, impulsionadas pelos desdobramentos da redemocratização e ancorados às propostas trazidas pela nova Constituição de 1988, no capítulo que trata das diretrizes para a saúde. Esse processo do setor saúde tem um caminho próprio na área de saúde mental, que tinha o modelo hegemônico centrado no hospital psiquiátrico, já questionado desde o final da década de 70, quando se constitui o movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, mais tarde transformado no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial<sup>2</sup>.

Nesse sentido, conforme expresso por Amarante (1999, p. 48)<sup>3</sup>:

O que vimos denominando como Luta Antimanicomial ou como Reforma Psiquiátrica tem como princípio básico uma ruptura com essa tradição científica. Em primeiro lugar, por romper com o processo de objetivação da loucura e do louco (inscrevendo a questão homem-natureza ou a questão do normal-patológico em termos éticos, isto é, de relação e não de objetivação). Em segundo lugar, por romper com o processo de patologização dos comportamentos humanos, com base em um pressuposto teleológico ou ontológico da normalidade.

Esse processo encontrou inúmeros obstáculos políticos, sociais e ideológicos, em um primeiro momento representados pelas forças econômicas das velhas resistências oriundas dos setores que têm os seus interesses ameaçados, personificados nos proprietários de clínicas privadas, mas também, e surpreendentemente, pelos segmentos universitários da clínica psiquiátrica que, compartilhando de uma percepção biologicista e farmacoterapêutica dos fenômenos mentais, se apoiam em uma dimensão reducionista ao tentar demonstrar que as emoções humanas podem se encerrar em explicações envolvendo neurotransmissores e sinapses que só existem no mundo conceitual.

Na literatura sobre as mudanças introduzidas pela Reforma Psiquiátrica, muitas são as perspectivas de narrativa nas quais se produziu literatura. A mais recorrente coloca em evidência a dimensão do sujeito louco, ponto de referência a partir do qual se redimensiona toda uma nova maneira de produzir assistência, não mais baseada em um modelo hospitalocêntrico, mas constituída de dispositivos que apontam para a dimensão social, com a construção de novos serviços, espaços de sociabilidade, trocas e produção de subjetividades, substitutivos ao modelo terapêutico tradicional.

Outra perspectiva de narrativa desse processo leva em consideração a dimensão do trabalhador em saúde mental. O campo de trabalho constituído pela lógica dessa rede substitutiva de atenção ganha destaque, a partir da reflexão sobre conflitos, ambiguidades e contradições que se expressam nas relações no cotidiano de trabalho, considerando as manifestações que surgem das contradições entre os ideais antimanicomiais e aqueles herdados da psiquiatria clássica. Nesta perspectiva estão os estudos realizados em Centros de Atenção Psicossocial<sup>4</sup> (CAPS) e em Serviço Residencial Terapêutico<sup>5</sup>.

Porém, a discussão sobre os profissionais que mantiveram sua atuação nos dispositivos de internação psiquiátrica é exígua. Pode-se dizer que estes trabalhadores são herdeiros diretos de uma prática assistencial marcada pelo discurso institucionalizante, mas que, por outro lado, se veem obrigados a dialogar com os representantes dessa nova maneira de pensar a clínica.

A relevância desta questão se deve à constatação de que a literatura sobre o trabalho em enfermagem conta com relativamente poucos estudos voltados para a saúde mental. De fato, a maior parte do material bibliográfico produzido no Brasil tem como protagonismo o contexto de hospitais gerais e de maternidades<sup>6,7,8</sup>. Os poucos trabalhos

que tratam da enfermagem em saúde mental focam as questões da Reforma Psiquiátrica<sup>9,10</sup>, fora do ambiente hospitalar<sup>5</sup>. Alguns estudos realizados em hospitais psiquiátricos<sup>10</sup> não abordam diretamente as questões da assistência sob a influência da Reforma Psiquiátrica, atendo-se às questões das agressões e contenções<sup>11</sup>, tão prevalentes no trabalho em saúde mental. Já o estudo conduzido por Rodrigues e cols.<sup>12</sup> (2016) descreve a trajetória de um hospital psiquiátrico de 1994 a 1998, considerando as dificuldades e conflitos enfrentados na busca por uma assistência compatível com os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Em sua dissertação de mestrado, Armaroli (2009) aborda as histórias do trabalho da enfermagem em um antigo hospital no processo de transformação para uma unidade da rede de saúde mental do Rio de Janeiro e aponta que os trabalhadores da equipe de enfermagem devem renunciar à função coadjuvante e passar a se apropriar das suas ações, dos seus saberes, mas para tanto devem arcar com as consequências deste enfrentamento. Essas consequências podem afetar as relações sociais existentes no ambiente de trabalho, conforme o exemplo de um paciente que ao agitar na enfermaria solicita uma tomada de decisão por parte da enfermagem:

Nesta arbitragem, a atividade encontra-se em pleno desenvolvimento. Mas, na visão dos trabalhadores os recursos disponíveis permitem apenas que a pior das opções, a de uma solução condenada pela Reforma, seja posta em prática, a contenção. Ao se ver sem recursos para elaborar outras saídas para o impasse, configura-se o impedimento (parcial) da atividade. Esse impedimento se reforça pela necessidade (recomendada pelo gênero da atividade de enfermagem?) de não por em debate os impasses que envolvem outras categorias profissionais, especialmente a categoria médica. Não anotando a ocorrência, nem pondo o assunto em debate público, o impedimento se cristaliza.

No contexto dessa discussão, cabe questionar: como se dá o trabalho da enfermagem em uma enfermaria psiquiátrica em tempos de Reforma? Como as equipes de enfermagem lidam com as diferentes formas de pensar a clínica e o cuidado em saúde mental? Como os trabalhadores da enfermagem de um hospital psiquiátrico vivenciam a transição entre o modelo hospitalocêntrico e aquele traduzido pelos preceitos da Reforma? Buscando contribuir para a compreensão destas questões, o presente estudo tem por objetivo analisar como se dá o trabalho em saúde mental no

contexto de um hospital psiquiátrico universitário, na perspectiva das equipes de enfermagem.

Para lidar com estas questões, optamos por utilizar um referencial teórico que valoriza o conhecimento e a experiência dos trabalhadores, os aspectos gerais e as especificidades da atividade, suas normas e variabilidades, a exigência de diálogo entre as várias disciplinas e o constante questionamento a respeito de seus saberes<sup>13</sup>, como descrito no item que se segue.

### **LUPA TEÓRICA PARA LEITURA DO ARTIGO:**

Quando levantamos essas questões sobre o trabalho da enfermagem em uma enfermaria psiquiátrica na contemporaneidade, o desafio que se apresenta é sob quais perspectivas teóricas e metodológicas essas questões poderiam ser avaliadas. Acreditamos que ao se abordar o trabalho no micronível, como sob uma *lupa*, ou seja, a partir do que se denomina a atividade de trabalho, esse campo da experiência humana parece especialmente propício a responder interrogações que envolvam singularidades no tratamento de situações de vida, assim buscamos uma abordagem teórica que favorecesse essa visualização do micro.

O referencial teórico utilizado neste artigo leva em consideração a dimensão de saúde estabelecida por Canguilhem (2009)<sup>14</sup>, segundo o qual "está ligada tanto ao meio em que vivemos, quanto à capacidade que temos e desenvolvemos, individual e coletivamente, para transformá-lo segundo nossos anseios" (Brito e cols., 2012)<sup>15</sup>. Para estas autoras (p. 317):

Trata-se de uma noção associada à capacidade de produção de novas formas de vida (e não mera ausência de doença) e que ressalta a existência de uma dimensão do corpo só acessível ao próprio sujeito, sinalizando a necessidade de constante diálogo com aquele que vivencia a experiência do seu corpo, da sua dor e do seu adoecimento para compreendê-lo.

Ao transpor essa dimensão de saúde para o ambiente de trabalho, poderíamos pensá-la como uma tentativa de equilíbrio mais ou menos aceitável entre suas próprias

normas, provenientes de sua própria história, com a do coletivo social, que é mais amplo, ou da vida da nação ou do universo social, econômico, humano. Os trabalhadores descobrem a melhor maneira de atuar, inventando um modo de trabalhar, mais afim a seus valores. Mas a doença, ou a patologia, é também o risco permanente de não poder manter esse equilíbrio, o risco de que esse debate de normas se desenvolva em desvantagem permanente.

Desta forma, é possível pensar que o normativo em determinadas situações pode se tornar patológico em outras, de tal maneira que cabe ao indivíduo avaliar essa sutileza de transformação, pois é ele próprio o sujeito que arca com as consequências dessas mudanças e também aquele que é capaz de renormatizar as suas condições de vida, garantindo assim sua saúde<sup>14</sup>.

O conceito estabelecido por Canguilhem quanto à perspectiva renormatizadora impressa à dimensão da saúde é retomado por Schwartz (2010), no estabelecimento das bases que fundamentam a perspectiva ergológica, na medida em que cada pessoa vai lidar com as "lacunas" ou as deficiências a seu modo, pois ela não pode fazê-lo de uma maneira padronizada. Estas lacunas estão relacionadas com o que a ergonomia de origem francesa refere como a distância entre o trabalho prescrito e real<sup>13</sup>. Para os ergonomistas de língua francesa, o trabalho prescrito configura as regras e os modos de execução do trabalho que é concebido e codificado por uma instância superior e, portanto, caracteriza-se por não ser definido pelo trabalhador. Entretanto, uma vez que não existe a possibilidade de descrevê-lo totalmente, o trabalho executado é diferente do prescrito e este recebe o nome de trabalho real<sup>16</sup>. Assim, o trabalho real refere-se àquilo realmente colocado em ação pelo trabalhador, o que realmente acontece em seu local de trabalho.

A existência dessas lacunas ficam ainda mais evidenciadas na medida em que o trabalho real se distancia do prescrito e parecem ser mais facilmente superadas pela categoria de trabalhadores para a qual damos destaque nesse artigo quando a prescrição não se torna um empecilho ao desempenho do trabalho real. Conforme Duraffourg, Duc e Durrive (2010, p. 70)<sup>17</sup>, o trabalho prescrito tende a se dissolver, ou seja, pode estar:

Formalizado nos livros sobre a organização, ele pode ser afixado num mural, ser objeto de esquemas, modelos, razões. Ele é registrável, é visível, pode ser verbalizado. Por outro lado, tudo o que é da ordem do real é dificilmente visto e expresso. Quantos trabalhadores dizem: 'eu estou acostumado', e não conseguem verbalizar sua maneira de fazer!

Em razão disso, a Ergologia privilegia o conceito de “normas antecedentes”, que engloba o conceito ergonômico de trabalho prescrito<sup>18</sup>. Segundo Vieira-Júnior e Santos (2012)<sup>19</sup> o conceito de “normas antecedentes”[...] é mais abrangente que o seu precursor [trabalho prescrito], por incorporar várias dimensões presentes nas situações de trabalho, como: as aquisições de inteligência do trabalhador, as experiências coletivas, o saber-fazer, as construções históricas analisadas como patrimônio cultural e científico, a dimensão dos valores, que transcende a questão monetária e se posiciona na esfera do político, dos debates e dos conflitos que findam por compor o caráter híbrido desse conceito.

As normas antecedentes referem-se, portanto, ao modo como experiências coletivas produzem normas situadas num tempo-espaço laboral, considerando-se ainda a parcela de singularidade de cada trabalhador que compõe o grupo, uma vez que estão subjacentes nelas valores coletivos e individuais<sup>13</sup>. Ao trabalhador não é possível ser determinado exclusivamente pelas normas, pelas imposições de um meio exterior, o que seria algo profundamente patológico. A vida é sempre uma tentativa de criar-se parcialmente, havendo por isso um apelo ao uso de si, não somente a uma execução<sup>13</sup>.

O trabalho nunca é pura execução, principalmente porque o meio é sempre infiel, uma vez que ele jamais se repete exatamente de um dia para o outro, ou de uma situação para a outra, sendo necessário fazer uso de suas próprias capacidades, de seus próprios recursos e de suas próprias escolhas para gerir essa infidelidade. Isso é o que Schwartz chama de "vazio de normas", porque aí as normas antecedentes são insuficientes, visto que não há somente execução<sup>13</sup>. Essa é a razão pela qual se poderia dizer que não há execução, mas uso. Uso de si, mas com essa dualidade às vezes simples, mas também complexa, que é o uso de si "por si" e "pelos outros". E é precisamente porque há ao mesmo tempo esses dois momentos, ou essas duas polaridades do uso, que todo trabalho é problemático e frágil, comportando um drama.

O uso de si por si refere-se ao posicionamento que cada trabalhador toma diante das normas com as quais se depara, confrontando-as e alterando-as, fazendo escolhas e arriscando-se, enquanto o uso de si pelos outros remete a um conjunto de estatutos diversos, uma vez que jamais se trabalha totalmente sozinho. Os “outros” podem ser os colegas de trabalho ou ainda podem estar fora da proximidade imediata. Tudo isso está presente na intimidade das escolhas que o trabalhador faz sobre esse ou aquele procedimento, fazendo do trabalho uma realidade profundamente coletiva e profundamente individual, visto que é profundamente singular.

É nesse sentido que Schwartz (2000, p. 194) afirma que em toda atividade de trabalho há sempre “uso de si”, de tal modo que o trabalhador e todo o seu ser é convocado no exercício de suas atividades, e não apenas partes do seu corpo. Mesmo no mais *taylorista* dos cenários a atividade produz uma dialética entre a heterodeterminação (uso de si por outro) e a singularização (uso de si por si), não sendo possível entender o trabalhador como um simples executor passível das normas antecedentes.

Para falar sobre o trabalhador e as questões por ele engendradas, a Ergologia não utiliza o conceito de subjetividade, mas sim de "corpo-si", considerado o “*árbitro mais íntimo da atividade*” e não um sujeito delimitado, definido, mas uma entidade enigmática que resiste às tentativas de ser objetivado. Assim, o "corpo-si" é o árbitro e gestor dessas variabilidades que o impulsionam a escolher entre trabalhar “por si” ou “pelos outros”, gerindo, assim, seu trabalho. Conforme Schwartz e Durrive (2010, p. 196), essa gestão é atravessada por economias do corpo, por sinalizações sensoriais e visuais, por um tipo de inteligência que passa pelo muscular, pelo neurofisiológico, mas que em seguida passa pela inconsciência do próprio corpo e pelo histórico.

Quando se fala no corpo, não se trata de uma oposição direta à alma, como fez a filosofia clássica, pois se acredita que o corpo é atravessado de inteligência. Entretanto, muitas escolhas que passam pelo corpo são feitas quase automaticamente, o que não as impede de vir à consciência. Há um tipo de inteligência do corpo que passa pelo muscular, pela postura, pelo neurofisiológico, por todos os tipos de circuitos que, hoje em dia, têm sua extrema complexidade medida pelas neurociências, o que não quer dizer que eles se passam automaticamente. Ao contrário, podemos dizer que muitos são

resultados de nossa própria história, de um adestramento que pode ser cultural, mas que em seguida passa na inconsciência do próprio corpo.

O trabalhador é constantemente confrontado com variabilidades na realização de suas atividades, sendo necessária a realização constante de escolhas relacionadas à execução de suas atividades de trabalho. Em decorrência, a entidade que arbitra e decide não é inteiramente biológica, nem inteiramente consciente ou cultural, e é por isso que a ideia de "corpo-si" é posta pelos autores como preferível às noções de sujeito ou de subjetividade. Assim tem-se a vantagem de não veicular “[...] certo número de possíveis malentendidos ou de evidências que criam obstáculos”, uma vez que todo conceito carrega consigo uma história, apostas e valores<sup>13</sup> (p. 197).

As perguntas que cabem fazer são: como suprir essa lacuna entre o trabalho prescrito e o real? Que tipos de invenções são necessárias fazer para poder trabalhar? As respostas a essas perguntas envolvem a consideração de outras questões, inclusive as que abordam o meio no qual os trabalhadores estão inseridos. É sobre o meio e a sua infidelidade que Schwartz (2010) esclarece que como o meio jamais se repete, o trabalhador precisa fazer suas próprias escolhas para gerir essa infidelidade, gerindo essa infidelidade do meio através do "uso de si".

Cada um procura no trabalho o equilíbrio aceitável entre o "uso de si" requisitado e consentido. O fracasso é um sofrimento; passar pela atividade pode ajudar a ultrapassá-lo. Na medida em que se define de maneira genérica a atividade como um debate de normas, como tentativa de recentramento de um ser vivente em um meio, uma tentativa de desanonimar o meio, tem-se o risco de que essa tentativa fracasse.

Os conceitos da ergologia já foram utilizados no contexto da atividade da enfermagem<sup>20</sup>. Oliveira e Alessi (2003), ao falarem sobre analisarem o trabalho da enfermagem em saúde mental, se detiveram sobre as possíveis contradições e os desafios envolvidos no processo de trabalho da enfermagem em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. Silva e cols. (2012) valorizaram a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência em saúde mental em um hospital universitário, concluindo que os trabalhadores apresentaram dificuldades nas atividades de cuidado aos pacientes em sofrimento, tendo sido as limitações mais valorizadas do que as potencialidades. Já Muniz e cols. (2014) apontam para a necessidade de se encontrar um caminho para a equipe de enfermagem, no contexto da atenção

psicossocial, para que se supere a assistência restrita à vigília, às contenções e às injeções, procurando a contextualização do cuidado com a lógica da Reforma Psiquiátrica.

Revisão bibliográfica dos estudos sobre a subjetividade no trabalho em enfermagem a partir da perspectiva ergológica revela a defasagem entre a organização prescrita e a organização real do trabalho, em que as intercorrências dão margem à liberdade criadora. Assim, evidenciou-se que os enfermeiros vivenciam momentos de articulação de suas ações e interações, revelando uma tendência em superar a fragmentação<sup>21</sup>. As teses e dissertações analisadas pelas autoras apontam como pontos díspares para a execução ideal das práticas normatizadas o número de trabalhadores insuficiente, a falta de materiais, os conflitos com usuários e outros trabalhadores. Com isso, são expostas as limitações das práticas tradicionais, o que convoca o enfermeiro a produzir novos modos de agir.

Discutir o trabalho e produzir conhecimento sobre ele são propostas da Ergologia, considerando o conhecimento e a experiência dos trabalhadores, o geral e o específico da atividade, suas normas e variabilidades e a exigência da conversa entre as várias disciplinas e o constante questionamento a respeito de seus saberes<sup>13</sup>.

Desvendar a dinâmica das situações entre trabalho e a sua saúde, com particular enfoque à saúde mental implica um empenho dedicado de aproximação e teorização, capaz de ampliar a interpretação de um quadro aparentemente dado e imutável, que condiciona a formulação de alternativas organizacionais, e cujas repercussões certamente não se restringem somente aos locais de trabalho.

Com o objetivo de dar materialidade a essas questões, será analisado neste artigo o material empírico obtido a partir de atividade de caráter clínico-institucional, denominada *Conversas sobre o Trabalho e a Saúde* (doravante, denominadas *Conversas*), nas quais a equipe do Projeto de Atenção à Saúde Mental do Trabalhador da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PRASMET – UFRJ) tem ido até as enfermarias masculina e feminina do IPUB, para criar um momento de diálogo com os trabalhadores da enfermagem, e que envolvem discussões e diálogos sobre o trabalho nas enfermarias e sua relação com a saúde. O fluxo de atendimento e as atividades clínico-institucionais realizadas pela equipe do PRASMET foram descritos em outro artigo<sup>21</sup>.

O PRASMET se inscreve no campo da Saúde do Trabalhador como um esforço concentrado de produzir conhecimento em Saúde Mental e Trabalho, fazendo clínica psicossocial junto aos que realizam o trabalho de serviço público de uma das maiores universidades do Brasil.

## **MÉTODOS:**

Este artigo, de caráter descritivo-qualitativo, integra a pesquisa intitulada “Trabalho na universidade e saúde mental: o verso e o reverso do adoecimento mental nos profissionais de enfermagem psiquiátrica universitária”, aprovada pelos Comitês de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

O grupo de pesquisa que desenvolve suas atividades em torno da categoria de trabalhadores da enfermagem está incluído no PRASMET – UFRJ e os resultados apresentados no presente artigo se baseiam no acervo de gravações colhidas nas *Conversas sobre o Trabalho e a Saúde*. Foram realizadas 11 *Conversas* com as equipes que trabalham nas enfermarias masculina e feminina do IPUB, nos plantões diurno e noturno e todos os 40 participantes, entre enfermeiras(os), técnicas(os) e auxiliares de enfermagem, foram consultados quanto à anuência ou não do uso das gravações realizadas durante estas atividades (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

As entrevistas foram realizadas pelos autores com número variável de trabalhadores, tendo cada entrevista duração média de 90 minutos e o local de realização foi no espaço da própria enfermaria, nos horários em que a equipe identificava mais condições de fazer uma pausa nas atividades assistenciais. O diálogo com a categoria de trabalhadores foi realizado a partir de um roteiro flexível, que buscava abordar basicamente quatro eixos temáticos: (1) a trajetória profissional até chegar ao trabalho no IPUB, (2) a rotina de trabalho da enfermagem no Instituto, (3) os modos de trabalhar e de lidar com o imprevisto e (4) as questões que precisam ser modificadas no ambiente de trabalho. As gravações das *Conversas* foram transcritas integral e literalmente.

A análise desse material foi feita pela leitura das transcrições e a seleção de trechos da narrativa estabelecida em um primeiro momento com os trabalhadores,

através de categorizações temáticas. Durante a etapa da exploração do material, seguiu-se com a construção das categorias que, orientada pelas questões do estudo, permitiu organizar o conteúdo exposto na fala do grupo selecionado, com o objetivo de compreender e explorar o material a partir dos temas identificados.

Para atender ao objetivo desse artigo, vamos abordar as questões pertencentes ao eixo específico da enfermagem em saúde mental, que serão aqui divididas em: a) divisão da equipe a partir do referencial da Reforma Psiquiátrica; b) a Contenção e sua dimensão de cuidado; c) O Trabalho da Enfermagem em Saúde Mental e o Uso de Si: a inclusão da agressão na dimensão do cuidado e; d) A Equipe Assistencial e a Interface com Outras Categorias Profissionais. Discutiremos de maneira pormenorizada cada uma dessas categorias.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO:**

Durante a realização das *Conversas* estava muito evidente o sentimento conflituoso que envolve o trabalho da enfermagem nesse contexto. A questão central que permeou o estudo diz respeito aos conflitos que invadem as relações e situações de trabalho em um hospital psiquiátrico no período pós Reforma. Em torno desse eixo central orbitam aspectos temáticos os quais discutiremos adiante de maneira mais detalhada.

A divisão por tópicos foi um exercício de escrita, que se por lado tende a facilitar a compreensão dos núcleos temáticos mais recorrentes das falas dos trabalhadores, por outro incorre na limitação de reduzir a atmosfera de ebulição contagiante que marcou o clima dos encontros.

### **1. A divisão da equipe a partir do referencial da Reforma Psiquiátrica.**

Nas falas oriundas das *Conversas*, observamos que o dispositivo físico do leito psiquiátrico passou a representar o espaço em torno do qual a discussão sobre o papel e as limitações de atuação dos profissionais de enfermagem vêm ganhando cada dia mais força. Parece se tornar palco para o diálogo entre correntes ideológicas polarizadas, que no IPUB ganharam a denominação de "Capsistas" e, por força de antagonização, as

"não Capsistas". Historicamente, isso pode ser explicado por um modelo de formação mais tradicional que teve o manicômio como cenário de ensino e aprendizagem. Este contraste se expressa, por exemplo, na fala de uma das enfermeiras que participaram das Conversas:

*"– A minha história não é dentro do hospital psiquiátrico, acho que eu também preciso situar vocês. Eu fiz residência, eu trabalhei em CAPS anos e aí eu passo pra esse concurso, me deparo num primeiro momento com a alegria de ser concursada, mas com a tristeza de estar nessa enfermaria, um lugar que é duro, condições inóspitas, um lugar muito difícil porque já lida com o sofrimento, num lugar que não te dá a menor estrutura. É hierárquico demais, não tem uma horizontalidade, entre as relações, a relação é sempre num nível hierárquico, seja entre a enfermagem e a medicina, enfermagem e direção, não sei o que, então, é muito difícil, garantir autonomia, poder trabalhar com o usuário. Muito difícil, é adoecedor, a gente também tem um limite, a gente faz atividades, tenta fazer alguma coisa diferente, mas a gente tem um limite institucional" (grifo nosso).*

Observamos nessa fala a crítica à cultura institucional que prima por relações de natureza hierarquizada, muito diferente do modo como vivenciou na sua formação. Desta forma, percebe que ao não conseguir trabalhar de acordo com seus anseios e expectativas, o indivíduo adocece. Quando se pensa que “todo homem quer ser sujeito de suas normas” (Canguilhem, 2009, pág. 136)<sup>14</sup>, o que está em debate é a possibilidade do indivíduo em fazer algo e, ao mesmo tempo, construir a si mesmo, mantendo sua individualidade, em consonância com seus valores e estabelecendo sua maneira própria de se confrontar com as normas. A impossibilidade disso acontecer é algo “adoecedor”, conforme dito acima, estando, portanto, o adoecimento ligado à impossibilidade de renormatizar o meio, ou ainda, de equilibrar as demandas do meio e todo o conteúdo de normas existentes com o conjunto de expectativas, valores pessoais e individualidades.

Em nossas *Conversas* pudemos observar que apenas os profissionais de enfermagem com formação mais recente tinham vivência clínica nos dispositivos de assistência extra-hospitalar, enquanto os trabalhadores com formação mais antiga ainda

não existia uma padronização do ensino dos conteúdos referentes à Saúde Mental no contexto da Reforma<sup>22</sup>. A base da atividade desses profissionais é empírica e foi assim descrita pela mais antiga técnica de enfermagem do grupo:

*"– Quando eu cheguei aqui (há mais de 30 anos), nós éramos dois funcionários, dois técnicos que trabalhávamos, não tínhamos enfermeira... Aqui eram 50 mulheres, do outro lado 40 homens e assim, se um de nós adoecesse ou acontecesse qualquer coisa, por qualquer motivo, ficava um. E nós funcionávamos da seguinte maneira: éramos porteira, quando necessário faxineira, dávamos medicação, cuidávamos do paciente como um todo e acho que isso é muito desgastante. Gostei muito das mudanças que aconteceram, de Cristina Loyola para frente, porque foi com ela que vieram algumas mudanças muito boas e outras péssimas, como por exemplo pacientes juntos, enfermaria mista. (...) Mas eu também acho que a psiquiatria mudou muito, tanto para nós funcionários, como para os pacientes. Nós, funcionários do IPUB, como eu já falei com a V. que é nova, que trabalha no CAPS, eu acho que somos considerados o capeta com tridente, que cutuca .*

*– Por quê?*

*– Porque nós somos vistos como os repressores, nós somos vistos como aqueles profissionais que quando ainda não se sabe, a gente faz a contenção, a gente medica e eu não tenho vivência de CAPS, mas que parece que isso lá não acontece. Mesmo porque não são pacientes que estão na fase aguda, estão muito light, mas eu gostaria que mudasse também, que tivesse mais profissionais envolvidos, os multiprofissionais. Que agora tem o lado bom, tem o lado péssimo, porque essa convivência às vezes é muito boa, às vezes não."*

A dificuldade para sintetizar uma série de demandas que emanam de uma permanência de 24 horas ao lado do paciente, a impossibilidade de parcerias, as dificuldades de diálogo com outros profissionais do hospital e o desafio em lidar com uma pluralidade de teorias e práticas são questões importantes a serem apontadas na prática diária desses profissionais<sup>23</sup>.

É importante dar destaque ao fato de que em nossas *Conversas* existe um painel bastante heterogêneo de falas, que expressam a diversidade de formas de pensar e agir

no trabalho da enfermagem, mas há algo de sutil que os aproxima e que trata justamente dessa ambiciosa tentativa de conciliar o fazer com a conservação da singularidade. É desse exercício homeostático<sup>iii</sup> que nasce a riqueza das invenções com as quais nos deparamos em nossa atividade, mas também é desse lugar que brotam as situações de conflito, na medida em que não é totalmente possível conciliar todos os valores pessoais.

Há, portanto, uma pluralidade de normas (muitas vezes paradoxais), sendo os trabalhadores convocados a fazer escolhas de maneira permanente e estando em contato diário com a pluralidade de modos de pensar e de fazer, vivenciando a constante tensão de se confrontar com elas<sup>18</sup>.

Ao se lançar um olhar mais histórico sobre essa questão, é preciso destacar que a Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ, fundada em 1923, no Rio de Janeiro. É considerada a primeira escola de enfermagem “moderna” do Brasil, pela historiografia oficial. No entanto, até 1949 não há em seu currículo nenhuma matéria relacionada às doenças mentais, quando passou a desenvolver estágio no Centro Psiquiátrico Nacional – Engenho de Dentro. Com a necessidade de inclusão dos referenciais da Reforma Psiquiátrica na formação da enfermagem, o que se observa, do ponto de vista prático, é uma certa indefinição dos profissionais de enfermagem psiquiátrica sobre o seu papel nessa assistência, produzindo, muitas vezes, uma “fuga” para o desempenho de atividades burocrático-administrativas, que passa a constituir como uma identidade possível para esses profissionais que vivenciam uma prática marcada pela indefinição de seu papel. Miranda e cols. (1999)<sup>22</sup> chamam a atenção para a dificuldade vivida pelo(a) enfermeiro(a) psiquiátrico, ao abordar o cuidado de enfermagem psiquiátrica, fundamentado na discussão sobre novas formas de cuidar e de ensinar a cuidar em enfermagem psiquiátrica.

Com a chegada de profissionais de enfermagem formados no contexto da Reforma Psiquiátrica, a partir da experiência em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cria-se um contexto de espaço de trabalho com maior possibilidade de troca social e se reestabelece uma nova mentalidade de cuidado, diferente daquela baseada em atividades que simplificam o cuidado da enfermagem

---

<sup>iii</sup> O conceito de homeostasia aqui utilizado se aproxima ao entendimento biológico segundo o qual existe um processo de equilíbrio dinâmico estabelecido pelo organismo em situações de adversidades.

psiquiátrica a um "pastoreio gentil". Esse processo ocorre com desconfortos nas relações cotidianas, conforme podemos notar nas falas dos profissionais escutados nas *Conversas*. Diferente dos profissionais mais antigos da instituição, que em sua maioria chegaram à especialidade por uma necessidade de rápida absorção no mercado, os profissionais de enfermagem recém-concursados passaram por treinamento técnico qualificado, atuam em uma área que escolheram e exigem condições de trabalho de forma adequada às suas disponibilidades internas e clínico-institucionais, independente de serem auxiliares e técnicos de enfermagem ou enfermeiros.

Quando nos deparamos com a enfermeira que mais recentemente admitida em concurso e com histórico de qualificação em Saúde Mental, encontramos o seguinte relato:

*“– (Eu) passei tem 6 meses. Ouvindo os antigos falarem, acho que é uma outra trajetória! Acho que aqui representa várias trajetórias diferentes, de vários momentos da psiquiatria, da política, talvez cada um tenha uma experiência diferente, de um lugar diferente da experiência, acho que sou a mais recente.”*

Além disso, no que se refere à concepção de objeto que permeia o processo de trabalho da enfermagem em saúde mental, apesar de uma expectativa inicial de que o discurso dos(as) enfermeiros(as) pudesse estar orientado segundo a lógica predominantemente manicomial, uma vez que estávamos dentro de um hospital psiquiátrico concebido em um modelo clássico organicista, o que vimos em nossas *Conversas* apontava ambivalência em relação ao discurso e às práticas de cuidado desses profissionais. Mesmos os profissionais formados pela empírica escola do IPUB, conforme o relato acima, já foram tocados pelas novas maneiras de olhar e conceber as práticas de atenção aos pacientes.

Por outro lado, existe uma tendência à manutenção de práticas tradicionais – que incluem tomar conta da expressão da sexualidade dos pacientes, das medicações prescritas pelos médicos, das roupas, da lavanderia e controle principalmente medicamentoso dos pacientes em crise –, embora o discurso já aponte para atividades de

relacionamento interpessoal e trabalho interdisciplinar, demarcando ainda que os trabalhadores da enfermagem, imersos em contradições e potencialidades.

Porém, o que observamos nas nossas Conversas é um processo marcado por tendências a rever constantemente os modos de fazer em função do que é melhor para o paciente. Conforme dito pela mesma técnica de enfermagem com mais tempo de trabalho na instituição:

*“– Porque a gente precisa que as coisas mudem, que as coisas evoluam! Por que ter que fazer um procedimento desse? Porque, eu acho que a gente fazia, quando começou, porque não tínhamos noção, há trinta e poucos anos atrás nós não tínhamos conhecimento. A partir do momento que a gente vai tendo mais conhecimento, vai tendo mais saber, você fala assim: não, vamos melhorar isso aqui!*

*– E aí foi o que foi acontecendo, eu fui começando a dizer não, outro aqui, ela aqui, outro ali e nós fomos começando a dizer não, então vamos reunir todo mundo e vamos ver como é que vai ser feito. Do nosso jeito” (grifo nosso).*

Em artigo que trata da relação entre enfermeiros e médicos em um hospital escola, Oliveira e Alessi (2003) observam que embora reconheçam a limitação do modelo médico psiquiátrico na abordagem do sujeito com transtornos mentais, os trabalhadores da enfermagem ainda se ocupam, rotineiramente, da ‘doença mental’ ao controlar o comportamento dos usuários e apesar de criticar o tratamento ofertado pela instituição - pautado pelo modelo organicista - não se percebem como agentes de transformação dessa realidade. Porém, o que vimos em nossa atividade é que essa maneira de fazer encontra poros importantes para construção de novas formas de cuidado, até mesmo nos profissionais cujas atividades remontam aos tempos mais fundamentais da instituição.

## **2. A Contenção e sua Dimensão de Cuidado.**

Historicamente, existe uma percepção de que as pessoas com transtornos mentais em situações de crise são perigosas, agressivas e sem capacidade de

compreender as abordagens verbais utilizadas. Nos casos em que isso ocorre, a contenção física pode se constituir em um procedimento válido, do ponto de vista clínico, uma vez obedecidas as técnicas adequadas e mantido o ambiente terapêutico necessário à sua realização<sup>24</sup>.

As técnicas de contenção física envolvem o uso de dispositivos mecânicos e manuais para limitar as ações dos pacientes, quando esses oferecem perigo para si e para terceiros, sendo entendida como medida terapêutica, segura e efetiva, que evita danos aos pacientes com manifestação de agressividade e aos profissionais envolvidos nos cuidados desses pacientes<sup>24</sup>.

Existe, porém, uma dimensão pouco abordada nas questões referentes à contenção, que é da ordem do *simbólico*. Esse termo aparece de maneira recorrente nas falas dos profissionais de enfermagem escutados nas nossas *Conversas*, sob duas perspectivas principais.

A primeira diz respeito ao fato de que a contenção, muito antes de se resumir a um ato físico representado por faixas, amarras e nós, se inicia na dimensão simbólica do se deixar/precisar ser contido. O que observamos nas falas que seguem são exemplos de um tentar fazer diferente daquilo que seria o trabalho prescrito em uma enfermaria psiquiátrica, como um exercício de aproximação das questões da Reforma Psiquiátrica. Na fala de um enfermeiro do hospital:

*"– Aqui na (enfermaria) masculina, o que a gente está tentando trabalhar com essa questão da contenção, é mostrar para o sujeito, mesmo em delírio, mesmo ele com a dificuldade em entender que aquele momento da contenção não é punição e que ele vai sair dali. Foi o que a gente fez, a equipe toda conversando com alguns pacientes. E teve um, que ficou internado, o R. Ele internou na sexta feira passada, no sábado ficou bem desorganizado e ele já veio de uma Clínica, não precisa falar o nome, já com as marcas da contenção e "para-quedas"<sup>iv</sup>. Ele falava assim: olha aqui o que fizeram comigo? Para ele foi um trauma. Mas ele agitou, a gente chamou um médico e a gente conversando, a equipe conversando com ele, falando: olha, você percebe que você não*

---

<sup>iv</sup> A expressão *para-quedas* define um tipo de contenção no qual o paciente tem uma faixa perpassada em frente ao tórax e por debaixo das axilas, sendo amarrada na cabeceira da cama. Impede assim que o paciente contido consiga se levantar do leito.

*está bem? Ele disse: percebo. Então deita aqui, a gente vai amarrar você e depois a gente vai te soltar, quando chegar a hora do almoço, se deixando ser contido."*

Ou segundo outra enfermeira:

*"– Não contém, não (se dirigindo ao médico plantonista). Vamos tentar uma outra abordagem. A contenção, ela não precisa ser só mecânica, às vezes você faz uma contenção num abraço, você chega no sujeito, vamos ali, você consegue dar um contorno. Um telefonema às vezes é uma possibilidade. E alguns colegas acham que isso é um a mais que a gente tá fazendo, e não é num processo nosso de trabalho, do cuidado. O paciente querendo falar com o familiar, isso é um cuidado. Isso diminui um ansiolítico. O cara quer falar com a família, quer saber o que está acontecendo."*

Aqui vale a pena ressaltar que as situações que seriam simplificarmente resolvidas por uma contenção física envolvendo cordas e um enfrentamento direto do paciente, ganha contornos de cuidado e extrapola a definição do conter, que passa a significar dar contorno e conduzir a situação em prol do que se acredita ser o melhor para o paciente. Para isso, esses trabalhadores fazem uso de si e aplicam diversas estratégias de dimensão clínica utilizando o corpo-si, com todas as suas subjetividades e singularidades.

A segunda perspectiva do que estamos chamando de *dimensão simbólica* da contenção, diz respeito à uma percepção de cuidado, não só em relação ao paciente, mas também em relação à equipe e aqui de novo temos notícias desse fazer de acordo com as invenções locais desses trabalhadores, conforme dito pela mesma enfermeira:

*"– A nossa equipe tem uma dinâmica que é muito bacana, porque a gente se protege muito. Vai lá pra dentro um pouco, sai da linha de frente, deixa que eu fico aqui agora com ele. Se vier fazer plantão em outros plantões, eu não tenho essa coisa que a gente tem na minha equipe; então era muito difícil, muito difícil... Mas não é bem*

*um protocolo que existe, o protocolo em si hoje não existe, existe aquela coisa já meio que instituída."*

Ao contrário do que seria de se esperar, a contenção não é vista como um recurso óbvio, imediato, ao contrário. Quando a equipe decide pelo ato de conter há uma percepção da falência de outras formas de abordagem e, ainda assim, a própria contenção passou a ser incluída como modo de cuidado, diferente do que se poderia supor para um simples ato mecânico de amarrar alguém. Os trabalhadores descobrem a melhor maneira de atuar, inventando um modo de trabalhar, mais afim a seus valores<sup>13</sup>.

Um outro ponto que merece destaque diz respeito ao fato de mesmo sendo um procedimento protocolado com orientações pré-estabelecidas, há diferentes *modos de fazer* essa contenção, que levam em consideração aspectos clínicos do paciente que precisa ser contido, da equipe médica que está de plantão e a sua relação com a equipe de enfermagem e da própria enfermagem. Essas dimensões não estão dadas em um protocolo e, na maior parte das vezes, ocorrem sem que haja um processamento consciente por parte dos sujeitos que estão envolvidos, sendo possível pensar que não há como realizar antecipações de tudo pelo estabelecimento de normas, de tal forma que trabalhar é fazer "uso de si". Esse uso é tão mais evidente quanto maiores forem os vazios de normas e, portanto, maiores as possibilidades de expressão dos trabalhadores de suas próprias escolhas e estratégias. Por outro lado, quando essas escolhas não funcionam também são maiores as consequências e as repercussões para o trabalhador, sendo determinante o quanto o indivíduo seja acolhido ou não nessas situações, para permanecer no exercício de suas atividades profissionais.

Diversas falas questionam o fato de a enfermagem não poder participar ativamente das decisões que são tomadas quanto aos projetos terapêuticos dos pacientes e, quando são convidados a participar, no geral, estão tão absorvidos nas suas práticas diárias que não restam tempo nem energia para se dedicarem a esses fóruns institucionais de discussão<sup>v</sup>. Gera-se aí um hiato que separa o planejamento das

---

<sup>v</sup> Estes fóruns institucionais incluem as reuniões de equipes clínicas que envolvem médicos, psicólogos, assistentes sociais e demais profissionais da equipe multidisciplinar para discussão dos projetos terapêuticos dos pacientes, com frequência de duas vezes por semana. Existem cinco equipes clínicas no IPUB, divididas pelos dias de plantões durante a semana (de segunda a sexta feira), tendo cada uma dessas equipes um supervisor clínico.

atividades e a sua execução, traduzindo o abismo que separa a enfermagem de diversas decisões que são tomadas no cotidiano das enfermarias.

No ambiente do hospital, a enfermagem atua nesse vazio de normas, com seu potencial criativo e se utilizando de vínculos eficazes que passam pela amizade, especialmente se considerarmos que é a categoria que dedica a maior parte da sua jornada aos cuidados intensivos aos pacientes na beira do leito. Há aí todo um trabalho de si mesmo que pode ter êxito ou falhar, mas que se faz necessário realizar, exatamente porque cada um não está em seu lugar somente para "executar". Aqui cabe retomar ao conceito da infidelidade do meio, conforme assinalamos acima, segundo o qual é impossível uma padronização absoluta do ambiente de trabalho e, na gerência dessa infidelidade, há o "uso de si" como uma necessidade de suprir a lacuna entre prescrito e real.

À percepção ergológica de que o meio pode mudar de um dia para o outro, pode-se ressaltar que na saúde mental essa mudança pode ocorrer de um minuto para o outro, conferindo ao meio um aspecto quase "promíscuo". Dessa promiscuidade nascem, inevitavelmente, situações de atritos, exemplificados pelos relatos de agressões, e a constituição da "*personalidade de cada plantão*", que passamos a abordar de maneira mais detalhada no tópico seguinte.

### **3. O Trabalho da Enfermagem em Saúde Mental e o Uso de Si: a inclusão da agressão na dimensão do cuidado.**

Nas nossas *Conversas* com a enfermagem, tivemos oportunidade de observar como o trabalho não é pura execução, como expresso por R., que compara o trabalho em enfermagem no CTI de um hospital clínico e na enfermaria psiquiátrica:

*"– A aproximação do paciente, no hospital clínico você não tem tanta aproximação assim. Você é mais mecânico. Eu fazia muitas coisas, muito mais que aqui, mas era uma coisa mais mecânica, você não tinha que ficar (...). Eu lidava mais vezes com a morte. Porque eu era do CTI, com as crianças, morte de adulto, mas você*

*não acompanhava muito tempo o sofrimento. Porque ele chegou, ficou doente, entubou, morreu. Aqui você acompanha mais tempo o sofrimento."*

No contexto desta fala, ressaltamos a peculiaridade do cuidado em saúde mental<sup>5</sup> no qual o potencial de imprevisibilidade das situações às quais a equipe precisa enfrentar (desde o paciente que sobe no telhado e diz que vai pular até a possibilidade de aproximação física a uma paciente muito agressiva sob a justificativa de lhe catar os piolhos da cabeça). Destaca-se, novamente, a chamada infidelidade do meio, que jamais se repete exatamente de um dia para o outro, ou de uma situação para a outra, sendo necessário fazer uso de suas próprias capacidades, de seus próprios recursos e de suas próprias escolhas para gerir essa infidelidade.

O diálogo que se segue ilustra o quanto o trabalho é (re)singularizado, revelando a potência do trabalho coletivo na superação de uma dificuldade e exemplifica o uso de estratégias para gerenciar os desafios:

*"– O meu problema é com a violência. A gente sabe que um paciente desse em crise, ele pode se tornar violento, e aí realmente eu não sei como lidar com isso. E aí ela me tranquilizou de alguma forma (falando de uma conversa que teve com uma colega de outro plantão). Também tive essa conversa com a L., a líder do plantão, com os colegas, qual seria conduta, qual a melhor forma de trabalhar isso. E enfim...*

*– E isso foi tranquilizador pra você?*

*– Sim. Foi tranquilizador eu estar com pessoas que me passaram segurança. E pessoas que me ensinaram a dinâmica do trabalho, pacientes em crise a gente até tem, mas a gente tenta uma abordagem não tão física, a gente tenta mais uma conversa, mais conversar com esse paciente. Uma abordagem que não seja tão física. Por incrível que pareça, há um mês atrás, eu fui agredido por um paciente. Mas esse paciente realmente era um paciente que estava em crise, pra minha surpresa eu consegui superar isso bem. Hoje em dia é um paciente que eu tenho contato."*

Por meio dessa relação com o outro, nessa dialética referida ao universo do trabalho existe uma ação constitutiva do indivíduo, por meio também dessa relação que

estabelece com o outro. Isso remete profundamente a uma forma de construção de si-mesmo, que traz toda espécie de desafios e de dimensões. Assim, devemos reconhecer que não agimos de forma individual, escolhendo trabalhar com tal pessoa mais do que com outra, ser atento mais com isso do que com aquilo, tratar a pessoa que se tem à sua frente de tal maneira mais do que de outra. Enfim, fazendo todas essas escolhas, engajamos os outros com os quais trabalhamos. A partir do momento em que há uso e não simplesmente execução, o uso encontra os outros, que podem ser os colegas de trabalho mais próximos, ou aqueles que escolhemos, ou os que procuramos fora da proximidade imediata.

Dos 40 profissionais ouvidos em nossa atividade, apenas 2 nunca foram agredidos. Quase todos apontam que o risco da agressão é algo inerente ao trabalho da enfermagem em saúde mental, um rito de ingresso ao universo imprevisível de uma enfermagem psiquiátrica. Também chama a atenção o fato de que apesar de quase todos já terem sido agredidos, a prevalência de afastamentos por acidentes de trabalho ou adoecimentos decorrentes dessas agressões ainda é muito baixa.

Esta relação entre o risco de ser agredido e o ser agredido propriamente, os desdobramentos envolvidos em se afastar das atividades de trabalho ou se manter vinculado à equipe mesmo após uma agressão merece uma análise mais específica. Porém uma possível explicação para esse fato diz respeito às estratégias utilizadas pelas equipes para tentar evitar que essas agressões aconteçam (mesmo que sem sucesso) e, principalmente, as utilizadas para elaborar as repercussões psíquicas dos trabalhadores, depois que elas acontecem. No âmago dessas estratégias reside a dimensão do coletivo. Desta forma, o coletivo não é uma imposição, ao contrário, está associado a um verdadeiro trabalho de construção e, como tal, está sujeito a falhas e não está prescrito. É difícil, custoso para todos, mas principalmente para a pessoa, o que remete a singularidades de vínculos que são estabelecidos, de escolhas que são feitas, consciente e, ainda de forma mais potente, inconscientemente.

Nos momentos da imprevisibilidade, o instrumento simbólico é o que irá dominar, a história coletiva é que vai dar a direção às ações. “Esta história faz parte de uma memória que não é do passado”, ela serve para poder antecipar os riscos e para fazer as escolhas ao agir. (Clot, 2006). E em relação à equipe de enfermagem do IPUB, na maneira como atualmente está constituída, essa história é muito recente, de forma

que ainda não houve um desenvolvimento que reconhecesse as experiências práticas dos profissionais de enfermagem. Então, o que se impõe é a história coletiva da enfermagem que desempenha a função de manutenção da disciplina e da ordem.

Além disso, há uma relação estreita entre as dimensões do coletivo e desse corpo-si, uma vez que é possível estabelecer as influências do coletivo na constituição desse corpo; é nesse uso de si pelos outros que os desdobramentos pessoais de uma agressão física nas atividades de trabalho da enfermagem podem ser elaborados de uma maneira menos traumática pelo sujeito agredido e, ainda mais intrigante, serem incluídos dentro da dimensão do cuidado prestado ao paciente. Isso é dito nas entrelinhas:

*"– (...) uma coisa é assim, quando o plantão fica mais sólido, a equipe fica mais sólida, que quando não fica aquela rotatividade de profissionais. Às vezes no plantão chega um, outro plantão chega outro, como quando um colega entra de férias, daí toda hora entra um colega diferente. A gente sente a diferença na equipe. Quando a equipe fica fechada, em uma ação entre o paciente da internação e o profissional, o outro colega que já percebe a situação, ele já sabe o momento de entrar, ele recuar. Por exemplo, eu estou lá abordando um paciente, o paciente está agitado, está gritando comigo e o clima está favorável para ele me agredir, aí vem a R. já com outra abordagem e aí eu, automaticamente, já me afasto .*

*– Já está treinado junto, tem uma coisa como uma sintonia?*

*– Sim. Aí quando entra um colega (de outra equipe), que a gente conhecesse o colega, que a gente já conhece o trabalho dele, mesmo a gente já conhecendo o trabalho dele, às vezes “quebra um pouco”, essa linguagem “não-verbal” entre os colegas da equipe.*

*– É que cada plantão tem sua peculiaridade, na verdade, cada um de nós tentou se adequar conforme a personalidade de cada plantão. Então quando você vai para outro plantão, você quebra essa coisa individual, essa harmonia."*

Essa entidade coletiva nomeada aqui “a personalidade de cada plantão” remete a um trabalho de construção não prescrito, que vai sendo estabelecido na condução diária das atividades de trabalho e, especialmente, nas situações de enfrentamento das adversidades imprevistas.

#### **4. A Equipe Assistencial e a Interface com Outras Categorias Profissionais.**

Muitas referências na literatura tratam dessa delicada interface de convívio entre os trabalhadores da enfermagem e os médicos no ambiente hospitalar. Os elementos comuns à fala da enfermagem também estão presentes nas equipes de enfermagem que atuam em serviços de saúde mental, como "a falta de autonomia, a predominância do saber médico na assistência de enfermagem, a ausência de participação nas decisões do tratamento e, algumas vezes, nem daquelas relacionadas às próprias ações de enfermagem, aliadas ao fato de maior valorização do profissional médico" (Oliveira e Alessi, 2003; p. 338)<sup>23</sup>. De fato, as questões referentes aos conflitos na relação entre enfermagem e médicos, extensamente abordadas na literatura<sup>25</sup>, foram objeto de debates em nossas *Conversas*, sendo referidas como relações hierárquicas, que não tem horizontalidade (conforme visto acima), principalmente pelos “Capsistas”. Cabe notar, no entanto, como os aspectos da hierarquia e da falta de diálogo se mesclam com a própria possibilidade de interferir nas práticas terapêuticas, como aborda uma enfermeira, referindo-se à contenção de um paciente.

*“– A questão hierárquica ela até é importante, mas aqui não tem horizontalidade. Você vai conversar, dialogar, aqui tem “eu que sou médico, sou eu que vou prescrever e assim que tem que ser”. E não tem um diálogo. Não medica, não. Alguns até a gente tem tensionado, tem mudado um pouco; não medica não, vamos tentar uma outra coisa, espera um pouco.”*

Há ainda outro conjunto de atores representados pelos profissionais da equipe multidisciplinar que, por não estarem incluídos na lógica do discurso médico e poderem potencialmente fazer coro ao conjunto de reivindicações já estabelecidas pela

enfermagem, se somam às equipes das enfermarias ampliando a interface de convívio destes profissionais e o potencial de problemas gerados a partir disso.

No IPUB, essas questões ficaram potencializadas com a criação do Programa de Residência Multidisciplinar, que traz para dentro do ambiente das enfermarias a formação de profissionais de diversas especialidades, incluindo a psicologia, a terapia ocupacional, o serviço social e a própria enfermagem, ampliando o leque de atores com os quais a equipe de enfermagem necessita dialogar no sentido de garantir a manutenção das atividades de cuidado. Nesse sentido, é frequente ouvir uma dicotomização entre os profissionais tomando como referência o ambiente da enfermaria. A forma como se dá o trânsito de outros profissionais na enfermaria é questionada pelos trabalhadores da enfermagem:

*"– (...) dentro do IPUB existem dois IPUBs: tem um IPUB que não entra na enfermaria e um IPUB que não sai da enfermaria. Então isso me marcou muito, porque me parece que isso é delimitado aqui dentro, como se dois mundos convivessem num mesmo espaço (...)"*.

A presença de outros profissionais não médicos nas áreas do hospital parece ser sentida pela enfermagem como uma diminuição do papel do cuidado que, nesse contexto, fica restrito ao espaço das enfermarias. Da mesma forma, aos profissionais da enfermagem que atravessam esse limite físico estabelecido pelo portão das enfermarias (chamado em algum momento das *Conversas* de “Portão do Inferno”) são destinadas qualificações de menor valor do cuidado, como se aquele não fosse o real papel da enfermagem. O diálogo que se segue ilustra esta questão:

*"– Então a gente tá fazendo uma atividade, dizem: ‘tá fazendo pra aparecer’, ou então você tá fazendo o que não é pra fazer, então você fica presa ao papel, aqui tem o valor do papel e não a estar com o outro. Isso não aparece. Eu tenho essa história, então pra mim é adoecedor; eu vivo mantendo o pé na porta, pra me manter viva e garantir o mínimo de cuidado diferente.*

*– O que é meter o pé na porta?*

– *É tipo: vou sair com paciente, vou, sim, vou sustentar isso e acabou, mas isso tem um preço, porque tem colega que leva advertência, porque é abandono de plantão porque vai com o paciente pro INSS, aquela pessoa que conseguiu o vínculo, porque quem tá aqui, quem tá ali no dia a dia (...)*".

Aqui de novo vale à pena chamar a atenção de que os conflitos e as ambivalências que no geral se expressam no contato diário com os profissionais médicos, no contexto das enfermarias também se estende para os trabalhadores de formação multidisciplinar.

Nesse sutil malabarismo de atividades de cuidados no qual se constitui o papel da enfermagem parece residir a sua principal fragilidade, mas também é onde se encontra a sua maior potência, capaz de alcançar as situações às quais a prescrição do cuidado não é capaz de prever. Temos indicações, mais uma vez, da relação entre o trabalhar bem (de acordo com os valores) e a dimensão de saúde, conforme já abordamos.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

Observamos aspectos específicos à categoria da enfermagem que se dedica ao trabalho em saúde mental em enfermarias psiquiátricas, que refletem os dilemas colocados em sua prática diária e toda a engenharia de estratégias da qual lançam mão para poder continuar trabalhando, desveladas a partir do referencial teórico utilizado nas análises.

Um aspecto presente nas *Conversas*, e que permeia algumas falas aqui apresentadas são as situações de trabalho em que os trabalhadores primam por buscar o que lhes parece melhor para o paciente como, por exemplo, promover o contato com a família, que pode significar um ansiolítico a menos, usar expressão “não medica, não” ou, mesmo, conversar com o paciente sobre a própria contenção.

Ao refletirmos sobre as necessidades e possibilidades específicas do trabalho de enfermagem em equipe de saúde mental, na perspectiva de ampliação do objeto de intervenção proposto pela Reforma Psiquiátrica, o trabalho nessa área ganha novos contornos, como, por exemplo, apresenta-se a necessidade de que a esse objeto

redesenhado, corresponda novos instrumentos e, nesse sentido, aconteçam algumas modificações nas práticas terapêuticas, como a incorporação de trabalhadores “atípicos” na equipe, como artistas plásticos, professores de educação física, dentre outros; além do que a finalidade do trabalho proposto nessa concepção não admite mais a noção de “cura”, mas de reabilitação, reinserção social. Os instrumentos para esse fim, portanto, não podem continuar sendo os meios físicos e químicos coercitivos, mas outros que proporcionem a escuta e a valorização do sujeito-cidadão que sofre mentalmente<sup>4</sup>.

Essas modificações no processo de trabalho de saúde mental levam-nos a considerar a necessidade de mudanças na divisão desse trabalho coletivo<sup>24</sup>. Esse trabalho interdisciplinar pressupõe a coexistência de ações técnicas específica a cada categoria profissional e a execução de algumas ações comuns com tendência à construção de uma linguagem de trabalho comum com menor horizontalização das relações de poder. Entretanto, essa aproximação das áreas profissionais no plano técnico do trabalho – desempenho de atividades com uma diluição gradativa das peculiaridades – é acompanhada de tensão no aspecto dos valores dos diferentes trabalhos, uma vez que as relações hierárquicas são mantidas e reproduzidas, principalmente entre os profissionais médicos e não-médicos, referentes a salário e ao fato de o médico ser o responsável pela atenção ao usuário<sup>26</sup>.

Quanto à percepção das ambivalências em relação ao discurso e às práticas de cuidado dos profissionais, é necessário estabelecer o diálogo entre os mais diversos setores do Instituto, com objetivo de fazer valer o protagonismo da enfermagem em suas mais diversas formas de pensar e cuidar nessa modalidade tão delicada da saúde.

Ao contrário do que se poderia pensar, o que se observou em nossas *Conversas* não foi um palco de vaidades em que cada trabalhador traz à cena aquilo que pensa ser o melhor para si, mas o que acredita ser o melhor para o paciente e é em nome dessa ética no cuidar que orbitam as questões mais dramáticas da enfermagem dentro de uma enfermaria psiquiátrica.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Kilsztajn S, Lopes ES, Lima LZ, Rocha PAF, Carmo MSNC. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, out, 2008;24(10):2354-62,
2. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009;14(1):297-305.
3. Amarante P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: *Fim de século: ainda manicômios?* Org(s): FERNANDES M. I. A., SCARCELLI I. R., COSTA E. S. São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.
4. Zerbetto SE, Efigênio EB, Santos NLN, Martins SC. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. Jan/Mar, 2011;13(1):99-109.
5. Silva DS, Azevedo DM. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. *Esc. Anna Nery [Impr.]*. Jul-Set, 2011;15(3):587-594.
6. Shimizu HE, Ciampone MHT. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. *Rev. Esc. Enf. USP*, Mar, 1999;33(1): 95-106.
7. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Jul/Ago, 2006;14(4):517-25.
8. Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.* 2013;66(2):257-63.
9. Fernandes JD, Sadigursky D, Silva RMO, Amorim AB, Teixeira GAS, Araújo MCF. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. *Rev. Esc. Enf. USP*, 2009;43(4):962-8.
10. Lucchese R. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. *Rev. Esc. Enf. USP*, 2007;9(3):883-5.

11. Carvalho MB, Felli VEA. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. Rev. Latino-am. Enfermagem, 2006;14(1):61-9.
12. Rodrigues AAP, Xavier ML, Figueiredo MAG, Almeida Filho AJ, Peres MAA. Influências da Reforma Psiquiátrica no cuidado de enfermagem na Casa de Saúde Esperança em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil (1994-1998). Texto Contexto Enferm., 2016;25(2):e1450014.
13. Schwartz Y, Durrive L. Trabalho & Ergologia: Conversas sobre a atividade humana. Org(s): BRITO J. E ATHAYDE M. Ed. UFF, 2ª edição, Niterói, 2010.
14. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 6ª. Ed., 2009.
15. Brito JC, Neves MY, Oliveira SS, Rotenberg L. Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico de gênero. Rev. Bras. Saúde Ocup., São Paulo, 2012;37(126): 316-329
16. Dejours C. Por um novo conceito de saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo. Abr/Jun, 1986;14(54):7-11.
17. Duraffourg J, Duc M, Durrive L. O trabalho e o ponto de vista da atividade In: SCHWARTZ Y., DURRIVE L (Org.). Trabalho & Ergologia: Conversas sobre a atividade humana. Org(s): BRITO J. E ATHAYDE M. Ed. UFF, 2ª edição, Niterói, 2010, págs. 47-87.
18. Telles AL, Alvarez D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO M. et al. (Org.) Labirintos do trabalho: interrogação e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, págs. 63-90.
19. Vieira-Júnior PR, Santos EH. A gênese da perspectiva ergológica: cenário de construção e conceitos derivados. Trabalho & Educação. Belo Horizonte. Jan/Abr, 2012;21(1):83-100.
20. Santos TM, Camponogara S. Um olhar sobre o trabalho de enfermagem e a ergologia. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 12(1):149-63, jan-abr, 2014.
21. Telles LL, Klein VF, Oliveira VG, Ribeiro IC, Gomes V, Couto EW, Cavalcanti N, Oliveira CA, Lemos RR, Amendoeira MC, Castro GH, Jardim S, Rotenberg L. O *Projeto* de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro – PRASMET: 20 anos. A sair.

22. Vargas D, Maciel MED, Bittencourt MN, Lenate JS, Pereira CF. O ensino da enfermagem psiquiátrica e saúde mental no Brasil: análise curricular da graduação. *Texto Contexto Enferm.*, 2018;27(2):e2610016.
23. Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. Mai/Jun, 2003;11(3):333-40.
24. Paes MR, Borba LO, Brusamarello T, Guimarães AN, Maftum MA. Contenção Física em Hospital Psiquiátrico e a Prática da Enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. Out/Dez, 2009;17(4):479-84.
25. Oliveira AM, Lemes AM, Machado CR, Silva FL, Miranda FS. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife. Dez, 2010;10(2).
26. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. [Tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, 1998.
27. Silva NG, Silva PP, Oliveira AGB. A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde mental em hospital universitário. *Cienc. Cuid. Saúde*. Abr/Jun, 2012;11(2):302-310.
28. Muniz M, Tavares C, Abrahão A, Souza A. A assistência de enfermagem em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*. Jun, 2015; (13):61-65.
29. Armaroli ACB. A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO ATIVIDADE: histórias do trabalho da enfermagem em um antigo hospital no processo de transformação para uma unidade da rede de saúde mental. Orientador: Cláudia Osório da Silva. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2009.
30. Clot Y. A função psicológica do trabalho. Petrópolis: Vozes, 2006.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

À medida que a perspectiva ergológica propõe colocar em sinergia os diversos saberes constituídos e os saberes da experiência, da atividade, ela contribui sobremaneira para que as questões concernentes à dimensão do trabalho sejam discutidas em outros parâmetros. Quando admitimos que nenhum saber isolado é suficiente para oferecer respostas a quaisquer que sejam as questões, temos que estar abertos ao diálogo, pois entendemos que não há respostas prontas. Quando se trata de abordar a atividade humana, incluindo o chamado estresse, a saúde no trabalho, a comunicação, a competitividade, a Ergologia aponta a imprescindibilidade do diálogo entre os atores envolvidos no meio de trabalho (Souza e Veríssimo, 2009).

Em nossas atividades junto ao PRASMET percebemos que o exercício da clínica com o olhar sobre o trabalho permite situar os problemas de saúde em contextos espaciais e sociais, mapeando tendências clínicas, como a situação da prevalência do grupo de diagnósticos das depressões, conforme discutimos acima, e de grupos de trabalhadores com maiores riscos de adoecimento, como o caso da categoria da enfermagem.

Essas percepções foram o mote inspirador para a realização da atividade clínico-institucional denominada *Conversas sobre o Trabalho e a Saúde*, dando protagonismo aos trabalhadores da enfermagem do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Os desdobramentos institucionais desta atividade merecem ser aqui destacados.

Em primeiro lugar, a escuta da fala desses trabalhadores nos convida a refletir sobre aspectos que estão além das questões cotidianas recorrentemente citadas por eles nas *Conversas*. Essas reflexões são consistentes ao ponto de constituir um grupo de trabalho que tem sido chamado de *Conversas com a Enfermagem* que, dentre outras ações, tem planejado atividades a serem realizadas com as equipes de enfermagem, com base no material colhido nas primeiras idas às enfermarias.

Em segundo lugar, esse movimento de restituição é algo que aparenta estar em curso já desde o primeiro momento de realização das nossas *Conversas*, uma vez que o período de sua realização ocorreu de modo sincrônico com processo eleitoral para a direção do IPUB. Na polarização dessa eleição, o voto de minerva dado ao vencedor

partiu da categoria dos técnicos-administrativos, em sua maioria trabalhadores da enfermagem. Além disso, pela primeira vez nos 80 anos da instituição, a chefia da enfermagem deixou de ser indicada pela direção e foi eleita pela categoria, atribuindo à essa função elementos de representatividade.

Em terceiro lugar, houve uma importante solicitação desses trabalhadores para que o cargo de diretor-clínico pudesse ser oferecido a algum profissional que tivesse articulação não apenas com os saberes médicos e as suas já tão reconhecidas garantias institucionais, mas que pudesse dar voz às dificuldades e demandas da enfermagem. É neste contexto que, ao aceitar ocupar o cargo, passo a dar reconhecido espaço institucional a esses trabalhadores, estabelecendo uma direção clínica de colegiado, com reuniões semanais para discutir as situações clínicas das enfermarias. Essas reuniões são abertas a todos, mas nas convocações que realizamos fazemos constar as chefias da enfermagem, com os representantes das enfermarias masculina e feminina, as chefias da psicologia e do serviço social, os coordenadores das residências médica e multiprofissional, os responsáveis dos dispositivos de Residência Terapêutica, do Hospital-Dia e do Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas (PROJAD).

Desta forma, consideramos a restituição tal como trazido no artigo de Almeida e cols. (2018), em que os autores discutem a dimensão da devolução como um exercício ético-político do pesquisar e estabelecem que a devolutiva tem um sentido de mudança de posição, torcer, girar. Isto nos permite considerar que o movimento de restituição é algo que já está presente desde o primeiro contato com o campo.

Fazendo uma inflexão nesse sentido etimológico, podemos pensar a devolutiva como exercício de mudança. É uma mudança de posição ou, mais ainda, exercício de dissolução de uma posição, a do pesquisador (que realiza a pesquisa), a do objeto (realidade dada de forma apriorística), a dos grupos e sujeitos participantes (como “meras” fontes de dados). Assim, a devolutiva é o próprio processo de construção coletiva, determinante para definir a cada momento os caminhos da pesquisa. É produzir uma torção nisso, que é direção já estabelecida, experimentando possibilidades que o próprio caminhar nos traz (ALMEIDA E COLS, 2018; p. 206).

Em seu artigo sobre Ergogestão, Souza e Veríssimo (2009) apontam que assim como Paulo Freire se opunha a uma educação “bancária” (que supõe um professor “que sabe” depositando seu saber em um aluno que até então “não sabia”), é possível pensar-agir diferentemente de práticas de saúde “bancárias”. No campo da Saúde, as atividades de cuidados, a “consulta”, os “exames” – a demanda e a autorização do cliente ao profissional de saúde, o contato, o instante do encontro entre o profissional e o usuário, a atenção, o esforço de compreensão que um dedica ao outro, o que o usuário informa a respeito de seu estado geral físico, psíquico e social – podem se constituir em uma zona, um espaço no qual emergem elementos fundamentais para que esta relação se configure como uma zona de desenvolvimento de outras formas possíveis de (con)viver e de produzir saúde (Souza e Veríssimo, 2009).

Sabemos que o campo da saúde pública no Brasil enfrenta crises e que, apesar de alguns avanços, ainda há inúmeros problemas a serem superados. As dificuldades são muitas e é preciso geri-las. Nessa gestão é necessário levar em conta as necessidades dos diversos setores e as singularidades com que cada trabalhador lida com as dificuldades cotidianas, conciliando o desempenho das atividades com seus valores e convicções éticas. Talvez aí se coloque a diferença entre a mera gestão de crises e uma postura que busca ser coerente com o que propõe a Ergologia.

Antes de mais nada, é importante considerar a percepção de que em primeiro lugar precisamos buscar compreender o trabalho. E não poderemos compreender o trabalho se não formos até onde ele acontece, onde a atividade se desenvolve, se não estivermos atentos aos debates de valores, às dramáticas de usos de si que estão ali presentes. Não podemos ter uma visão mutilante do trabalho e julgar de nossa posição o que é melhor para o outro. É importante construir uma proposta que fuja à simplificação do trabalho, de pensar que as coisas são simples e que há uma solução para cada problema, bastando para resolvê-los que conheçamos a filosofia de sua aplicação (Duraffourg, Duc e Durrive, 2010).

Para que isso se viabilize do ponto de vista prático é necessário promover encontros e espaços institucionais de diálogos que versem sobre o trabalho. Para decidir, é imprescindível discutir antes e sempre baseado no conhecimento do que se passa no cerne do trabalho. Essa discussão torna complexa mesmo as decisões que possam parecer mais simples, mas inegavelmente projeta o trabalhador com todo seu

saber-fazer para um lugar de protagonismo nas decisões que são tomadas no cotidiano institucional.

Conforme Souza e Veríssimo (2009, p.88):

Se estamos convencidos de que “trabalhar é gerir”, se pomos ênfase no ponto de vista da atividade, ressaltando a importância da gestão cotidiana que cada trabalhador põe em marcha para dar conta de sua “tarefa”, frente às normas antecedentes, ao prescrito, mas também frente às variabilidades, ao imprevisto, ao acaso, então podemos afirmar que gerir, administrar o trabalho não é atribuição exclusiva daqueles profissionais designados como administradores, gerentes, chefes ou gestores.

Sob determinados ângulos, cada um faz a gestão, administra o seu “fazer”, seu trabalho, sua atividade, fazendo escolhas, arbitrando, decidindo, levando em conta seus conhecimentos, sua experiência de vida, seus valores. Lembremos do que nos assinala Yves Schwartz, desenvolvendo, sob a perspectiva ergológica, as contribuições da ergonomia francesa e de Georges Canguilhem: primeiramente que é impossível standardizar, antecipar, dominar integralmente a atividade industriosa humana e, ainda, de que os humanos não podem viver em situação de estrita, de absoluta heteronomia, pois nos é próprio buscar sempre renormatizar o nosso meio de acordo com nossas próprias normas.

Concluindo, quando se pretende desenvolver uma tentativa a partir dessas premissas, tendo a clareza de que se encontra diante de uma enorme dificuldade, de que o trabalho é infinitamente mais complicado do que podemos pensar, é possível que aí possam ser encontradas e desenvolvidas (uma vez dadas certas condições) o que conhecemos por reservas de alternativas, isto é, as possibilidades de trabalharmos melhor, de produzirmos melhor, enfim, de vivermos melhor.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA UR, CÉSAR JM, LUCIANO LS, CARVALHO PH. A devolutiva como exercício ético-político do pesquisar. *Fractal: Revista de Psicologia*, 30(2):204-213, maio-ago, 2018.

BRITO JC, NEVES MY, OLIVEIRA SS, ROTENBERG L. Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico de gênero. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, 37(126):316-329, 2012.

CANGUILHEM G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2009.

CANGUILHEM G. Nos Meios e Normas do Homem no Trabalho. *Pro-posições*, 12(2-3): 35-36. jul-nov, 2001.

CANGUILHEM, G. Escritos sobre a Medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

DEJOURS C. Addendum – A metodologia em psicopatologia do trabalho. In S. Lancman & L. I. Sznalwar (orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2004.

DESLANDES SF, NETO OC, GOMES R, MINAYO MCS. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 21ª Edição, 2002.

DIAS DS, BARROS ME, SILVA OIV, CAMPOS GM. Das dores e delícias do trabalho docente: uma análise do trabalho. *Trabalho & Educação*, 22:169-181, mai-ago, 2013.

DURAFFOURG J, DUC M, DURRIVE L. O trabalho e o ponto de vista da atividade In: SCHWARTZ Y, DURRIVE L (Org.). *Trabalho & Ergologia: Conversas sobre a atividade humana*. Org(s): BRITO J e ATHAYDE M. Ed. UFF, 2ª edição, Niterói, 2010, págs. 47-87.

FRANC T, DRUCK G, SELIGMANN-SILVA E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, 35(122): 229-248, 2010.

- LARANJEIRA SMG. As transformações do trabalho no mundo globalizado. *Sociologias* (Porto Alegre), 2(4):14-19, 2000.
- LOPES JL. (jan-jun de 1965). A Psiquiatria e o velho Hospício. *J. Bras. de Psiq.*, 14(1-2), 117-130.
- MACHADO AG e MERLO ÁRC. Cuidadores: seus amores e suas dores. *Psicologia & Sociedade*, 20(3): 444-452, 2008.
- MARCÍLIO N, FIGUEIREDO C. IPUB 60 Anos: Histórias de Vida e Trabalho. *In: Instituto de Psiquiatria - 60 anos - 1938-1998* (pp. 27-52). Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.
- MARX K. O Capital: crítica da economia política. Volume I, Livro Primeiro, Abril Cultural, 1983.
- MEDEIROS T. Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil. Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1977.
- MENDES R, DIAS EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, 25(5): 341-9, 1991.
- MINAYO-GOMEZ C, THEDIM-COSTA SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2): 21-32, 1997.
- MINAYO-GOMEZ C, MACHADO JMH, PENA PGL. (orgs.) Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1ª. Reimpressão, 2013.
- MIRANDA CML, ROCHA MM, SOBRAL VRS. O ensino, a pesquisa e a assistência de Enfermagem psiquiátrica. *Rev. Enferm. UERJ*, 7(2):193-7, Jul/Dez, 1999.
- OLIVEIRA AGB, ALESSI NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 11(3):333-40, Mai/Jun, 2003.
- SAFATLE V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientiæ Zudia*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011.

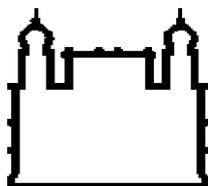
SCHECHTMAN A e cols. Política de saúde mental no Brasil. Cadernos IPUB. Rio de Janeiro, n. 3, p. 9-11, 1999.

SCHWARTZ Y, DURRIVE L. Trabalho & Ergologia: Conversas sobre a atividade humana. Org(s): BRITO J. E ATHAYDE M. Ed. UFF, 2ª edição, Niterói, 2010.

SOUZA WF e VERÍSSIMO M. A ergogestão: por um outro modo de gerir o trabalho e as reservas de alternativas. Ergologia, n° 1, Janvier, págs. 75-90, 2009.

VASCONCELLOS LCF. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado. 2007. 422 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

## ANEXO 1



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante,

Você está sendo consultado(a) sobre a autorização para uso do acervo de gravações oriundas das *Conversas sobre o Trabalho e a Saúde* para compor a dissertação de mestrado **“Trabalho na universidade e saúde mental: o verso e o reverso do adoecimento mental nos profissionais de enfermagem psiquiátrica universitária”**. A dissertação será desenvolvida por Leonardo Lessa Telles, mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação da Dra. Lucia Rotenberg e da Dra. Sílvia Jardim. O objetivo da dissertação é o de analisar as relações entre o trabalho nas enfermarias e a saúde dos trabalhadores da enfermagem de um hospital psiquiátrico universitário.

Esta consulta ocorre porque, como trabalhador da enfermagem do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), você participou das *Conversas sobre o Trabalho e a Saúde*, atividade promovida pelo OTSAM/PRASMET, vinculado à Coordenadoria de Políticas em Saúde do Trabalhador (CPST/UFRJ), que presta atividades assistenciais no IPUB/UFRJ. A escolha da enfermagem para a realização das *Conversas* se deveu à constatação de que esta era a categoria profissional que mais recorria aos atendimentos oferecidos pelo PRASMET.

As *Conversas sobre o Trabalho e a Saúde* foram gravadas e, caso você dê o seu consentimento, as gravações serão analisadas na dissertação de mestrado. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a esses dados e não farão uso dessas informações para outras finalidades.

Página 1 de 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão I; de 06 de setembro de 2018.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_



**Ministério da Saúde**  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**



Desta forma, serão tomados todos os cuidados para evitar os possíveis riscos e constrangimentos derivados da identificação dos participantes. O benefício da realização destas análises é a restituição dos resultados (em 2019), em que a equipe do PRASMET (assistentes sociais, psiquiatras e psicólogas) irá retornar às enfermarias para fins de discutir os principais resultados com as equipes de enfermagem.

Seu consentimento para uso das gravações para análise é voluntário, isto é, não é obrigatório. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não autorizar, bem como retirar o seu consentimento a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir. Contudo, seu consentimento é muito importante para a execução da pesquisa. Caso você não dê seu consentimento para uso das gravações, as partes específicas que se referem à sua participação serão excluídas das análises.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, cujo objetivo é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa sob padrões éticos.

O presente Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi redigido em duas vias, uma será guardada pelo pesquisador responsável e a outra ficará em posse do participante. Todas as páginas do presente termo devem ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa, e a última página deve ser assinada por ambos.

Comitê de Ética - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863; e-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br);  
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

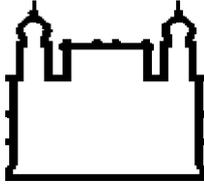
Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Página 2 de 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão I; de 06 de setembro de 2018.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_



**Ministério da Saúde**  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**



Pesquisador Responsável: Leonardo Lessa Telles

Aluno de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública- ENSP

Tel: (21) 99756-7401

Email: [leonardolessat@gmail.com](mailto:leonardolessat@gmail.com)

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Declaro que entendi os objetivos descritos neste Termo de Consentimento e

(  ) dou meu consentimento à utilização de gravações realizadas durante as atividades denominadas *Conversas sobre o Trabalho e a Saúde* para fins da dissertação de mestrado;

(  ) não dou meu consentimento à utilização de gravações realizadas durante as atividades denominadas *Conversas sobre o Trabalho e a Saúde* para fins da dissertação de mestrado.

\_\_\_\_\_

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

\_\_\_\_\_

(Assinatura do Pesquisador Responsável)

Página 3 de 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão I; de 06 de setembro de 2018.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_