



Rosa Maria Carvalho Silva Maranhão

**REFORMA PSIQUIÁTRICA: NOVAS CARTOGRAFIAS DE  
TRABALHO PARA OS TÉCNICOS E AUXILIARES DE  
ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA?**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC – Rio como requisito para a obtenção do título de Doutor Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ester Maria Magalhães Arantes.

Rio de Janeiro, fevereiro de 2004.

**Rosa Maria Carvalho Silva Maranhão**

**Reforma Psiquiátrica: novas cartografias de trabalho para os técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica?**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

**Profª Esther Maria de Magalhães Arantes**  
**Orientadora**  
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Profª. Ana Maria Rudge**  
Departamento de Psicologia – PUC-Rio

**Prof. Paulo Duarte de Carvalho Amarante**  
FIOCRUZ– RJ

**Profª Cristina Maria Loyola Miranda**  
Deptº. de Enfermagem Médico-Cirúrgica - UFRJ

**Prof. Octavio Domont de Serpa Junior**  
IPUB - UFRJ

**Prof. Paulo Fernando Carneiro de Andrade**  
Coordenador Setorial de Pós-Graduação  
e Pesquisa do Centro de Teologia  
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 4 de março de 2004

### Ficha Catográfica

Maranhão, Rosa Maria Carvalho Silva.

Reforma psiquiátrica: novas cartografias de trabalho para os técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica? / Rosa Maria Carvalho Silva Maranhão; Orientadora: Ester Maria Magalhães Arantes. Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Psicologia, 2004.

280f.; 30 cm

Tese (doutorado) - Pontifícia Universidade Católica, Departamento de Psicologia.

Inclui referências bibliográficas.

1. Psicologia – Teses. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Os técnicos e auxiliares de enfermagem. 4. Trabalho. 5. Formação profissional. I. Arantes, Ester Maria Magalhães. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia. III. Título

CDD:150

Para Guilherme, Pedro e Joana com todo o meu amor.

Para Betinho pelo compartilhamento de caminhos.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Doutora Ester Arantes pelo acolhimento às minhas idéias e ao meu tempo, sem pressões.

A Mara Faget que acompanhou a gestação deste trabalho e os meus momentos de desespero durante este trajeto.

Às amigas Cessa, Sonia Leite e Inês Anachoreta que além de amigas foram interlocução preciosa ao longo do percurso desta tese.

Aos meus familiares pela compreensão das minhas ausências.

Aos técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica da Instituição A pelo que me ensinaram e me emocionaram ao longo deste percurso.

A Edy Arnaud que me incentivou na sustentação deste tema quando por vezes eu titubeava.

Ao Prof. Dr. João Ferreira Silva Filho e Dra. Silvia Jardim pela apresentação deste campo.

A Mariza Silvera e Simone Pederçane pela paciência e disponibilidade na revisão e formatação desta tese.

A Ana Beatriz Bernart que iniciou comigo essa aventura.

Aos alunos de pesquisa Thiago Ricardo de Mattos, Mariana de Castro S. Santos e Ana Carla B. Armaroli pela ajuda na digitação dos dados do campo.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, participaram e/ou me motivaram a retornar ao campo de estudo sobre trabalho.

## **RESUMO**

### **REFORMA PSIQUIÁTRICA: NOVAS CATOGRAFIAS DE TRABALHO PARA OS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA?**

Esta tese analisa os efeitos da Reforma Psiquiátrica nas práticas cotidianas de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem, partindo da consideração do Trabalho como espaço possível de produção de sentidos e da Reforma, que postula uma construção permanente de saber, no exercício da prática, ao mesmo tempo em que a direciona, introduzindo, nesta práxis, uma dialética. Este estudo quer contribuir à criação de grupos de escuta sobre o trabalho desta categoria, objetivando reconhecimento e resgate de sua fala, possibilitando trocas, defrontamentos com o mal-estar do trabalho, engendrando possibilidades de subjetivação. Referindo-se à formação da enfermagem e aos impasses decorrentes da realidade desta profissão, esta tese visualiza a necessidade de mudanças neste campo teórico-técnico, importando aí a constatação de que os técnicos e auxiliares não possuem espaço para o seu saber, construído na prática (e só assim pode ser), e que esta categoria se constitui como invisível, na maioria das discussões, sobre a Reforma, quando é fundamental ao seu acontecer.

**PALAVRAS-CHAVE: REFORMA PSIQUIÁTRICA - TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM – TRABALHO – FORMAÇÃO PROFISSIONAL.**

## **ABSTRACT**

### **PSYCHIATRIC REFORM: NEW WORK CARTOGRAPHIES FOR PSYCHIATRIC TECHNICIANS AND NURSING AUXILIARIES?**

This thesis analyzes the effects of a psychiatric reform on everyday practices of the technicians and nursing auxiliaries work, coming from consideration of work as a possible space of feelings production and the reform, which means a permanent construction of knowing, by practicing, at the same time it leads, inserting ,in this praxis, a dialectics. This study helps to create listening groups about the work of this category, achieving recognition and rescue of its speaking, making exchanges, facing a feeling of discomfort at work, creating possibilities of subjectivation. Referring to the nursing formation and the impasses of the profession, this thesis visualizes the necessity of changes in this theoretical-technical field, proving that the technicians and the auxiliaries do not have any space for their knowing, built in practice (and it can only be this way),and that this category is considered invisible, in most of discussions, about the reform, being fundamental when it happens.

**KEY WORDS: PSYCHIATRIC REFORM - TECHNICIANS AND NURSING AUXILIARIES - WORK - PROFESSIONAL FORMATION**

## LISTA DE SIGLAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem	LABOR – Laboratório de Estudos sobre o Trabalho e Orientação Profissional
ABEn-ES – Associação Brasileira de Enfermagem do Espírito Santo.	MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
ABI – Associação Brasileira de Imprensa	MS – Ministério da Saúde
ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria	MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
AFB – Associação Franco Basaglia	NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
AIS – Ações Integradas de Saúde	OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial	OCT – Organização Científica do Trabalho
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde	OMS – Organização Mundial de Saúde
CID – Classificação Internacional de Doenças	OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
CISM – Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental	PPA – Plano de Pronto Ação
CJM – Colônia Juliano Moreira	PS – Previdência Social
CLT – Consolidação de Leis Trabalhistas	PT/MG – Partido dos Trabalhadores do Estado de Minas Gerais
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Pública	REME – Movimento de Renovação Médica
CPPII – Centro Psiquiátrico Pedro II	SOSINTRA (RJ) – Associação de Problematizados Mentais e seus Familiares do Rio de Janeiro
CTI – Centro de Terapia Intensiva	SASAT – Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental	SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
DMP – Distúrbios Psicorgânicos Menores	SUS – Sistema Único de Saúde
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública	UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
FBH – Federação Brasileira de Hospitais	UFES – Universidade Federal do Espírito Santo
FEUERJ – Faculdade de Enfermagem da UERJ	UFF – Universidade Federal Fluminense
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz	UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes	UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
INFORUM – I Encontro do Fórum Internacional de Saúde Mental e Ciências Sociais	UIPHGS – Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospitais Gerais
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social	UNICAMP – Universidade de Campinas
IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil	USP – Universidade de São Paulo



## SUMÁRIO

- 1- Introdução, 10
  
- 2- As dimensões do trabalho: discussões teóricas..., 31
  - 2.1- Um lugar para o trabalho, 31
  - 2.2- O trabalho como valor, 38
  - 2.3- Os cenários do trabalho na contemporaneidade, 41
    - 2.3.1- Os cenários, 42
    - 2.3.2- Os mundos do trabalho, 54
  
- 3- O movimento de Reforma Psiquiátrica, 68
  - 3.1- O lugar da loucura e o nascimento da Psiquiatria, 68
    - 3.3.1- O enclausuramento da loucura, 70
  - 3.2- A Psiquiatria no Brasil, 76
  - 3.3- As Reformas Psiquiátricas: francesa, italiana e brasileira, 85
    - 3.3.1- A reforma francesa: a psicoterapia institucional e a política de setor, 86
    - 3.3.2- A reforma psiquiátrica italiana: a psiquiatria democrática, 93
    - 3.3.3- A reforma psiquiátrica brasileira, 102
  
- 4- O trabalho da enfermagem, 119
  - 4.1- Desenhando o campo: o hospital como lugar de práxis, 119
  - 4.2- A “construção” da enfermagem: engendrando as marcas... , 133
  - 4.3- A Enfermagem Psiquiátrica no Brasil: recortes de uma prática, 169
    - 4.3.1- Um pouco de história, 169
    - 4.3.2- O hospital psiquiátrico como palco, 178
  - 4.4- Os técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica: atores coadjuvantes, 184
  
- 5- Os atores e a trama dos discursos: a fala do campo, a fala da formação, 196
  - 5.1- O trabalho na Psiquiatria, 200
  - 5.2- A nova Psiquiatria, 213
  - 5.3- O mal-estar no trabalho, 218
  - 5.4- Relação com o trabalho, 228
  - 5.5- Organização do trabalho, 230
  - 5.6- Acidentes de trabalho, 238
  - 5.7- Sexualidade, 243
  - 5.8- Enfermagem mista, 246
  - 5.9- Sobre o trabalho no grupo, 248
  
- 6- Considerações finais, 251
  
- Referências Bibliográficas, 269

# 1 - INTRODUÇÃO

*Há um fosso, um descompasso e, às vezes, até mesmo um descomprometimento das práticas geradas pelo saber de algumas das universidades, com a sensibilidade mais atenta às necessidades básicas e reivindicações dos usuários e cidadãos militantes. (Graça Fernandes).*

Este estudo objetivou investigar se as transformações propostas pela reforma psiquiátrica que, enquanto movimento, vem se efetuando no Brasil desde o final da década de 70, causam interferências nas práticas cotidianas de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem e, em caso afirmativo, de que maneira seus efeitos aparecem na práxis desta equipe de profissionais de saúde mental.

O modo como meu campo de interesse e questões sobre o trabalho se articularam, e remeteram-me à prática destes trabalhadores, demanda contextualização.

No que concerne ao trabalho, as experiências daí advindas sempre me interrogaram e me defrontam, permanentemente, com as não garantias e a ambivalência inerentes ao campo: trabalhar dá prazer e dói. Subjetivamente, o gosto que vem da profissão, os investimentos e apostas nos espaços onde exerço a minha *práxis*, muitas vezes, sustentam o desejo diante das dificuldades que as situações da vida, do trabalho e, paradoxalmente, do próprio desejo, criam, oferecem, desvelam. Nada está dado; há sempre uma demanda de trabalho, e isto é o que marca uma pessoa como trabalhadora, ou seja, institui que o entendimento do viver não está desvinculado do ato de trabalhar.<sup>1</sup>

Para além da perspectiva pessoal, soma-se o ideário neoliberalista dominante, que muda radicalmente o cenário do trabalho<sup>2</sup>, trazendo conseqüências no modo de operá-lo. As novas tecnologias, a informática, a globalização produzem exacerbamento da livre concorrência, rápido enxugamento de mercado, provocando redução de postos de emprego, desaparecimento e criação de especializações colocando para o trabalhador uma exigência de adaptação contínua a um estado permanente de mudanças.

Sennet (2000) nomeia o discurso atual, como discurso da flexibilidade, que questiona rotinas, formas de trabalho rígidas e burocráticas, promete saídas no sentido de dar mais liberdade ao trabalhador para formatar a vida, o trabalho. No entanto, o que se vive é uma mudança na temporalidade, traduzida em uma dimensão de urgência,

---

<sup>1</sup> Quando faço esta afirmação, falo de um lugar de pensar o trabalho como pulsão de vida, como possibilitador de construção de laço social, de subjetivação, dentro da perspectiva freudiana de que a saúde estaria na capacidade de amar e trabalhar, apontada em *O mal-estar na civilização* (1974 [1930]).

<sup>2</sup> Embora essa realidade me pareça um fenômeno mundial, refiro-me ao Brasil quando faço essas afirmações.

onde o tempo do trabalho é um tempo sem hora, que permeia todas as esferas da vida, o espaço doméstico, o lazer. Há um sentimento de trabalho contínuo, isto é, deixa-se de ter um tempo reservado para o ofício, não se pára de trabalhar ao chegar em casa, dando-se continuidade ao que se torna urgente, sempre, pois é a tecnologia quem dita as normas. A velocidade rege os trabalhadores e a própria vida...

As propostas de emprego temporário, trabalho por projetos subvertem as relações homem-trabalho, na medida em que prescindem de vínculos empregatícios, apontando o fim do emprego com carteira assinada. Este cenário afeta os mecanismos de circulação de valores, *mina* a disposição para conceber projetos que não têm mais espaço/tempo de constituição. Inviabiliza ainda a construção de vínculos identitários e afetivos, o estabelecimento de relações sociais de confiança e compromisso, estáveis e duradouros, que sempre foram resultantes de uma convivência cotidiana.<sup>3</sup>

A regra do mundo do trabalho hoje, principalmente nas áreas ligadas a tecnologias, é não se manter, por muito tempo, em um mesmo emprego, o que é visto como índice de acomodação ou falta de ousadia e, quem sabe, incompetência. As equipes se formam e se desfazem numa velocidade espantosa. Sennett (2000), avalia que situações dessa natureza, marcas da contemporaneidade<sup>4</sup>, colocam o sujeito numa certa deriva<sup>5</sup>, vivenciando sentimentos de desvinculação, de descartabilidade, de não pertinência a grupos.

Modificações nas leis de aposentadoria, no que diz respeito ao tempo, idade e limites de remuneração, atingem a grande maioria dos já inseridos no mercado formal. Ampliam o tempo de vida laboral, pela impossibilidade financeira da aposentadoria, agravando uma situação de pleno emprego escasso. Como consequência, a ampliação de uma população nomeada por Castel (2001: 23) como indivíduos sem “um lugar designado” na estrutura social, “à margem do trabalho”.

Tal realidade causa inquietações, produzindo empobrecimento na capacidade de criar, de sonhar. A vida se resume à administração do cotidiano, à luta para a manutenção do emprego, muitas vezes, a qualquer custo.

---

<sup>3</sup> Freud (1974 [1930]) apontou o valor do trabalho como um dos lenitivos para dar conta do mal estar do viver bem como a presença de um outro homem como companheiro de trabalho, ressaltando estes aspectos como propiciadores de laço social.

<sup>4</sup> Quando uso contemporaneidade, atualidade no texto, refiro-me ao tempo em que estamos vivendo. Prefiro essa nomeação à pós-modernidade, termo usado por alguns autores para referir-se ao tempo presente.

<sup>5</sup> Essas discussões também são encontradas em Schwartz (1996), Dejours (2001), Castel (2001)...

Dejours (2001:13), reitera tal conjuntura ao afirmar que a ameaça de ruína econômica que paira sobre alguns países da Europa, Américas do Norte e do Sul, produz um funcionamento de guerra colocando em questão “a sobrevivência da nação e a garantia de *liberdade*”, com implicações no mundo do trabalho. Todos aqueles que não respondem ao novo modelo são excluídos através de processos de demissão, seja porque já estão velhos e perderam a “agilidade”, seja porque, embora jovens, estão “mal preparados”, inaptos para enfrentar a “guerra” nomeados como “os vacilantes”. Do contingente “apto para o combate”, são exigidos “desempenhos sempre superiores em termos de produtividade, de disponibilidade, de disciplina e de abnegação”.

Esse *estado da arte* do trabalho no mundo contemporâneo produz afetamentos subjetivos por vezes devastadores, que talvez esteja a indicar uma posição de centralidade do trabalho na vida das pessoas. Ele pode funcionar tanto como elemento de ligação mais harmoniosa e criativa com a vida, com as pessoas, quanto como fonte de dor e adoecimento ou, ainda, de prazer e dor se entremeando, contínua e silenciosamente.

Falo de uma posição de pensar o trabalho como inserido/encravado nas vidas de cada um, com sentidos singulares, apontando possibilidades de criação, prazer, tanto quanto de dor e aniquilamento, possibilidades contingenciais, completamente imbricadas numa tessitura caleidoscópica e absolutamente imprevisível. Percebo o seu funcionamento como capaz de operar mudanças na própria estrutura de seus grupos - microcosmos da organização - que constituem e instituem, a cada instante, a cada ato de trabalho, a Instituição como um lugar privilegiado de produção de práticas subjetivantes<sup>6</sup>, portanto, como um lugar privilegiado de formação<sup>7</sup> profissional.

Tal posição produz ruptura com o *legado cartesiano*, que estabelece uma forma dicotomizada de pensar dentro - fora, subjetivo - objetivo, campo pessoal - campo profissional, Instituição – instituído, mundo interior - mundo exterior. Estabelece ainda uma relação dialética entre trabalho e laço social, que aponta na direção de uma práxis, comprometendo as Instituições e suas formas específicas de organização, as formações, as práticas de trabalho e os discursos aí engendrados, transmitidos e assumidos por seus

---

<sup>6</sup> Refiro-me aos efeitos/afetamentos a que, como sujeitos singulares, estamos permanentemente expostos pela condição de estarmos no mundo; o campo do trabalho tanto pode se constituir num lugar que permita/produza possibilidades de subjetivação quanto de alienação de si mesmo.

<sup>7</sup> A concepção de formação que perpassa essa tese não diz respeito somente à apreensão de informações teórico-técnicas, mas e, principalmente, às repercussões subjetivas, os afetamentos, os atravessamentos desse conhecimento na mente e no coração.

componentes, sejam eles professores, supervisores, chefes, que vão construindo/modelando os profissionais.

Esse olhar sobre o trabalho me conduziu à busca do entendimento de sua arquitetura, do modo de sua constituição, como lugar de identificação, de produção de valores diversos, de construção de metas, de compromisso com o futuro ou de adoecimentos... Desenvolvo tais questões no capítulo 2 desta tese onde teço um recorte da noção de trabalho, através de breve *reconstrução* histórica. Faço tal percurso subsidiada por autores como Foucault (1985a), Arendt (1995), Weber (2001[1947]).

Esse caminho objetivou resgatar os lugares que o trabalho foi ocupando ao longo do tempo, como tentativa de compreensão das suas significações para além das questões de sobrevivência, *desvelando* seus efeitos simbólicos e reais nas práticas cotidianas.

Na realização de tal intento, busca das significações do trabalho e suas conseqüências, recorri a autores como Freud (1915-1921-1925-1927-1930-1933-[1974]), Sennett (2000), Bourdieu (1979-1997-1998), Schwartz (1996), Dejours (1992-1994-2001), Roudinesco (2000), Aubert (1999), Castel (2001) dentre outros. Esses autores, embora falem de lugares teóricos diferentes, me possibilitam traçar uma descrição panorâmica dos modos e sentidos do trabalho hoje e de suas conseqüências, enquanto vínculo com possibilidades de criação ou de adoecimentos.

Os funcionamentos da contemporaneidade produzem rupturas nas relações tradicionais e no *saber* sobre o trabalho, impondo novas formas e modelos de lidar com a realidade, que exigem o engendramento de outras configurações subjetivas. Foi justamente essa dialética entre subjetividade e trabalho e as conseqüências daí advindas, que me levaram à Instituição A<sup>8</sup>, que mantinha, dentre suas várias atividades, um programa de pesquisa sobre trabalho e saúde mental.

Fazia parte deste programa de pesquisa da Instituição A prestar uma assistência ampla aos trabalhadores: desde acompanhamento/resolução de problemas relativos a licenças médicas, aposentadoria, perícia médica da previdência até oferta de tratamento psicanalítico àqueles que o necessitassem, constituindo-se um lugar privilegiado de pesquisa em clínica, trabalho e saúde mental. Os trabalhadores lá chegavam, através dos plantões, que se realizavam às segundas e quintas feiras, de 14:00 às 17:00 horas.<sup>9</sup>

Em um desses plantões, atendi a uma auxiliar de enfermagem que retornava de licença médica provocada por acidente de trabalho. Relatou a existência de outros

---

<sup>8</sup> Omiti o nome da Instituição que passa a ser nomeada como IA.

<sup>9</sup> Esta realidade corresponde aos anos de 1998/99.

acidentes entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, alguns com seqüelas graves. Trazia também uma demanda, sua e de seus companheiros, de um espaço de fala onde pudessem conversar sobre suas dúvidas e medos; sobre os conhecimentos que iam construindo em suas práticas cotidianas. Solicitavam um espaço de fala, quebrando o isolamento no qual eram colocados/se colocavam: queriam instituir um circuito de trocas, falar do trabalho e do seu trabalhar. Essa auxiliar de enfermagem narrou ainda ter vivenciado na Instituição A, em 1994/95, espaços de discussão sobre o trabalho, oficinas muito interessantes...

O estar na IA, nesse programa, os seminários de pesquisa, as leituras de Dejours (1992- 1994), me levavam a resgatar lembranças e hipóteses de 20 anos atrás, quando trabalhei como psicóloga, em uma empresa de construção civil. Tais experiências reacendiam-me interesses antigos aos quais se acrescentavam interrogações novas decorrentes de vivências presentes.

Movida, em princípio, pela demanda do programa de pesquisa em investigar os acidentes de trabalho ocorridos com os técnicos e auxiliares de enfermagem, entrei em contato com a diretora de enfermagem da IA, relatando-lhe o desejo de um espaço de fala, manifestado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, através da profissional atendida. Avaliamos a possibilidade de um trabalho com esta categoria profissional.<sup>10</sup>

Comecei a freqüentar semanalmente, durante seis (06) meses, o grupo de supervisão de enfermagem<sup>11</sup>, na qualidade de observador-participante. Tal ato visava uma aproximação do campo de práticas da enfermagem psiquiátrica, suas discussões acerca da reforma psiquiátrica e saúde mental no âmbito das instituições. Tais situações/discussões estavam distantes da minha *práxis* nessa época.

O acercamento da realidade de trabalho desta categoria profissional permitiu-me percebê-la através de uma outra ótica, para além do ritual de trabalho, fora da tarefa prescrita, regulamentada na objetividade e no distanciamento, que deviam seguir conforme o instituído durante a sua formação, mantidos como índice de uma boa

---

<sup>10</sup> Os técnicos e auxiliares de enfermagem são distinguidos pela diferença de escolaridade, implicando também em diferença salarial; o técnico tem o ensino médio completo e o auxiliar o ensino fundamental completo. Na prática exercem as mesmas funções. Uma resolução legal do COREN, de 2001, extinguiu a categoria dos auxiliares de enfermagem, dando um tempo para que estes completem a sua formação em cursos de complementação, ou ensino formal se for o caso.

<sup>11</sup> Em 1998 esse grupo era coordenado/supervisionado pela diretora da enfermagem e dois psicanalistas; os casos a serem apresentados eram previamente preparados pelos enfermeiros. Esse grupo não era exclusivo dos enfermeiros, embora eu, durante a minha participação nele, tivesse entendido essa exclusividade, pela referência: supervisão de enfermeiros e porque os auxiliares e técnicos de enfermagem nunca freqüentaram o grupo, no período em que dele participei.

enfermagem.<sup>12</sup>

Essa aproximação revelava profissionais que eram tocados emocionalmente, inquietavam-se, sentiam-se impotentes frente a pacientes que não melhoravam. Tinham dúvidas relativas ao tempo de internação, à cronificação da doença, questionando o atravessamento de problemas sociais, econômicos e familiares no tratamento dos pacientes. Percebi que o espaço de supervisão constituía-se, fundamentalmente, num espaço de encontro, troca, interrogação/reflexão sobre suas práticas de trabalho. Os componentes do grupo traziam questões que os incomodavam e que versavam sobre assuntos variados ligados ao seu cotidiano de trabalho.

Observei, ao longo das supervisões - penso que como efeito delas – que a escuta de alguns profissionais transformava-se: passavam a desenvolver uma atenção mais refinada e ampla, no sentido de outra percepção dos pacientes. Os casos trazidos não eram mais só aqueles que, por apresentarem sintomas espetaculares, chamavam a atenção; também aparecia aquele paciente mais quieto, que não incomodava e que, dada a quantidade de urgências do trabalho, poderia, facilmente, ficar esquecido. Agora este paciente *adquiria visibilidade*; o trabalho os interrogava.

Parecia-me que a confrontação com a subjetividade dos pacientes, com o seu sofrimento, fosse ele um psicótico ou histérico – este, muitas vezes, considerado um  *fingidor*<sup>13</sup> – produzia na enfermagem sofrimento e angústia.<sup>14</sup>

Os profissionais se davam conta de que não lidavam mais com garantias e certezas, de que não tinham mais uma *bandeja com*<sup>15</sup>, como aprenderam em seu curso de formação. Não se tratava mais de manipular, limpar, seguir a prescrição: mudavam sua posição subjetiva, implicando-se como sujeitos no seu fazer e, se isto trazia dor, também trazia sentido aos seus atos...

---

<sup>12</sup> Miranda (1996a), Dartington (1997), Palácios (1997), Lisboa (1998), Lima (1998) e Beck (2000) discutem as conseqüências da impessoalidade, da tarefa prescrita, do distanciamento nas práticas de trabalho da enfermagem.

<sup>13</sup> Esta alusão foi feita no grupo de supervisão: atribuíam ao histérico uma dor fingida e por isso não a valorizavam como dor. A percepção, o reconhecimento do sofrimento daquele tipo de paciente produzia um diferencial no seu cuidado.

<sup>14</sup> Para discutir o sofrimento na enfermagem e os destinos dados a ele, vide Menziers (1970) e Miranda (2000).

<sup>15</sup> Essa expressão refere-se à bandeja da enfermagem, que contém tudo aquilo de que se possa precisar em seus cuidados cotidianos; ela pode ser apreendida como *garantia* imaginária, traduzindo um desejo de não ser surpreendido, cf. Lisboa (1998).

A aproximação do campo de prática e das produções sobre o trabalho de enfermagem<sup>16</sup>, as conversas com enfermeiros me revelavam uma realidade que interroga: há um alto índice de absenteísmo, de licenças médicas e de aposentadorias especiais<sup>17</sup> entre esses trabalhadores. Tais dados, para além de evidências, se constituem como sintomas a falar da presença de um sofrimento que extravasa a medida e se revela no corpo, nas queixas de ordem física (coluna, hérnia, problemas ginecológicos), doenças psicossomáticas, depressão, perturbações do sono, abuso de drogas. O campo é marcado por uma fala que tem efeito de silêncio, na medida em que não conduz a estabelecimento de nexos causais entre adoecimento e formas de trabalho. Constata-se...

Nesse contexto, os acidentes de trabalho relatados assumiam uma outra dimensão. Parecia-me que tais acidentes apontavam para algo, além da lesão no real do corpo; endereçavam uma questão à Instituição, assinalando a evidência de que algo acontecia no e com o trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica.

A organização de trabalho desta categoria profissional faz com que ela permaneça uma maior duração contínua de tempo com o doente mental, o que aponta um protagonismo considerável, talvez decisivo no *como* da Reforma. Curiosamente, parece-me uma categoria profissional invisibilizada, ausente das discussões travadas neste campo.<sup>18</sup>

Essas percepções iam me permitindo recortar um campo de pesquisa, delineando, com maior nitidez, o caminho para estudar o trabalho e seus efeitos subjetivos, definindo como campo o da saúde mental e como população, a categoria dos técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica, atravessados pelo movimento de Reforma, cujas proposições aumentam a complexidade deste campo. Tais constatações me levaram a dois caminhos: pensar o movimento de reforma psiquiátrica, do qual me ocupo no capítulo 3, e a formação da enfermagem, no capítulo 4.

Meu objetivo não é discutir o movimento da Reforma ou a formação da enfermagem, em si, mas poder pensá-los, a partir de seus pressupostos, enquanto conseqüências nos atos de trabalho da categoria profissional em pauta. Qualquer

---

<sup>16</sup> Sob a nomeação campo da enfermagem estão incluídos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A produção sobre técnicos e auxiliares de enfermagem é muito escassa, sendo citados em algumas produções.

<sup>17</sup> Não encontrei registros desses dados; parece-me que decorrem de percepções da prática. Se assim for, isto também me interroga, visto que sustenta a invisibilização de situações que urgem constituírem-se como objetos de discussão.

<sup>18</sup> Esta afirmação diz respeito a IA.



proposta de trabalho tem que considerar seus operadores e o contexto de trabalho: não existe uma aprendizagem *mágica* ou uma vocação que dispense aprendizagens.

Considerando o hospital como *locus*, penso que o conceito de “patoplastia”,<sup>19</sup> apresentado por Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr. (1992: 23), se constitui também argumento consistente na justificativa da escolha do meu objeto de pesquisa, técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica. Os autores ressaltam que os fatores patoplásticos afetam tanto os pacientes quanto as pessoas que trabalham nas instituições. Penso que este reconhecimento aponta a importância de considerar/visibilizar não só os pacientes, mas também os trabalhadores da instituição<sup>20</sup>.

No capítulo 3, faço uma breve discussão sobre a loucura e o nascimento da psiquiatria para poder contextualizar o movimento de reforma psiquiátrica, apresentando pressupostos das reformas francesa, italiana e brasileira.

Foram privilegiados, nas duas primeiras, os pontos que importam na concepção da reforma brasileira. A discussão central foca o *espírito* da Reforma<sup>21</sup>, o seu ideário que implica atos que vêm antes de um saber prévio sobre esta prática, saber que é construído somente no *depois*. Teoricamente, isto não é de pouca monta em termos de mudanças quanto ao modo de operar os saberes e as práticas e das conseqüências que daí advêm. Convoca os profissionais de saúde mental e a própria sociedade a uma mudança de postura com relação à representação da *Loucura* e do *louco*.

A reforma francesa, que Desviat nomeou como “convergência de dois posicionamentos” (2002:30), é representada, por um lado, pela psicoterapia institucional, que considera a totalidade da instituição como carecendo de tratamento e propõe o hospital como espaço terapêutico de múltiplas possibilidades, ou no dizer de Gallio e Constantino (1993: 86) “de trocas entre interior/ exterior”.

O outro posicionamento se refere à psiquiatria de setor, que considera a especificidade do fato psiquiátrico, reconhecendo a necessidade de uma assistência pessoal e continuada ao doente mental, objetivando mantê-lo em seu meio social e familiar. Esta concepção, segundo Cavalcanti (1997:103), postula a criação de unidades

---

<sup>19</sup> O conceito de patoplastia foi introduzido na psiquiatria em 1923, por Birnbaum, fazendo distinção entre os fatores *patogênicos* e os *patológicos*.

<sup>20</sup> Este é um pressuposto da psicologia institucional, considerando que na instituição total, todos estão doentes, logo a instituição para ser terapêutica precisa se tratar ou ser tratada.

<sup>21</sup> Chamo de espírito da Reforma, aquilo que não está completamente *desvelado*. Dá a idéia de um processo permanente, sem cunho adaptativo ou modelador, que implica a singularidade e a diferença, referências que constituem o norte. Creio revolucionária a proposta de construção da prática, sem hierarquias, envolvendo os profissionais aí mergulhados. Traz embutida a idéia da transversalidade do conhecimento colocando em questão relações tradicionais de saber-poder neste espaço.

chamadas setores, com “uma equipe psiquiátrica plurivalente e várias instituições,[...]” abrangendo tanto o hospital psiquiátrico tradicional, como “ambulatórios, hospital-dia, hospital-noite, apartamentos terapêuticos, etc”.

A reforma italiana segundo Basaglia (1985), se divide em dois tempos: o primeiro tempo consiste na transformação do manicômio, tendo como efeito o reconhecimento da cidadania do doente mental; o segundo tempo tem como marco a tomada de consciência política que implica na construção cotidiana da prática, reconhecendo a impermanência da realidade. Esta posição envolve, como diz Basaglia (1985:128), a “elaboração conceitual de uma ação prática” ou, dito de outra forma, a sistematização teórica de um saber, que nasce da experiência, da ação e, ao mesmo tempo, a direciona, comprometendo todos os atores do campo e sustentando a idéia de processo. Tais pressupostos inauguram um outro paradigma em termos da assistência prestada ao doente mental, subvertendo um saber e uma prática que, tradicionalmente, tem guiado o trabalho neste campo da saúde.

A reforma brasileira vai se construindo segundo as demandas e peculiaridades regionais mantendo, no entanto, as diretrizes fundamentais dos movimentos italiano e francês, que preconizam/instituem práticas revolucionárias, sugerindo um trabalho permanente dos vários profissionais sobre o seu próprio trabalhar. Esta posição demanda um empenho psíquico contínuo: não basta mais ou não se restringe a mudanças no medicar, cuidar da higiene e da alimentação: determina presenças ativas, comprometidas, onde as tarefas guiadas pela normatização, distanciadas, tarefas maquinizadas, *sem sujeito*, não têm espaço...

As proposições da Reforma trazem, portanto, uma potencialização de exigência de trabalho, sem economia psíquica<sup>22</sup> possível. Penso que esta é a grande *novidade* e, ao mesmo tempo, a *grande dificuldade* do movimento de reforma psiquiátrica que, nesta acepção, está sempre *em processo* de construção, seja do saber, seja do cuidar, do paciente e, penso, da equipe.

Autores como Basaglia (1985), Vertzman, Cavalcanti e Serpa (1992), Saraceno (1996), Amarante (2000a-2000b-2002) Goldberg (1996a-1996b), Pitta (1990-1996), Serpa (1996), Desviat (2001) e outros, são revisitados, objetivando trazer aquilo que delinea o ideário da reforma brasileira, não com o propósito de analisar seus

---

<sup>22</sup> Quando uso esta expressão economia psíquica, posição econômica aqui e em outros momentos deste trabalho, refiro-me ao movimento de fugir, de não enfrentar, de se poupar, evitando qualquer coisa que possa produzir mal-estar ou sofrimento. Creio que este modo de agir não é fruto de uma lógica consciente; constitui-se como mecanismo de defesa para sustentar o trabalho.

fundamentos e/ou discuti-la, mas naquilo que se constitua cenário possibilitador para pensar suas *exigências* e de que modo afetam o dia a dia de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica.

O capítulo 4 é dedicado a discussões referentes ao trabalho da enfermagem. Considerando que qualquer formação pressupõe um determinado tipo de socialização e, conseqüentemente, um recorte de leitura de mundo, importa considerar as marcas que esta formação imprime nas suas práticas cotidianas.

Os relatos verbais de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem trazem questões referentes à validade do saber que constróem em suas práticas cotidianas. Eles não sentem este saber reconhecido e percebem o seu funcionamento numa deriva, de acordo com a modalidade do saber médico da equipe de plantão.<sup>23</sup> Isto significa que ora têm um funcionamento mais *organicista*, marcado pelos pressupostos fundantes da ciência moderna, tomando a medicação e a nosografia como referências básicas, com lugar de destaque na prática; ora funcionam de uma maneira nomeada como *dinâmica*, que se coloca mais preocupada em apreender os processos vividos pelo paciente, o seu sofrimento a sua singularidade, tendo a teoria psicanalítica como referencial da prática. Apresentam também dificuldades ligadas ao defrontamento com a sexualidade e a morte, temas-tabú, que costumam ser envolvidos por um silêncio absoluto.

Deparei-me ainda, no campo da saúde mental, com uma dimensão singularmente marcada pela polifonia e, conseqüentemente, pela polissemia: muitas vozes, muitos sentidos decorrentes dos muitos discursos e das variadas formações que tradicionalmente habitam ou vêm habitando esse território. Penso que este fato, produtor de riquezas, se constitui, ao mesmo tempo, num dificultador do processo de construção de um saber próprio, validado, num campo onde existem vozes e saberes secularmente legitimados como a voz do saber médico...

Estas muitas vozes demarcam claramente posições hierárquicas e, conseqüentemente, relações de poder; delimitam possibilidades de escuta, de trocas, de diálogo. É como se esses lugares, esses discursos tivessem que se manter/serem mantidos assim, sem possibilidade de paridade e de interlocução, como condição de existência e, ao mesmo tempo, como resistência...

A produção escrita sobre o trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem, em si, praticamente não existe; aparecem citados, como *personagens coadjuvantes*, em

---

<sup>23</sup> Ouvi esta referência no grupo de supervisão de enfermeiros da IA e, posteriormente em Miranda (1996a).

algumas teses de doutoramento, dissertações de mestrado, monografias, livros e artigos sobre o trabalho da enfermagem. Trabalhei com autores como Menziers (1970), Rocha (1994), Miranda (1994, 1996a, 1996b, 1997, 2000), Daher (1995), Ferreira (1995), Dartington (1997), Lisboa (1998), Lima (1998), Beck (2000),<sup>24</sup> onde encontrei subsídios pra pensar as práticas da enfermagem, buscando estabelecer nexos com a formação.

Este caminho foi a via de acesso que me possibilitou a compreensão e a análise dos discursos dos técnicos e auxiliares de enfermagem, naquilo que traziam de mal-estar, que revelavam de paradoxos, de marcas do ideário profissional nas suas concepções e práticas de trabalho.

No capítulo 5 faço a apresentação desses discursos, recolhidos do diário de campo onde foram registrados os encontros semanais com esta categoria profissional. Estes encontros aconteceram sistematicamente uma vez por semana, de abril de 1999 a dezembro de 2000, tendo como tema central “O trabalho na Instituição A”. Os componentes do grupo traziam questões sobre o trabalho, o ato de cuidar e sobre si mesmos, no sentido da posição que ocupavam frente às suas práticas.

Unindo em um mesmo capítulo, a fala do campo e sua análise, viso trazer maior clareza às discussões, tendo como eixos norteadores a formação e as práticas de trabalho da enfermagem, o papel e os modelos de trabalho na contemporaneidade e as propostas da reforma brasileira.

O último capítulo, como de praxe, é dedicado ao remate do trabalho, que a meu ver, não se pretende conclusivo, veiculando um saber sabido, pronto, fechado. Expressa minhas observações, reflexões, dúvidas, apostas e o meu desejo de que possam despertar inquietações, que reverberem e produzam outros movimentos, outras buscas.

Uma vez contextualizada a articulação entre os meus interesses e o campo de pesquisa, apontadas as discussões dos capítulos, resta situar o referencial teórico-metodológico da pesquisa.

O estudo das transformações das relações humanas no trabalho tem sido efetivado por diferentes perspectivas. Podemos identificar pelo menos três: pela ótica dos cientistas sociais, que examinam as formas de resistência à dominação na situação de trabalho e as práticas organizadas de enfrentamento ativo e coletivo, que vêm promovendo um modelo novo de relações sociais.

---

<sup>24</sup> Curiosamente uma produção de mulheres...

Uma outra vertente se debruça sobre o exame de transformações associadas a mudanças, simultaneamente, tecnológicas e organizacionais, a exemplo de instituições altamente informatizadas, que vão produzir novas formas de sociabilidade no trabalho.

A terceira perspectiva é encontrada no discurso psicanalítico, que procura trabalhar interrogando e analisando os vínculos sociais nos ambientes de trabalho e as produções de subjetividade.

O recorte do campo e da categoria de trabalhadores escolhidos para estudo, saúde mental e técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica no contexto de Reforma, está dentro desta terceira perspectiva.

O campo do trabalho, via de regra, não tem sido olhado por esse viés psicanalítico, até porque a própria constituição da Psicanálise e, conseqüentemente, de seus conceitos deu-se a partir da clínica individual e tem se mantido, tradicionalmente, nesse espaço. Qualquer incursão por outros territórios costuma ser criticada, como inadequada ou pouco rigorosa, usando-se de argumentos que se referem ao nascimento dos conceitos e seu uso em práticas individuais, em um determinado *setting*.

Paralelamente ao movimento de crítica, há pelo menos duas décadas, têm surgido com freqüência, discussões, práticas e produções que tematizam o uso da psicanálise, fora do âmbito dos consultórios particulares, em Instituições de Saúde que abarcam clínicas diversas.<sup>25</sup> Esse movimento extraconsultórios continua, ainda hoje, gerando polêmicas e uma diversidade de efeitos.

A minha proposta de ter a psicanálise como um chão teórico é primeiramente, uma imposição pela minha própria implicação com esta teoria que atravessa o meu olhar, a minha trajetória, marcando a minha posição subjetiva no mundo. Neste sentido, à guisa de justificação, tomo emprestada a afirmação de Robert K. Merton (citado por Alves, 1986: 139) “[...]A nossa linguagem conceptual tende a fixar as nossas percepções e, derivativamente, nosso pensamento e comportamento”, ou seja, enxergamos através da linguagem...

Com relação aos conceitos, Freud (1974[1921-1930]) aponta a necessidade de cautela quanto ao seu uso, quando retirados do seu contexto de origem e desenvolvimento, embora não veja como absurda ou fadada ao fracasso a tentativa de deslocar a psicanálise, usando-a como instrumento de leitura de outras situações sociais. Considero que em textos nomeados como fazendo parte de sua *obra social*, aponta a

---

<sup>25</sup> Vide Figueiredo (1996), Tenório (2001), Leite (2003) dentre outros.

possibilidade de uso da teoria psicanalítica para pensar, como um analisador, o mal-estar presentificado na cultura sob múltiplas facetas.

É a partir deste ponto de vista que se inscreve o meu segundo motivo para ter a psicanálise como guia, como base, desta pesquisa: a sua própria riqueza teórica que propicia um fantástico instrumental de leitura da contemporaneidade, diferente de dizer que a psicanálise tem solução ou resposta para os fenômenos aí inscritos.<sup>26</sup>

Major (2003: 12), reforça este ponto de vista quando defende uma maior participação da psicanálise e dos psicanalistas na “reflexão mais aguda” das questões que permeiam a contemporaneidade, afirmando que Freud além de descobrir as “leis do funcionamento psíquico inconsciente,[...]soube articular o inconsciente como uma produção do social e do político”.

Concordo com a afirmação de Tenório (1999: 9) de que a psicanálise oferece um dispositivo privilegiado quando definida “por um modo particular de interrogar o sujeito[...]”. Suponho que esse dispositivo possa ser utilizado, do ponto de vista da ética da psicanálise, em contextos mais amplos que a clínica tradicional. A ética de que falo, sustentada pela psicanálise é a que advém da castração, ou seja, da ausência do objeto - *das Ding* – tal como Freud o apresenta, que se traduz em um movimento permanente, insistente de busca do objeto perdido, busca que segundo Kaufmann (1996: 451) é “destinada a um fracasso contínuo, sem que nem por isso diminua a perseverança na tentativa”.

A trajetória humana se faz na busca desse objeto que é sempre outro, novo. Essa ética sustentada na falta do objeto aponta a ineficácia da criação de ideais normatizantes, que funcionem como *tamponadores*. Neste espaço de falta abrem-se possibilidades, falas transformadoras, criadoras de novos objetos e de novos sentidos.

O uso desse dispositivo pode produzir efeitos surpreendentes, não definíveis antes. No entanto, acho prudente relembrar as recomendações freudianas, contidas na metáfora do jogo de xadrez, quando afirma que “somente as aberturas e os finais de jogos admitem uma apresentação sistemática e exaustiva e que a infinita variedade de jogadas, que se desenvolvem após a abertura desafia qualquer descrição desse tipo” (1974[1913]: 164). Embora Freud esteja referido ao processo psicanalítico *stricto sensu* nessa recomendação, penso que ela pode ser ampliada a qualquer trabalho que se disponha a ter a Psicanálise como guia.

---

<sup>26</sup> Qualquer saber que se possa construir, neste campo, diz respeito àquela experiência singular, marcada pelo tempo e lugar específicos, pouco passível de generalizações.

Cabe ainda considerar a observação de Rocha (citado por Tenório 2001: 87), sobre outras conseqüências apontadas por essa metáfora, assinalando a cada um de nós o comprometimento, a direção e a responsabilidade que as escolhas implicam: “no jogo de xadrez, uma vez que os primeiros lances sejam feitos, deixam, em aberto, inúmeras possibilidades para os lances futuros, mas eliminam muitas outras, que são doravante impossíveis pela forma como as peças foram movimentadas de início”.

Alguns conceitos e noções, advindos da psicanálise, como inconsciente, identificação, ideal de eu, mecanismos de defesa e outros me auxiliaram, no *deciframento* das falas dos pesquisados, na compreensão das dinâmicas desenvolvidas nas suas relações de trabalho, ou nos adocimentos aí visibilizados.

Do ponto de vista da contextualização da subjetividade no mundo contemporâneo, Coutinho (1985) discute a construção desta noção, formulada a partir de múltiplos critérios, que ora se articulam entre si, ora se excluem, de diferentes áreas de conhecimento e relativas a diversos contextos, tempos e temas.

Apresenta três concepções de subjetividade<sup>27</sup>, pertinentes à contemporaneidade, as quais nomeia de naturalista, mista e construtivista. Estas articulam pressupostos apriorísticos (de cunho naturalista), construtivistas (apreendidos da experiência social) ou ainda como decorrência exclusiva da vida social, (referentes apenas aos últimos 50 anos).

A autora aponta a imprecisão conceitual das teorias da subjetividade como tendo papel importante na sua difusão, na medida em que “reflete um contínuo entre linguagem teórica e linguagem cotidiana”. Tal *modus* de apresentação facilita o seu processo de incorporação, permitindo aos conceitos realizar “uma diversidade de funções lingüísticas” (1985:90), incorporando/apropriando-se, ainda que de maneira não explícita, tanto de conteúdos descritivos e valorativos, quanto de naturalistas.

Aponta ainda, que uma visão construtivista da subjetividade denuncia a “arbitrariedade de pressupostos naturalistas que definam a verdade do sujeito” (1985:91); por outro lado, a visão construtivista assinala a possibilidade de “construir totalmente o desejo do sujeito” fato que, segundo a autora, tornaria a área psicológica “a mais basicamente vinculada à política na sociedade contemporânea”, (1985:92).

---

<sup>27</sup> Coutinho (1985) discute as implicações e impasses destas concepções de subjetividade, que aparecem em discussões da contemporaneidade e têm reflexos na compreensão e, conseqüentemente, nas práticas cotidianas.

Bezerra (1993:130) descreve “o processo de construção histórica do indivíduo moderno”, pela via da subjetividade, através de uma cartografia de temas e autores que vão compondo um mosaico, abrangendo, principalmente, os séculos XVIII e XIX e as sociedades ocidentais modernas. Lembra aos campos de saber a delicadeza que envolve o pensar esse indivíduo moderno, no sentido não só de desnaturalizá-lo, mas de colocar a sua pluralidade. Para tanto há que se demarcar tempos, lugares, circunstâncias e as condições de surgimento, presentes e produzindo efeitos no seu processo de constituição.

Contextualiza o nascimento da Psicanálise, final do século XIX, marcado pela valorização das “experiências de si”, englobando aí as suas representações, as formas de circulação dos afetos e de sua expressão através da linguagem, as noções de autonomia, liberdade e singularidade, tão caras a esse indivíduo moderno em construção.

No entanto, a psicanálise, ao mesmo tempo em que é engendrada nesse e por esse contexto, introduz rupturas no saber psicológico da época, revelando, com a noção de inconsciente, a “natureza cindida, descentrada do psiquismo humano”. Recusa ainda a idéia de “essencialidade”, presente nas versões subjetivas que o homem constrói acerca de si mesmo, ao longo dos diversos contextos históricos, que são marcadas por outros modos de “organização da subjetividade individual”, (Bezerra, 1993:131).

Ainda por esta via de ruptura a psicanálise inscreve a construção do mundo e de si mesmo, efetuada pelo homem, num processo continuado de criação e interpretação das coisas, ao qual ele é inexoravelmente impelido por sua natureza pulsional. Reafirma que o sujeito da psicanálise é o sujeito do inconsciente<sup>28</sup>.

Para o autor, os modelos de subjetividade construídos ao longo do tempo, dentro de várias áreas de conhecimento, têm atribuído a organização das experiências subjetivas a mecanismos “de fora”<sup>29</sup> que vão constituir o que ele nomeia como “contexto histórico cultural” e que é vivenciado pelos homens como “sua natureza”, (1993:133).

Creio que as formas de pensar não são incólumes, do ponto de vista das conseqüências, seja na construção de saberes sobre o homem ou na operacionalização desses saberes nas práticas, pensamento que se amplia às *praxis* da categoria em estudo.

<sup>28</sup> Penso que nesta direção é que Freud (1974[1917- 1925]) afirma que a psicanálise produziu o 3º *golpe*, *psicológico* ao narcisismo da humanidade; o 1º foi o *cosmológico* desferido por Copérnico; o 2º foi o *biológico*, efetivado por Darwin.

<sup>29</sup> Bezerra (1993) nomeia, entre vários exemplos, três autores que constroem perspectivas que ele considera fundamentais como Foucault e o papel das práticas disciplinares, Ariès e a organização das cidades e Dumont e o papel da religião.



Estas várias formas de pensar os modos de construção da subjetividade vão estar aí presentes, produzindo efeitos tanto ao nível dos discursos quanto das práticas.

A psicanálise propõe um modo próprio de pensar, de agenciar as emoções, de falar sobre elas, que, ao longo do tempo, atravessa o “tecido social”, constituindo o que convencionalmente é nomeado como “cultura da psicanálise”<sup>30</sup> e marca a construção da subjetividade contemporânea. É desta perspectiva que Bezerra (1993:132) afirma que o discurso psicanalítico, ao mesmo tempo em que está presente na “construção histórica de uma subjetividade individuada”, constitui-se como “instrumento conceitual que permite pensar essa historicidade”. Aponta ainda como tarefa da psicanálise a articulação entre o material histórico-cultural e o psíquico, ou seja, considerar os “mecanismos através dos quais, em cada sujeito singular ocorre uma elaboração do material cultural e sua transformação em traço psíquico” (1993:133).

Partindo das referências anteriormente citadas, vou tecendo as fundamentações da pesquisa através de um desenho do campo da saúde mental, num sentido amplo, e, num sentido restrito, do *locus* onde este trabalho se dá, marcado pela polifonia e polissemia e de seus efeitos nos discursos e práticas.

O campo do trabalho em saúde mental é radicalmente afetado pelas propostas da Reforma. É marcado pela complexidade: sobre ele incidem vários saberes sendo, necessariamente, atravessado por temáticas que dizem respeito à ética, a valor e a poder.

É um campo singular (na sua especificidade) e, ao mesmo tempo, multidisciplinar (na variedade das formações/saberes que o habitam), dando-lhe uma dimensão polifônica e polissêmica que tanto pode se constituir ampliação de possibilidades, como se transformar em focos de resistências.

O ideário proposto pela Reforma exige mudanças não só quanto ao modo de construção do conhecimento sobre o doente mental, mas ao como operar esse conhecimento no dia a dia de trabalho, numa equipe multidisciplinar que se quer funcionando sob a égide da transversalidade. Esta condição questiona *verdades* e coloca *a nu* as práticas de poder-saber, instituídas neste espaço, que vão produzir efeitos, continuamente, sobre as práticas de trabalho aí exercidas. Penso que estamos experimentando esse momento em algumas Instituições.

Nessa direção busco pontos de interlocução possíveis entre os vários autores que referencio ao longo desta tese, de modo a poder recolher, trabalhar e fundamentar as

---

<sup>30</sup> Vide Figueira (1985) que traz artigos que discutem a difusão da psicanálise e as conseqüências daí advindas na psicologização de situações do cotidiano. A década de 80 foi rica em artigos desse teor.

questões/reflexões, percepções suscitadas pelo campo e suas contingências, tendo a teoria psicanalítica como o lastro e o instrumental para fazer esses alinhavos.

Considerando a centralidade do trabalho na vida das pessoas e as repercussões que ele produz, enquanto vínculo com a vida e/ou com o adoecimento, interessa-me estudar o trabalho desses profissionais na sua dimensão de ato, de práxis, de apreensão e na sua dimensão do fazer, do fazer aprendido, observando-se, a partir daí, a produção de sentidos, de sofrimento, de prazer, de elementos possibilitadores... Recolher nos seus discursos, o saber engendrado por eles, de modo a perceber *se* e *como* as situações pertinentes ao dia-a-dia do seu ofício validam o saber da prática clínica com o paciente, o modo de transmissão desse saber na equipe multidisciplinar e seus efeitos na práxis desta equipe de saúde mental.

Interessa-me pensar a concepção do saber como *em construção*, enquanto produtor de efeitos nos atos de trabalho desse e nesse grupo profissional, fazendo um recorte naquilo que se refere ao modelo assistencial: o que significa um cuidar não *uniformizado*? Como cuidar, tratar, respeitar o doente mental, de modo a ir, gradativamente, possibilitando-lhe a retomada de seus laços sociais? Que interrogações são produzidas nos profissionais que trabalham no campo de saúde mental, atravessado pelas proposições da Reforma, que não têm mais a medicação excessiva e a contenção como saídas corriqueiras?

O sofrimento do doente, sua dimensão humana se apresenta. O sintoma fala e essa fala tem endereçamentos. Como recolhê-la e o que fazer com ela? O *que fazer*, o *como* responder parece-me, implicam não em um saber *a priori*, mas naquilo que Faget (1996: 189) nomeia como “uma posição ética que não se reduz ao saber, mas comporta o ato”, ato este que vai produzir outros efeitos, talvez outros enigmas, e permitir que o sujeito se mova em outras direções.

Tais questões, na sua *exigência* de respostas, impõem mudanças no campo teórico-técnico<sup>31</sup> e, conseqüentemente - esta é a minha hipótese - operam/exigem mudanças na posição subjetiva dos profissionais da equipe de saúde mental, para efeitos deste estudo, técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica. Penso que essas mudanças são condição para a que o movimento de Reforma aconteça.

---

<sup>31</sup> Não me refiro a mudanças nas práticas assistenciais enquanto procedimentos apenas, mas principalmente na filosofia que sustenta essas práticas exigindo comprometimento e um posicionamento subjetivado, que passa completamente ao largo do que poderia ser chamado tarefa ou trabalho prescrito.

É nesta direção que minha análise circunscreve a organização do trabalho, prescrita e real, e as práticas de subjetividade engendradas, no laço social, pelos técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica da IA.

Reforçando a minha escolha de condução do trajeto desta tese, há um consenso entre alguns autores de metodologia científica<sup>32</sup> com relação à importância de considerar a subjetividade que permeia o campo de pesquisa, bem como reconhecer a neutralidade possível, visto que nossas escolhas já estão marcadas pelo modelo teórico que abraçamos, pelas concepções de homem e de mundo que temos.<sup>33</sup>

Qualquer pesquisa está sempre situada num campo definido por valores que implicam e determinam, como afirma Tenório (1999), tanto aquilo que nos interessa pesquisar, quanto o como pesquisar e o tipo de saber a construir. Na medida em que quero buscar o sentido dos atos de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem e a repercussão destes atos em suas vidas, em suas subjetividades, utilizo o método qualitativo, situando o delineamento de pesquisa mais próximo ao *design* proposto para a pesquisa participante. Tal escolha deve-se às possibilidades que ela permite de interação entre pesquisador e pesquisados, iluminando significados, que possivelmente seriam inacessíveis ao observador ocasional, *de fora*.

Essa proposta de pesquisa ainda produz um deslocamento de papéis/posicionamentos visto que os grupos não ficam em uma posição passiva, sofrendo intervenções dos pesquisadores (como costuma acontecer nas situações de pesquisa...) e estes, por sua vez, se colocam numa posição, nomeada por Thiollent (1986: 9), como de “escuta e elucidação dos vários aspectos da situação, sem imposição unilateral de suas concepções próprias”.

Parto do pressuposto de que as pessoas agem movidas por crenças, sentimentos e valores, que afetam o campo do trabalho; ao mesmo tempo em que as pessoas modificam este campo são por ele modificadas, num movimento de retroalimentação<sup>34</sup>. Seus comportamentos têm sentidos e significados que se desvelam e se articulam às situações de trabalho.

---

<sup>32</sup> Por exemplo, Hühne (1992), Minayo (1992-2000), Richardson (1999), Köche (1997), Alves-Mazzotti (1999).

<sup>33</sup> Sobre esta questão ver Chauí (1994), Alves (1986), Bourdieu (1997).

<sup>34</sup> Schwartz (1996) fala dessa criação e retrabalhamento dos valores no campo do trabalho; discuto essa questão no capítulo 2.

Na realização de tal propósito: apreender as significações, a partir do olhar dos pesquisados, optei pelo dispositivo<sup>35</sup> grupal como forma de abordagem da categoria de técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica. Esta opção, primeiramente se fundamentou nas minhas observações sobre o grupo de supervisão de enfermagem e seus efeitos, as trocas e reflexões aí acontecidas, aliado ao desejo dos auxiliares por um espaço de fala.

Esse grupo não se propunha a ser um grupo terapêutico, embora pudesse ter efeitos terapêuticos no seu transcorrer. Seu objetivo era constituir-se em um espaço de reflexão sobre o trabalho, o ato de cuidar e sobre si mesmos, no sentido da posição que ocupavam frente à sua prática<sup>36</sup>. Pensava ainda que o espaço de exercício de fala pudesse produzir outras formas de falar à Instituição que não fosse pela via dos acidentes de trabalho, das licenças médicas... Nomeei, posteriormente, esse grupo de *grupo de escuta sobre o trabalho*.<sup>37</sup>

A escolha do método e do dispositivo grupal também adveio da crença de que ninguém sabe/pode falar melhor do seu trabalho do que o próprio trabalhador. O acesso à demanda passa, necessariamente, pela sua palavra e, esperava que esta palavra, que permite a construção e a modificação das relações entre os interlocutores, pudesse dar visibilidade ao tipo de prática assistencial realizada, aos discursos que engendra, sua circulação e articulação em uma equipe multidisciplinar. Esperava que através da palavra pudessem ser visibilizadas as condições de trabalho, sofrimento, prazer...

Em função dos meus propósitos o estudo obedeceu ao planejamento que se segue:  
-A fase exploratória envolveu a minha entrada no campo, através da participação no grupo de supervisão de enfermagem. O conhecimento desse campo foi de extrema relevância no meu processo de escolha. Foi justamente o estar presente, durante seis meses, como observadora participante no grupo de supervisão de enfermeiros, que me produziu, além de inúmeras interrogações, um interesse apaixonado pelo campo, fatores determinantes para a minha decisão de nele permanecer.

Considero estes ingredientes fundamentais, compartilhando da visão de Lüdke & André (1986:9) de que o rigor, a habilidade técnica, necessários à pesquisa não excluem

---

<sup>35</sup> Usado no sentido forte do termo: “alguma coisa que serve para fazer com que algo funcione”, na visão proposta por Saidon (1991).

<sup>36</sup> Neste sentido, enquanto efeito, esta pesquisa poderia também estar situada próximo à pesquisa-ação; não a defini desta forma porque não obedeci a procedimentos que caracterizam este delineamento.

<sup>37</sup> Ver Maranhão (2001). Bezerra (1993) levanta uma discussão esclarecedora sobre funcionamento e finalidades de grupos, na medida em que devido a sua proliferação na atualidade, fica difícil avaliar a adequação, consistência, alcance e limites dos grupos.

uma “dose de paixão para temperar [e manter a têmpera!]”.

As leituras, discussões e reflexões foram me permitindo delinear com maior nitidez o problema de pesquisa, cuja enunciação abre esta tese. O tempo e a experiência como observação participante no grupo de enfermeiros permitiu-me maior clareza quanto ao *porquê* e ao *como* do grupo a ser iniciado na etapa seguinte.

Essa etapa consistiu na montagem do grupo e construção/recolhimento<sup>38</sup> dos dados. O trabalho de pesquisa com os auxiliares de enfermagem das enfermarias I e II foi desenvolvido através de encontros semanais, com duração de uma hora e trinta minutos, para falar sobre o trabalho na IA. Considerando-se o sistema de trabalho destes profissionais, plantões de 12/60 horas, formaram-se três grupos que se encontravam sistematicamente, todas as quinta feiras, mudando-se posteriormente para as sextas-feiras em que estavam de plantão; participavam do encontro a cada 21 dias.<sup>39</sup>

No primeiro encontro com cada um dos três grupos formados, discutimos<sup>40</sup> a proposta de trabalho, o caráter voluntário da participação no grupo, a inclusão de reuniões mensais dos pesquisadores com a chefia de enfermagem, para discutir as proposições dos técnicos e auxiliares referentes à Instituição.

O levantamento bibliográfico e a articulação teórico-técnica perpassaram todas as etapas da pesquisa, buscando um diálogo entre diferentes saberes. Este movimento está dentro da perspectiva que se propõe a discutir uma nova forma de se fazer ciência<sup>41</sup> que considera a imprevisibilidade como fazendo parte do campo. Esta posição cria a possibilidade de diálogo entre saberes que antes permaneciam encastelados, compartimentados, com fronteiras bem delimitadas e inexpugnáveis, segundo o modelo da Ciência Moderna.

No entanto, esse movimento de “extensão das fronteiras dos saberes” que, segundo Birman (1994:8) caracteriza a atualidade, “tem como contrapartida necessária o movimento de retorno e de reflexão sobre seus fundamentos”, de modo a não perder a especificidade de cada objeto, garantindo e legitimando esse movimento. Tal posição permite, como afirma Gatto (1997: 345) que possamos “ser pares no campo e, no entanto, plurais em nossas ações”, o que penso viabiliza e valida o trabalho

---

<sup>38</sup> Prefiro este termo ao invés de *coleta de dados*, que vejo referido a uma postura senhorial do pesquisador, no sentido da forma imposta ao acontecer da situação, não retratando o movimento do grupo.

<sup>39</sup> No capítulo 5, estão colocadas as demais informações sobre o funcionamento do grupo.

<sup>40</sup> O plural se refere ao fato de que Ana Beatriz Bernart trabalhou comigo na pesquisa durante o ano de 1999.

<sup>41</sup> Refiro-me mais especificamente   visão introduzida pela Ciência Contemporânea, p s einsteineana, citando como exemplo de representante desta posição Prigogine e Stengers (1991).

multidisciplinar. Este foi o espírito que norteou o diálogo entre os vários autores e perspectivas levantadas ao longo desta tese.

## 2. AS DIMENSÕES DO TRABALHO: discussões teóricas<sup>42</sup>

*O trabalho permanece como referência dominante não somente economicamente como também psicologicamente, culturalmente e simbolicamente, fato que se comprova pelas reações daqueles que não o têm (Robert Castel).*

### 2.1. UM LUGAR PARA O TRABALHO: costurando o tempo

Falar de trabalho é falar de um espaço crivado de conflitos, ao mesmo tempo absolutamente familiar, exercido enquanto prática ou colocado como projeto pela maioria das pessoas e pelos mais diversos motivos. Como o trabalho está tão presente nas nossas falas, no nosso cotidiano, tendemos a naturalizá-lo nos moldes em que ele se apresenta. Essa atitude acaba por produzir um silêncio *tamponador* em torno de situações vividas na contemporaneidade, que são assim reforçadas e mantidas, seja porque são consideradas *naturais*, logo, possibilidades viáveis e *corretas*, seja por medo, seja por acomodação<sup>43</sup>.

A história do trabalho revela os vários sentidos, as múltiplas articulações que foram sendo tecidas em torno da noção de trabalho, as suas diversas roupagens, as muitas formas de olhar, que vão desvelando as faces do caleidoscópio no qual ele se constituiu, marcado pelas especificidades culturais e pelos contextos sócio-político-econômicos, nos quais está inserido.

A breve contextualização histórica do trabalho, trazendo discursos de alguns autores clássicos e contemporâneos, tem aqui o propósito de reavivar a nossa memória<sup>44</sup> cuidando do processo de transmissão como um bem precioso, que testemunha, que compromete, e que talvez possibilite construir outros destinos, outras intervenções, novos olhares sobre o trabalhar. Ou como nos diz Castell (2001:23) “[...]o presente não é só o contemporâneo. É também um efeito de herança, e a memória de tal herança nos é necessária para compreender e agir hoje”.

---

<sup>42</sup> Esta é uma discussão que me apaixonou, suas questões me interrogam, me ocupam, razão porque talvez incorra em “pecado” de me estender além do necessário ao escopo desta tese.

<sup>43</sup> Vide Bourdieu (1979), Foucault (1985a), Albornoz (1986), Sennett (2000), Weber (2001[1947]), Dejours (2001).

<sup>44</sup> Não é propósito desta tese aprofundar o estudo sobre o trabalho; neste sentido, escolhi, dentre a vasta literatura sobre o assunto, alguns autores que me dariam subsídios para pensar o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem psiquiátrica.

Na sociedade ocidental, a primeira menção ao trabalho parece estar no Velho Testamento, quando Deus expulsa Adão e Eva do paraíso: “[...]com o suor do teu rosto comerás o pão”(Gênesis III, Vers. 19). O trabalho nasce marcado pelo signo da necessidade e da punição.

Etimologicamente, trabalho vem do latim *tripalium*, instrumento usado na agricultura para bater o trigo ou rasgar e esfiapar o linho; a outra acepção do termo latino é instrumento de tortura, mais comumente encontrada nos dicionários, apresentando, neste sentido, conotações de padecimento, cativo. Tanto no Gênesis quanto na etimologia da palavra, trabalho tem significado de punição, tortura, dor.

Do ponto de vista lingüístico, segundo Arendt (1995) e Albornoz (1986), em quase todas as línguas européias antigas e modernas existem duas palavras com etimologias diferentes para designar trabalho e, ainda hoje, conservadas, mesmo que sejam usadas como sinônimos: *poneim* e *ergazesthai* (grego); *laborare* e *facere* ou *fabricare* (latim); *travailler* e *ouvrer* (francês); *arbeit* e *werk* (alemão); *lavorare* e *operare* (italiano); *trabajar* e *obrar* (espanhol); *labour* e *work* (inglês). O primeiro grupo de palavras designa o trabalho com o corpo e o segundo, o trabalho do artífice. Em todas as línguas, somente os termos que se referem a labor têm conotação de dor e atribulação.

Em português, a palavra trabalho abarca ambas as significações: labor ou criação, indicando tanto o esforço no sentido da tarefa, da lida, quanto à possibilidade de realização, de reconhecimento, de deixar *marcas* no mundo.

O sentido que é dado ao trabalho ou o valor do qual ele é imbuído, é construído subjetivamente pelo indivíduo: subsistência, identificação com figuras ou papéis sociais, meio de realização, possibilidade de criação. Este valor ou sentido, apreendido através da fala do sujeito, é construído no laço social, nas relações familiares, escolares, grupos sociais, vizinhança. O trabalhador traz para o seu fazer todas as suas marcas, a sua história pessoal, que inclui desejos, motivações, necessidades, singularizando cada relação homem-trabalho.

Embora as formas, os modos de inserção e os destinos dados ao trabalhar sejam peculiares a cada sujeito, o significativo trabalho, sua duplicidade de acepções, antecede a pessoa e a marca. Isto nos fala do trabalho enquanto produção de sentido<sup>45</sup> para além dele próprio, ou do objeto produzido, que não se inicia, nem se restringe ao espaço do trabalho, embora o atravesse, operando vinculações com a vida: cria um mundo de outros possíveis.

---

<sup>45</sup> Esta discussão se encontra em Jardim (1997).



Hegel (citado por Albornoz, 1986:66) aponta esta dimensão criativa e transformadora do trabalho, até então, pouco visibilizada, que é a possibilidade de forjar o próprio homem, que “enquanto cria[...]se produz a si mesmo”.

Para Bourdieu (1979:22-3), o sentido dado ao trabalho, engendrado na cultura, vai interferir diretamente no modo de inserção do trabalhador e no direcionamento de sua vida. Em seus estudos sobre o povo camponês cabila, na Argélia, observou que eles obedeciam a uma outra lógica que não a do “cálculo econômico racional”: suas despesas tinham como referência a produção anterior. A relação com o futuro, em todos os domínios, passava necessariamente, pelas “experiências acumuladas que constituem a tradição”, logo as bases econômicas da sociedade cabila são mediadas pelo seu *ethos*. O cálculo, sempre presente em qualquer tipo de troca, está “a serviço do sentimento da equidade” (1979:35).

Na atividade econômica nunca é assumida, explicitamente, a finalidade de adquirir riquezas, estas implicam deveres e generosidade; a ajuda ao *irmão*, é um deles. A obtenção da riqueza passa pela *permissão divina*. O camponês trabalha a terra guiado pelo provérbio: “Dá à terra (o teu suor) ela dar-te-á[...]” (1979:42), apontando a relação de troca com a terra, que concede seus favores a quem lhe deu em troca sua fadiga.

O que está em jogo não é a finalidade econômica da atividade, mas a atividade em si, a sua função social; a oposição coloca-se entre ser preguiçoso e ser trabalhador. A ocupação é condição de pertinência ao grupo e o preguiçoso é marginalizado porque deixa de cumprir a função que lhe cabe. “O homem que se respeita deve estar sempre ocupado com alguma coisa” (1979:43), mesmo que seja uma tarefa sem repercussões sociais como entalhar a sua própria colher ou seu cajado.

Schwartz (1996) aponta a pouca clareza presente na definição do que é trabalho se o pensarmos nas suas diversas formas e sentidos, ao longo dos tempos; a própria datação da emergência do trabalho é motivo de conflitos entre os especialistas, ora situando seu surgimento na pré-história, com os instrumentais fabricados, em série, pelo *homo habilis* ou, como sugere Jacques Cauvin, no que nomeia como revolução neolítica. Para este autor a invenção do trabalho é decorrência do “efeito compensatório de um mal-estar existencial nunca experimentado” (*apud* Schwartz, 1996:149-150). Tal sentimento de angústia, que produz o investimento no trabalho, também é compartilhado por Dominique Meda que aponta “o grande medo” como responsável pela transformação do trabalho, no século XVIII, num “vetor privilegiado de reinvestimento de energias em direção às coisas desse mundo” (*in* Schwartz, 1996:150).

Adam Smith e Ricardo<sup>46</sup>, embora apresentem o trabalho do ponto de vista econômico, afirmam que é a necessidade que possibilita as trocas, o comércio, e circunscreve o campo da economia. O trabalho como atividade econômica “só aparece na história do mundo no dia em que os homens se acharam numerosos demais para nutrirem-se dos frutos espontâneos da terra[...]” o que se constitui em um imperativo: “a humanidade só trabalha sob a ameaça da morte” (Foucault, 1985a:271-2)

Na diversidade de discursos construídos sobre a noção de trabalho, vários autores<sup>47</sup> compartilham o ponto de vista de que o trabalho, até a Idade Média, era apenas uma medida de sobrevivência, sem nenhuma valoração específica.

Para Weber (2001[1947]), a construção do discurso, que enfatizava a nobreza e dignidade do trabalho, utilizou-se da formação religiosa dos trabalhadores, pregando a ocupação permanente do homem como um preventivo contra as tentações. Tal idéia é recolocada nos ditos populares, ainda hoje existentes, tais como *cabeça desocupada oficina do diabo; se você estiver cansado de um trabalho, mude de atividade*.

Neste contexto, o papel de centralidade de que goza o trabalho, hoje, foi construído por “um longo e árduo processo de educação” (Weber, 2001[1947]:32) e a formação religiosa dos trabalhadores facilitou a sua educação econômica.

Da Baixa Antigüidade até a Idade Média, o trabalho secular era visto como algo eticamente neutro, fazendo parte da lei natural. Entre os católicos, representados por São Tomás de Aquino, viver de forma agradável a Deus envolvia o “cumprimento das tarefas impostas ao indivíduo pela sua posição no mundo. Nisto é que estava a sua vocação” (Weber, 2001[1947]:44). O trabalho, embora imposto à espécie humana, não era, necessariamente, estendido a todos; o valor moral da contemplação era preservado, estabelecendo-se uma hierarquia valorativa entre as diferentes ocupações.

As modificações nas relações com o trabalho foram sustentadas pelo desenvolvimento de uma modalidade de conduta dos homens que, baseada em ideais ético-religiosos, transformava-se em normas de vida.

Sobre a riqueza construíram-se os seguintes princípios: ela, em si, constitui perigo, mas não se deve “permanecer ao abrigo das posses”, sob pena de castigo, se esta for a vontade de Deus. O gozo da riqueza é vetado, pois traz o risco de relaxamento e se faz acompanhar do ócio e da sensualidade. A insatisfação é uma marca estrutural

<sup>46</sup>Citados por Foucault (1985a), como economistas clássicos. Albornoz (1986), atribui a eles a responsabilidade pela visão do trabalho como fonte de valor; embora estivessem referidos a valor econômico, a autora acredita que essa idéia abriu perspectiva de discussão sobre a práxis humana.

<sup>47</sup> Vide Foucault (1985a) Arendt (1995), Weber, (2001[1947]).

“porque a vontade de Deus assim designou”. É a atividade que glorifica a Deus, logo o tempo perdido do trabalho é um tempo a menos de glorificação. A perda de tempo assume uma dimensão espiritual, constituindo o “primeiro e principal pecado” (Baxter, representante do puritanismo inglês oriundo do calvinismo, *in* Weber (2001[1947]:160, nota 8). Nesta mesma série econômica, são colocadas as conversas, o luxo, o sono, o esporte, o prazer estético, advindo das artes em geral. Tudo o que pudesse desviar de uma busca de santificação deveria ser vivido com absoluta parcimônia, apenas e na medida exata das necessidades vitais.

Estão presentes, nesta posição, ingredientes como sentimento de obrigação, frugalidade, autocontrole, capacidade de concentração mental, cálculo sobre possibilidades de vencimentos, que vão constituir “uma base das mais favoráveis para a concepção do trabalho como um fim em si mesmo, como uma vocação que é necessária ao capitalismo” (Weber (2001[1947]:33). Nesse contexto, é construída a idéia de dever profissional, que produz referências identitárias e se impõe como valor, como algo que o indivíduo deve sentir com relação a todas as atividades abarcadas por sua profissão.

Tais constatações reforçaram, entre os povos protestantes, a idéia de vocação com uma conotação religiosa onde “[...]o cumprimento das tarefas seculares sob quaisquer circunstâncias é o único caminho para satisfazer a Deus”, e “qualquer vocação lícita tem o mesmo valor perante os olhos de Deus” (Weber (2001[1947]:44) Embora operem o conceito de vocação de maneira diversa, o que vai produzir inserções, intensidades e relações diferentes *no* e *com* o trabalho, a idéia da Providência Divina, definindo posições e/ou vocações, está presente também no pensamento católico<sup>48</sup>.

Por outro lado, o espírito do capitalismo<sup>49</sup>, segundo Weber (2001[1947]:99), está na base da formação da atual “ordem econômica e técnica ligada à produção em série através das máquinas” que marcou, marca e determina o estilo de vida de todos os sujeitos “nascidos sob esse sistema”, submetidos à “crescente e inexorável força” dos bens materiais. A fórmula básica para obter sucesso como homem de negócios, no atual panorama econômico, consiste em livrar-se da tradição. A descartabilidade e a urgência, que descrevem nosso tempo, vão tecendo este desprendimento.

<sup>48</sup> Esta discussão será retomada no capítulo 4 desta tese, pois a conotação religiosa embutida na idéia de vocação, dando-lhe um caráter de determinação *a priori*, é importante, posto que, o nascimento da enfermagem profissional vem marcado por tinturas de cunho vocacional-missionário.

<sup>49</sup> Refere-se a ingredientes componentes do espírito do capitalismo como a mentalidade que busca o ganho sistemático e racional, guiando-se pelo utilitarismo e pela avarizia, que constituem “a técnica da empresa capitalista”, somados ao espírito do trabalho profissional como um fim em si mesmo, como se fora uma vocação, “que dá ao capitalismo sua energia expansiva”. O autor discute essa questão na p. 27 e *passim* e na nota de rodapé de n. 20 da p.112.

A perspectiva do trabalho, apresentada por Arendt (1995), divide as atividades exercidas pelo homem em labor, trabalho e ação. Labor refere-se a produções desqualificadas socialmente, que envolvem um trabalho com o corpo, destinado a dar conta das necessidades da vida, à sobrevivência do indivíduo e da espécie. Abrange atividades que não deixam marcas ou vestígios no mundo: o resultado de seu esforço é consumido rapidamente, apresentando pouca ou nenhuma possibilidade de constituir-se em um espaço de gratificação ou de criatividade. Por estar ligado diretamente à sobrevivência, o trabalho acaba também *adquirindo* o sentido de escravidão.

Na categoria trabalho inscreve-se toda a atividade que implica no trabalho de nossas mãos, envolvendo a produção de objetos e coisas destinadas ao uso, dotadas de durabilidade, mesmo que esta não seja permanente. Não se está mais ao nível do labor, do ponto de vista do uso do corpo e nem da sobrevivência imediata. O valor do trabalho está na criação de objetos, artefatos e usos, que deixam marcas, têm um caráter de utilidade, durabilidade e transcendência, possibilitando ao homem dar uma nova feição ao mundo e, por esta via, aponta espaços de construção de sentidos para o sujeito que o exerce.

A ação é uma atividade que se dá diretamente entre os homens, decorrente de sua pluralidade, envolvendo suas semelhanças e singularidades e permitindo o exercício da vida política. Ela necessita e ao mesmo tempo permite trocas. Implica nas atividades de criar, pensar, trabalhar com as idéias, imprimir sua marca, sua autoria, no realizado. A ação envolve palavras e atos; através dela, somos inseridos no mundo humano “e essa inserção é como um segundo nascimento, no qual confirmamos e assumimos o fato original e singular do nosso aparecimento físico original” (Arendt, 1995:189).

O discurso, que acompanha e marca a ação como ação do homem, revela a singularidade do sujeito na condição humana da pluralidade, permitindo-nos dizer quem somos, ao mesmo tempo em que aponta a dimensão da nossa imprevisibilidade. Ação e discurso necessitam do laço social para o seu acolhimento e significação, não são passíveis de acontecer isoladamente, precisando estar circundados pela “teia[...]de atos e palavras” de outros homens (1995:195).

Esta dimensão de ação no trabalho é apontada por Freud (1974[1930]:114), no sentido de que o que melhor caracteriza a civilização<sup>50</sup> é a “sua estima e seu incentivo em relação às mais elevadas atividades mentais do homem - suas realizações

---

<sup>50</sup> Prefiro usar o termo civilização que penso melhor retrata a trajetória humana.

intelectuais, científicas e artísticas e o papel fundamental que atribui às idéias na vida humana”.

Freud (1974[1927-1930]) fala do conceito de trabalho como pulsão: os homens não trabalham espontaneamente; a maior parte das pessoas trabalha movida pela necessidade resultante da quebra do princípio da constância, que as coloca no circuito da linguagem e das trocas, portanto, no laço social.

Aponta, no entanto, que através do trabalho, os homens podem melhorar a sua sorte na terra, criar relações de companheirismo ou de antagonismo e construir valores. O trabalho é visto como algo de estrutura, de construção da subjetividade. É neste sentido, assinala as três fontes de sofrimento inevitáveis para o homem: “o nosso corpo, condenado à decadência[...], o mundo externo, que pode se voltar contra nós com forças de destruição[...]e os nossos relacionamentos com outros homens”(1974[1930]:95).

Desta tensão, cria-se o imperativo do trabalho subjetivo através do deslocamento de quantidade de componentes libidinais (narcísicos, agressivos e eróticos), “para o trabalho profissional e para os relacionamentos humanos a ele vinculados” e, com isto, “empresta-lhe um valor que de maneira alguma está em segundo plano quanto ao de que goza como indispensável à preservação e justificação da existência em sociedade” (1974[1930]:99). O trabalho fornece *um lugar seguro* na comunidade humana.

Nesta perspectiva, o trabalho da sublimação, enquanto destino das pulsões e não supressão das mesmas, opera deslocamentos, tornando possíveis as atividades científicas, artísticas e ideológicas, que envolvem criação e têm um papel fundamental na vida humana como fonte de produção de prazer: “[...]Uma satisfação desse tipo, como a alegria do artista em criar, dar corpo à sua fantasia, do cientista em solucionar problemas ou descobrir verdades possui uma qualidade especial[...]” (1974[1930]:98). No entanto, esta satisfação produzida pelo trabalho, parcial por definição, é tênue se comparada à satisfação pulsional que, embora intensa, no momento seguinte, reencontra a falta que move o desejo e é a condição de nosso movimento.

Com Freud, a constituição do laço social tem um duplo fundamento: a *compulsão* pelo trabalho e o poder do amor. A construção da subjetividade é decorrência da conjunção e disjunção do amor (libido) e trabalho, permanente tensão que marca a vertente ética. A saúde estaria nesse movimento do desejo e do ato, não se constituindo em um *bem* que se adquire.

Podemos depreender da obra freudiana o conceito de trabalho como fundante da subjetividade, e de uma ética do desejo. Freud refere-se, o tempo todo, ao trabalho:

trabalho dos sonhos, trabalho da neurose, trabalho das pulsões. Fala-nos do estatuto do inconsciente como trabalho de produção de subjetividade, do trabalho enquanto práxis fazendo laços, do trabalho enquanto pulsão de vida.

Esta visão contrastada da relação homem-trabalho e de suas implicações está presente na maioria dos discursos dos estudiosos. O sujeito transforma-se no encontro com o trabalho, o que implica considerar a subjetividade neste campo, na medida em que ela aí comparece com efeitos simbólicos e reais.

## 2.2- O TRABALHO COMO VALOR

Na sociedade ocidental contemporânea a construção da posição de centralidade do trabalho transforma-o num campo de circulação de diferentes discursos e ideologias, a cada tempo, manifestando-se nos mais diversos campos de produção do homem. Estes discursos, engendrados nos vários períodos do pensamento ocidental moderno e contemporâneo<sup>51</sup>, carregam a ideologia vigente e têm o trabalho como valor<sup>52</sup>, não somente, um valor monetário como proposto por Adam Smith, mas como significante, marcando subjetivamente o ser trabalhador, “propiciando-lhe um nome próprio”, um espaço de identidade (Wheatley, 2001:1).

O trabalho quer seja tomado pela positividade ou pela negatividade, torna-se um bem, constituindo ideais. Na música popular brasileira, uma canção de Gonzaguinha mostra a dimensão dessa pluralidade discursiva, acerca do trabalho: trabalho como ideal de eu, fazendo laço social: "*O homem se humilha, se castram seu sonho; seu sonho é sua vida, e vida é trabalho. E sem o seu trabalho, um homem não tem honra, e sem a sua honra se morre, se mata*" (Gonzaguinha, 1983).

Estes ideais de que o trabalho se reveste, na contemporaneidade, continuam fabricando anestesiamentos e justificativas para toda e qualquer forma e condição de trabalho; trazem também, como consequência, manipulação e alienação do trabalhador.

---

<sup>51</sup> Moderno se refere ao pensamento construído entre o século XVII até início do século XX; contemporâneo refere-se ao pensamento do século XX / XXI, que tem o conhecimento como mercadoria de troca, razão por que o momento atual tem sido nomeado como sociedade do conhecimento.

<sup>52</sup> Foucault (1985), Arendt (1995), Oliveira (1997) e Jardim (1997) falam dos valores que o trabalho pode adquirir nos diversos contextos e épocas. Schwartz (1996) fala dos valores, mas também das consequências do não trabalho no processo de exclusão do sujeito do espaço de circulação de valores.

Negri (1998) atribui aos americanos a paternidade desta ideologia que coloca o trabalho como via de acesso, *passé*, daí a sua importância. Segundo ele, esta visão com relação ao trabalho dominou a Europa, no século XX. No entanto, aponta o cenário mundial e as mudanças do fim do século, como indicativos de novas relações homem-trabalho, onde este não é mais visto como índice de dignidade, mas como uma condenação.

Tal posicionamento, existente na Europa, questiona a especulação, o consumismo e o acúmulo de riquezas individuais, que produz a auto-exploração e a corrupção, considerando-o como um furto com relação ao resto da humanidade, que não compartilha dessa riqueza. A recusa do trabalho, nos moldes hoje instaurados, traz embutida a idéia de que se possa produzir com menos fadiga, de forma mais cooperativa, produzindo riqueza comum, constituindo-se um fator gerador de felicidade.

Para Schwartz (1996), abordar o trabalho unicamente pela ótica da mercadoria, onde o esforço humano é trocado por dinheiro, não aprofunda a discussão sobre o valor do trabalho. As mudanças que vêm ocorrendo neste campo, nos seus conteúdos, formas salariais, contratos, formações, estágios, atividades, condição de ser público ou privado, torna-o absolutamente instável e misturado, complicando o conceito usual de trabalho e produzindo muitas interrogações acerca do seu valor, dos seus sentidos, da possibilidade de construção de projetos.

Para o autor, se pensarmos o trabalho de uma forma “simples”, pela ótica de troca de tempo por salário ou como mercadoria, ele tem, em última análise, valor de sobrevivência ou produz alienação, “determinando” formas de relação. Se o trabalho é visto como uma “realidade complexa”, há que se considerar a sua diversidade de contextos, inserções, realidades e formas, bem como as conseqüências em termos de escolhas que são, em parte, singulares, arbitrárias, “às vezes, quase inconscientes[...]”, que Schwartz nomeia “usos dramáticos de si” (1996:151).

A concepção de realidade complexa coloca, na cena, a necessidade de articular as “circulações” e as “barreiras” entre os modos de trabalho como mercadoria, com os demais momentos da vida humana, ou seja, apresenta um outro tipo de discussão acerca do trabalho como valor. Temos um único corpo que experimenta e se desgasta em todas as situações da vida social (uso de si enquanto corpo); ao mesmo tempo, toda a situação de trabalho supõe engajamento, logo, não há possibilidade de pensar este corpo engajado de forma fragmentada como dois corpos, um para o trabalho e um para a vida. Estar numa situação de trabalho implica tomar decisões, arbitrar, criar critérios, que

envolvem um “corpo-si” e um coletivo, imersos num “universo de valores”. Assim, não há como pensar o valor trabalho separado dos outros valores; só pode ser considerado em um processo de circulação de valores, que se retrabalham, se deslocam, se transformam entre o pólo “trabalho-emprego” e os outros espaços da vida social ou cultural. (1996:152).

As pressões exercidas pelo mercado, as distribuições, as buscas de recursos acontecem paralelamente ao movimento das técnicas, das culturas organizacionais. Estar num posto de trabalho dá a todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente das condições de trabalho, boas ou ruins, uma chance “de serem contemporâneos das pulsações de seu presente” produzindo uma “apropriação obrigatória da modernidade”, o que favorece a multiplicação das “ocorrências de encontros e deliberações sobre os valores, conflitos de valores, de mandamentos para aceitar ou recusar as linhas de desenvolvimento humano” (1996:152).

Assim, valores como o bem comum são presentes, operantes, eficazes, nos espaços de trabalho, mesmo se pouco visibilizados nas atividades reguladas pelo dinheiro e alocação de recursos.

Schwartz (1996) questiona a expressão “centralidade do trabalho” como podendo ocultar as circulações, impedindo confrontações, mesmo que problemáticas, entre os valores de mercado e os outros valores. As situações de trabalho, no que permitem esses confrontos, acabam produzindo um trabalho mais humanizado, razão pela qual eles são fecundos e devam ser aumentados; os valores que não são de mercado devem ser garantidos e protegidos para continuarem operando nas atividades situadas fora do “pólo público”.<sup>53</sup>

Dentre as muitas questões propostas, o autor privilegia a que pergunta “qual é o trabalho dos valores que as sociedades humanas oferecem nas atividades sociais que propõem ou dispõem? Que riqueza, que amplitude permitem?” (1996:155). Esta questão fala de um compromisso que não poupa ninguém e que nos remete a pensar as nossas práticas e inserções. Neste quadro, o desemprego<sup>54</sup>, para além da sobrevivência,

---

<sup>53</sup> Embora esta discussão não seja central para o propósito deste trabalho, penso que vale a pena assinalar esta idéia proposta por Schwartz que considero bastante interessante e original, propondo uma estratégia de enfrentamento ousada, que não se transforma em *tamponador* das situações de trabalho e que, penso, pode produzir efeitos surpreendentes nesse espaço.

<sup>54</sup> O autor refere-se ao desemprego, na Europa, cujo aumento tem sido apontado por Dejours (2001) e Castel (2001). Acho que podemos ampliá-lo para além do continente europeu e, penso que esta realidade aplica-se ao Brasil.



enfraquece, empobrece o espaço de circulação de valores ou “a qualidade das convocações”, quando não exclui totalmente os sujeitos desse laço social.

### 2.3. OS CENÁRIOS DO TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE

A contemporaneidade, ao mesmo tempo em que aponta possibilidades inimagináveis, facilitadoras da vida, ao mesmo tempo porta mecanismos sutis, cruéis, de exclusão e sofrimento. Produz interrogações quanto às causas que levam pessoas que vivem em “[...]sociedades que cultuam valores democráticos e igualitários, a aceitar a injustiça, a adotar ou tolerar frente àqueles que não seus pares ou como eles, práticas de discriminação que os excluem?” (Jodelet,1999:54).

Esta questão, que denota ao mesmo tempo interrogação e perplexidade, está presente nos textos de muitos autores, em diversas áreas do conhecimento, travestida de muitos modos, mas mantendo em comum a posição de espanto, de desconforto frente a acontecimentos vividos no dia a dia. No entanto, quer seja pela repetição, ou pela aprendizagem de suportamento, estes acontecimentos desconfortáveis vão entrando na série da naturalização, legitimadas pela própria repetição, passam a ser vividos como inexorabilidade, como *destino*.

Freud (1974[1930]:277) nomeia esta atitude de intolerância ou imposição de maus tratos ao outro, que não seja seu par ou faça parte do seu grupo, como “narcisismo das pequenas diferenças”. Em vários trabalhos<sup>55</sup>, datados do início e meados do século XX, ele já apontava e interrogava-se diante de atitudes de violência, crueldade, injustiça, pouco condizentes com o desenvolvimento da civilização.

Quaisquer que sejam os fatores/motivos atribuídos para a justificativa/exercício de práticas cruéis, injustas, violentas ou excludentes, sutis ou impactantes, a sua existência convoca-nos a todos a uma reflexão e a um trabalho que necessariamente se dá no fio da navalha, tecido com delicadeza no dia a dia, no exercício cotidiano de compartilhamento do poder-saber, da escuta da diferença, da aposta e da ousadia na busca de outros caminhos...

---

<sup>55</sup> Vide, por exemplo, *Reflexões para os tempos de guerra e morte* (1915), *Psicologia de grupo e análise do eu* (1921), *O futuro de uma ilusão* (1927), *O mal-estar na civilização* (1930) e *Por que a guerra?* (1933).

### 2.3.1- Os cenários.

A contemporaneidade é caracterizada pela pulverização dos movimentos coletivos: não há circulação de informações sobre eles ou sobre sua efetividade, dando a impressão de uma quase inexistência. Esse silêncio instaurado em torno do que tange ao coletivo inviabiliza ou limita as possibilidades de articulações e, conseqüente ampliação de quaisquer movimentos.

Penso que as novas exigências do mundo do trabalho com relação a tempo, modos, inserções, têm um papel nesse estado de esvaziamento social. O tempo é cada vez mais distendido em termos do não limite de horas de trabalho e, paradoxalmente, mais reduzido, se considerado em relação à diversidade de tarefas exigidas, de demandas de qualificação permanente para desenvolver competências e atender ao perfil do profissional multifuncional requisitado pelas empresas. Como conseqüência, o afrouxamento dos laços sociais, a perda de referências, do sentimento de solidariedade, a aceleração do tempo, o aumento do individualismo, do sentimento de solidão. Há uma crise de significações.

Aubert (1999) responsabiliza o contexto de turbulência e insegurança, marcas do momento em que vivemos, pelo engendramento do que nomeia uma cultura da urgência<sup>56</sup>, caracterizada pela vivência instantânea do tempo, que se condensa no instante imediato do vivido e vai construindo e modelando nossa subjetividade. Produz uma diminuição do tempo de espera, uma aceleração dos ritmos e uma generalização da simultaneidade. A urgência é transformada em nova ideologia empresarial: exige funcionamento contínuo e, através de pequenos ensaios, vai construindo condutas antecipatórias permanentes, que invadem todos os setores da vida.

As palavras de ordem, na cultura da urgência, são progresso, velocidade e economia de tempo, associadas ao progresso tecnológico, que vai, rapidamente, produzindo/disseminando demandas e nos tornando grandes consumidores dessa e nessa velocidade.

O tempo, vivido como instantaneidade, exige respostas imediatas, compelindo o indivíduo a viver/fazer muitas coisas ao mesmo tempo, o que vai gerar uma pressão permanente, o jugo da *hiperatividade*, do stress constante que, paradoxalmente, sustenta

---

<sup>56</sup> Anotações do texto e discussões levantadas na disciplina: Temas em Instituições e Práticas Sociais: contribuições da Psicanálise e da Psicossociologia, ministrada por Tereza Cristina Carreteiro, PUC/ RJ, (2001-2)

e mantém este estado, tal qual um circuito de drogadição. A aceleração dos tempos e dos ritmos aponta a impossibilidade da vivência e elaboração de lutos e, talvez, até mesmo a consciência da perda, na medida em que tudo é descartável e substituível rapidamente. Esta ação permanente, supervalorizada, funciona como antídoto contra a dúvida, a incerteza e a ansiedade que, em não tendo espaço, retornam sob forma de sentimento de angústia difusa.

Freud (1974[1915]:277) fala do trabalho do luto como se fazendo lentamente, com uma exigência de tempo mais longo para efetivar-se; enquanto dura, absorve todas as energias do eu. Num primeiro momento, embora o sujeito reconheça a perda, não obedece imediatamente às ordens da realidade; vai realizando a evocação e, posteriormente, um desligamento da libido com relação a cada uma das lembranças e expectativas referidas ao objeto em questão, “prolongando psiquicamente, nesse meio tempo, a existência do objeto perdido”. Somente depois de concluído o trabalho do luto, o eu fica novamente “livre e desinibido” para viver outras experiências. Na cultura da urgência, as perdas devem, de pronto, ser recobertas. Não há tempo para que o trabalho do luto se faça...

Neste contexto, restaria, como destino, a melancolia? Freud a descreve caracterizada “por um desânimo profundamente penoso, a cessação do interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima[...]”, (1974[1915]:276), não há uma consciência do *que* foi perdido com esta perda e o ego fica pobre e esvaziado.

As ofertas, as convocações da contemporaneidade, exigem que as perdas sejam preenchidas por substituições das mais variadas, pessoas, coisas, situações, medicamentos. A imediaticidade destas substituições evita o defrontamento do sujeito com seus conflitos, com sua angústia, com sua divisão, o que impede o trabalho do luto, pelo ensimesmamento que este exige, pela dor que implica, pelo tempo que demanda...

Roudinesco (2000:17) afirma que a depressão, presente na subjetividade contemporânea, é uma “forma atenuada da antiga melancolia”, descrita como um misto de tristeza e apatia. Este novo homem da cultura da urgência, premido pelo tempo, que vive em um mundo que prega a emancipação, a igualdade e reivindica a singularidade, o “culto a si mesmo” e a “busca da identidade” cabe na descrição feita pela autora:

“polido e sem humor, esgotado pela evitação de suas paixões, envergonhado por não ser conforme ao ideal que lhe é proposto” (2000:21)<sup>57</sup>.

Na sua opinião, os psicotrópicos, a partir de 1950, têm um papel importante na fabricação deste novo homem, oferecendo uma camisa-de-força química, veiculando a promessa de que podemos nos livrar da infelicidade; no entanto, esta retorna atingindo o campo das relações sociais e afetivas, travestida nas diversas buscas compulsivas, nos diversos ícones, que caracterizam o nosso tempo.

Há todo um movimento na sociedade ocidental, nomeada como democrática moderna, de “banir de seu horizonte a realidade do infortúnio da morte e da violência [...]”, integrando “num sistema único as diferenças e as resistências” (2000:16), o que gera posturas de evitação do sofrimento e produz mudanças nos valores éticos. Estamos, tudo e todos, obedientes, assujeitados às regras da descartabilidade.

Há sempre algo novo, melhor e mais moderno, à disposição, exercendo seu fascínio sobre este homem objetivado, asséptico, despovoado de suas paixões, de sua história, de sua memória, produzido bem ao gosto desta cultura que valoriza a velocidade, o progresso, o novo, afastando tudo que contrarie e embarace este direcionamento. Esta cultura e este funcionamento perpassam a vida, penetrando todos os seus espaços, produzindo efeitos na subjetividade das pessoas.

No campo do trabalho, o movimento de intensa renovação dos quadros funcionais das empresas é uma resposta a essa demanda: os antigos, que representam a experiência, a história e a memória coletiva, são demitidos. Há neste processo, o que Dejours (2001: 66) nomeia como “apagamento dos vestígios”, que consiste em fazer com que documentos ou testemunhas comprometedoras desapareçam ou sejam caladas através de transferências, demissões ou marginalizações. Estas são estratégias usadas como meio de “sonegar informações sobre acidentes, omitir fracassos[...]apagar a lembrança de práticas do passado, que possam servir de referência à comparação crítica com a época atual”.

Este processo é consumado na contratação, como estagiários, de jovens universitários, encarregados de realizar o *trabalho sujo*, que envolve ameaças de demissão, exposição a situações de injustiça, gerenciamento do medo, fazendo uso da autoridade e do poder, principalmente em serviços terceirizados. Essas tarefas, exercidas sem nenhum questionamento ético, são legitimadas pelo discurso da

---

<sup>57</sup> Roudinesco assinala que esse novo homem está sendo visto e tratado pela perspectiva da medicalização e dos desenvolvimentos científicos que prometem respostas para todas as situações da vida.

racionalidade econômica, da produção e dos resultados, onde o que importa é o produto e não o processo; o trabalho real é negado por meio do silêncio.

O recrutamento desses jovens, através de critérios ideológicos camuflados, o apagamento dos vestígios, a falta de transmissão da memória coletiva, em função da demissão dos veteranos, constitui-se num dispositivo eficaz para privatizar a discussão dos métodos gerenciais, impedindo a sua circulação no espaço público.

Segundo Dejours (2001:96), estas práticas instituem mecanismos de silenciamento e anestesiamento na sociedade, num nível tal que, mesmo aqueles que viveram, na própria pele, experiências de “iniquidades cometidas em nome da racionalidade econômica”, vão afirmar que não sabiam, caso estas situações sejam desmascaradas.

Freud, (1974[1915]: 316), antevê esta situação que Dejours (2001) e Sennett (2000) descrevem, quando afirma que o relaxamento dos laços morais coletivos produz conseqüências na moralidade individual:

Quando a comunidade não levanta mais objeções, verifica-se também um fim à supressão das paixões más, e os homens perpetram atos de crueldade, fraude, traição e barbárie tão incompatíveis com seu nível de civilização, que qualquer um os julga impossíveis.

Lamentavelmente sua fala, datada e marcada pelos tempos que antecederam a 1ª Guerra Mundial, continua completamente atual, no tempo em que vivemos. Será que, enquanto civilização, pouco aprendemos com o passado? Talvez tenhamos construído mecanismos ineficazes no “controle das paixões más”, como apontava Freud, ou podemos ainda pensar que tratar-se-ia de algo da ordem da inexorabilidade, das escolhas feitas antes...

Ainda como manifestação e, ao mesmo tempo, conseqüência da cultura da urgência, Aubert (1999) aponta o trabalho aumentado na compressão/extensão do tempo<sup>58</sup>, o que faz não só com que tudo vire urgência e tenha a mesma valência, realizando-se o máximo de coisas num mínimo de tempo. A constrição do tempo verifica-se, por exemplo, nos casos em que existe diminuição da jornada de trabalho (nos espaços formais), embora se mantenha o mesmo ritmo da produção, como resposta às exigências da flexibilidade. Na realidade, a operação que aí se realiza é de extensão do tempo do trabalho, que entorna pelos demais espaços da vida, para além das horas contratuais.

---

<sup>58</sup> Grisci (1999) também discute o entrelaçamento tempo-trabalho e suas implicações na vida do trabalhador.

A flexibilidade permite trabalhar fora do espaço usual, mas a exigência de tempo na produção obriga a continuidade do trabalho até que o produto em questão esteja pronto: o trabalho pára quando acaba... Resistir a essa forma de funcionamento gera sentimentos de culpa e ansiedade, e um tempo depois, sentimento de incompetência, de estar fora do jogo<sup>59</sup>.

Dimenstein (2001) em uma pesquisa realizada no Brasil sobre a “síndrome do lazer” constata entre os executivos a presença de sentimento de culpa. Estes executivos, nomeados viciados em trabalho, não conseguem relaxar nas horas vagas, apresentando sintomas como dores musculares, enjôo, enxaqueca, gripes, quando da aproximação de férias, feriados prolongados ou finais de semana. Penso na relação de continuidade (ou de causalidade?...) entre a exigência de funcionamentos contínuos, impostos pela cultura da urgência e esse vício pelo trabalho, que cria os *workaholic*.

Como não há tempo para o enlutamento, que uma vez vivido, “liberta e desinibe” o eu, abrindo espaço para novas possibilidades, recorre-se a mecanismos substitutivos que engendram a série de buscas exageradas pela droga, religião, sexo, comida, corpo perfeito, tão presentes na sociedade atual, dentro do circuito das toxicomanias. O trabalho entraria nesta série, já não mais com os sentidos de construção de subjetividade, de espaços de trocas, mas como substitutivo da vida, trabalhar para não viver.

Para Roudinesco (2000:19), “a falta de uma perspectiva revolucionária”, gera este comportamento de buscas, visando a um ideal de felicidade que almeja banir toda sorte de desventura, toda a idéia de conflito e constrói o “deprimido deste fim de século”.

O apeço à normatização, “em detrimento das diferentes formas de exploração do inconsciente[...]”, faz com que as pessoas busquem, valorizem e se apropriem de argumentos presentes nos discursos do cientificismo e da objetividade das ciências cognitivas<sup>60</sup>, que de certo modo, acenam com promessas de encontrar não só a localização, mas o remédio para cada infortúnio, valorizando “o homem-máquina, em detrimento do homem desejante” (2000:18-15). Como contrapartida, há uma sedução *na*

<sup>59</sup> Este discurso de não poder estar fora do jogo traz argumentos semelhantes ao discurso feminista da década de 80, quanto à duração do tempo de licença maternidade e conseqüente afastamento do trabalho. Na perspectiva apontada por Schwartz (1996), o afastamento do mundo do trabalho priva o sujeito de participar do movimento de circulação de valores... Creio ser esta uma questão complexa, que deve ser tratada na sua especificidade, no um-a-um, com os encaminhamentos que se fizerem adequados.

<sup>60</sup> Penso que as ciências cognitivas, genéticas ou biológicas desenvolvem pesquisas fundamentais. O meu incômodo se situa justamente no uso desses saberes, que reduzem o homem a uma máquina funcionante e consertável através de manipulações desubjetivadas e desubjetivantes, subentendendo promessas de dar conta dos mal-estares do mundo.

e *pela* oferta de crenças de curas rápidas, de práticas alternativas, que proliferam numa diversidade sem par.

A autora aponta questões bastante interessantes para se pensar o tempo atual e seus atravessamentos paradoxais. As tentativas de supressão do sofrimento e suas manifestações, fugindo de confrontos com ideais, coisas, fatos, sinais, que falem de uma subjetivação. Há uma banalização dos conflitos sociais e o engendramento de modos de evitação, que funcionam como *tamponadores*. O discurso da normatização, pasteurizando as diferenças, impõe discursos pacifistas, humanitários, que ocultam o “ódio ao outro”, através da “máscara da dedicação à vítima” (2000:16), encobrendo as intolerâncias.

O discurso da ciência moderna, muito confortável pelas promessas que delinea, faz-se presente na contemporaneidade, fortalecido, principalmente, na última década do século passado. Neste contexto, a neurobiologia, afirmando a ligação entre distúrbios psíquicos e anomalias do funcionamento de células nervosas, acena para um porto objetivante e localizacionista, onde o incômodo da loucura poderia, quem sabe, ser calado com potentes medicamentos, extirpado, através de lobotomias com tecnologia de última geração, ou até mesmo evitado, através de controles eugênicos, procedimentos justificáveis em nome da Ciência<sup>61</sup>. Prometem mapeamentos genéticos, que possibilitariam, em última instância, controle e poder sobre a doença, o mal-estar e, quiçá, sobre a vida (?).

Não há como passar impune pela contemporaneidade; o que vivemos/percebemos é que a infelicidade, tão cuidadosa e perseverantemente negada, exorcizada, retorna “de maneira fulminante no campo das relações sociais e afetivas: [produzindo o uso de] recurso ao irracional, culto das pequenas diferenças, valorização do vazio, da estupidez”, evidenciando que “a violência da calmaria, às vezes é mais terrível do que a travessia das tempestades” (Roudinesco, 2000:17).

Acontecimentos recentes no cenário mundial, como o 11 de Setembro, a Guerra do Irã e seus desdobramentos, os jogos econômicos entre as grandes potências e as conseqüências advindas, nos seus diversos matizes, marcam a contemporaneidade, como sintomas reveladores, atestando a *violência da calmaria*.

---

<sup>61</sup> Um texto de Rubem Alves, do qual não tenho nenhuma localização de fonte, intitulado “Pesquisa: para que?” discute questões éticas envolvidas na construção do conhecimento, o compromisso do pesquisador com sua construção, a questão da neutralidade dos saberes e de suas conseqüências; *recoloca*, com muita pertinência, a questão ética dos usos, das responsabilidades e dos comprometimentos... Penso que os tempos atuais carecem de discussões desta natureza.

Bramante<sup>62</sup> pondera que o fato de o trabalho ser considerado como um valor fundamental na sociedade, mascara o caráter viciante e obsessivo do qual se reveste, na atualidade, transformando-o, automaticamente, em virtude. Este discurso camufla a ambigüidade que permeia o espaço do trabalho, qualquer que seja ele, desqualificando discussões sobre modelos de organização e seus efeitos em termos de sofrimento psíquico. Dificulta o estabelecimento dos nexos causais com determinados adoecimentos, principalmente, se estes adoecimentos não estão marcados, visibilizados no corpo.

Por outro lado, assumir individualmente, dificuldades, fraquezas, medos, frente às situações de trabalho é ir na contramão das exigências de firmeza e força do imaginário viril da contemporaneidade. Enfrentar toda e qualquer adversidade, sem fraquejar, é índice de coragem, condição que propicia prestígio e pertinência ao grupo, funcionando também como estratégia de ocultação das diversas realidades que constituem os mundos do trabalho.

Para Dejours (2001), o modelo de coragem da contemporaneidade, nomeado como coragem viril, é introjetado e passível de mobilização, a qualquer momento; precisa de platéia para ser validado e de ocasiões para ser demonstrado, no sentido do reforço, para não deixar espaço de dúvidas. Está presente não só nos comportamentos e condutas, mas na ordem do discurso, que se apóia no conhecimento, na demonstração e no raciocínio lógico, reverenciando os mecanismos racionais.

A virilidade tem um papel importante no que Dejours chama “trabalho do mal”, que generaliza, torna banais, condutas malévolas de violência, de injustiça, de sofrimento, impostas a outrem e que são *alquimicamente* colocadas ao lado do bem, quando “infligidas no contexto de uma *imposição de trabalho ou de uma missão, que lhe sublima a significação*” (2001:100). Desta maneira, as práticas viris, que marcam o “trabalho do mal” são legitimadas, através de discursos de obrigatoriedade, comprometimento e utilidade, sendo nomeadas como “trabalho bem feito”.

Uma outra dimensão da urgência, para Aubert (1999), manifesta-se sob forma de compressão do espaço, dos homens e das competências: hoje se produz maior quantidade de coisas, em um espaço cada vez mais compactado e com um menor número de pessoas. Há que se responder às exigências, emendando uma tarefa na outra e juntando várias tarefas diferentes, o que implica em entrar no lugar da polivalência, ou seja, do profissional multifuncional, que sabe ou se propõe saber tudo, que ocupa muitos

---

<sup>62</sup> Pesquisador do Departamento de Estudos do Lazer – UNICAMP (citado por Dimenstein, 2001).



lugares, que se sente compelido a responder sempre e que funciona bem ao gosto das propostas de formação da contemporaneidade: cada vez mais rápidas, amplas, objetivas e técnicas. O lugar da polivalência é, curiosamente, o lugar onde a competência não é considerada; é o lugar do não reconhecimento, do tapar buracos, logo, da invisibilidade, do risco, do negligenciamento e descuido da segurança.

Dejours (2001) encontra em seus estudos a presença do risco, produzido ou pelo estado de disponibilidade para o exercício de qualquer atividade, que vai, justamente, gerar a polivalência, ou como decorrência da ideologia da virilidade, que impõe o enfrentamento dos riscos como parte da construção do macho, recusando qualquer sinal de vacilação, de fraqueza, sob pena de ter a sua identidade sexual ameaçada ou para poder continuar trabalhando.

A relação entre flexibilidade e polivalência é também apontada por Castell (2001:516). Assinala que a flexibilidade não exige apenas um ajustamento mecânico a tarefas pontuais, mas um estado de disponibilidade “para adaptar-se às flutuações da demanda”, respondendo as suas exigências como condição de manter a empresa competitiva. Para fazer frente a essa situação, ou se lança mão de “subcontratações (flexibilidade externa)” ou se passa a “treinar seu pessoal para a flexibilidade e para a polivalência (flexibilidade interna)”.

O autor discorre sobre as seqüelas de ambas as posições: as subcontratações trazem uma situação de precarização das condições de trabalho e riscos de desemprego, enquanto que o treinamento interno, elimina àqueles que não “são capazes de chegar à altura dessas novas normas de excelência” (2001:519). O contexto de formação permanente gera uma realidade de seleção permanente, atingindo de modo diferente os profissionais segundo sua faixa etária e seu nível de formação. Nessa perspectiva, creio que os sentimentos de instabilidade e insegurança perpassam a categoria de trabalhadores; a variação de intensidade teria nas realidades singulares, um matizador: a forma de contratação seria um deles.

A multiplicidade e o teor de competências, que engendram a polivalência são claramente visibilizadas nos discursos de diretores de RH: “Procuramos pessoas que saibam caminhar sobre as águas” (curiosa alusão), ou “a empresa precisa de pessoas generalistas e versáteis que possam atuar em diversas posições” ou ainda, “os gestores têm de saber trabalhar num cenário de crise quase permanente[...]identificar as oportunidades e agir rapidamente” (Valente, 2001:13).

O alto nível de exigências, intenso e contraditório, tem todos os ingredientes para gerar o *workaholic* e, num tempo depois, as síndromes, quase como destino, que se cumpre no adoecimento desses executivos, submetidos a um estado permanente de *stress*. Este tipo de adoecimento, causado por *stress* no trabalho, nomeado *burnout*, é definido como um estado de exaustão emocional que só se manifesta no ambiente de trabalho<sup>63</sup>.

Segundo Potter (citado por Campos, 2000), esta é a síndrome que acomete os jovens executivos do Vale do Silício, na Califórnia. Decorre de um contexto, cada vez mais competitivo, com maiores exigências de desempenho, mais horas extras, mais trabalho nos fins de semana. O término de um projeto emenda-se com o início de outro e não há tempo de descanso. A síndrome é caracterizada por desmotivação, diminuição da memória, dificuldades de levar projetos adiante ou de resolver questões, dificuldade de tomar decisões, mudanças repentinas de humor, depressão, intensidade nos atos de beber, fumar, comer ou não comer nada, abuso de remédios até a paralisia, o estilhaçamento.

A ênfase na quantificação, no ganho de tempo e na conquista de mercados, é outra manifestação da cultura da urgência. Tudo deve ser visibilizado através de cifras, desde a intensidade dos fenômenos, observados pelos médicos do trabalho até as sugestões dos empregados. O trabalho de quantificação de intensidades, se interpretado comparativamente, descolado de contextos, especificidades e conseqüências, sustenta a competitividade, reforçando e/ou justificando a idéia do tempo do trabalho flexível (leia-se estendido). As leis trabalhistas, duramente conquistadas ao longo dos séculos, têm sido, uma a uma, recorrentemente desregulamentadas.

Castell (2001:570-1) assinala as lutas do sindicalismo do início do século XX no sentido da redução da jornada de trabalho, do pagamento do repouso semanal remunerado e, posteriormente, das férias remuneradas, como marcos simbólicos de “reconhecimento oficial da humanidade do trabalhador e da dignidade humana no trabalho” mudando “a vida e as razões do viver”.

O que me intriga, marca curiosa destes tempos, é o silêncio, absoluto, em torno dessas questões, referentes a perdas de benefícios, que outrora foram motivos de densos

---

<sup>63</sup> Há uma pesquisa sobre *burnout* entre os professores no Brasil, descrita no livro *Educação: carinho e trabalho*, de autoria de Codo, V. Petrópolis: Vozes, 1999. Meis, L.; Velloso, D.L.; Carmo, M. S.; Meis, C. publicaram recentemente um artigo sobre tal assunto: The growing competition in Brazilian sciences: rites of passage, stress and burnout. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, n. 36, ago 2003.

movimentos sociais. Por outro lado penso que esta paralisia de reações e falas está a refletir uma realidade desgarrada e solitária a que estamos todos, no um a um e coletivamente, submetidos, desvelando, a céu aberto, as precariedades. Tudo é gerido pelas demandas da produção, que determinam, em última análise, a vida e o tempo do homem.

O ressurgimento exuberante do movimento de quantificação, objetivo, neutro, visto em si, apartado do sujeito que o vive, que a ele reage ou a ele adere, não pressupõe sujeitos, mas máquinas de produção para cujo funcionamento basta traçar um perfil, montar um sistema de seleção, sustentado através de uma manutenção adequada.

Esta posição aparece, com clareza, na área de recrutamento e seleção que ocupa um lugar de destaque neste contexto, com manchetes como “Perfil psicológico agora é decisivo na contratação” (Menezes, 2000), que afirma o peso da avaliação psicológica nos processos seletivos de executivos, usando, como instrumentos, testes e avaliação grafológica. A matéria afiança a eficácia dos instrumentos, capazes de definir “realmente o melhor candidato”. Entre os requisitos exigidos, o domínio da mente tem papel de destaque, reafirmando o ideário da quantificação e visibilidade da eficácia; há falas como “[...]posso destrinchar com precisão pelo menos 476 características psicológicas a partir da caligrafia de um indivíduo” ou “o feedback mostra que os acertos chegam a 98%”. Há paralelamente um discurso que oferta/garante promessas de felicidade no trabalho através da orientação vocacional, “que pode poupar muitas dores de cabeça no futuro” (Cano, 2001).

Os movimentos de busca e ofertas de garantia veiculados nos discursos e práticas de vários profissionais e áreas de saber, na atualidade, aparecem na proporção direta da intensidade do estado de incertezas ao qual somos lançados cotidianamente, pela tecnologia, pela globalização, pela urgência... O espaço privado é invadido pelo aparato produtivo, oferecendo bens e serviços sedutores, impondo modos, hábitos, formas de pensar, agir e reagir, que vão produzindo perda da capacidade de estranhar, onde qualquer possibilidade inovadora acaba sendo apropriada, cooptada e transforma-se no mesmo, despotencializada.

Toda sorte de notícias, negociações, infortúnios, colocados são colocadas sobre a mesma valência, pelo formato, tom de voz e/ou pareamento e sobre as quais, não temos o mínimo controle, a menor possibilidade seletiva: adentram o espaço privado, afetam as nossas vidas. Produzem reflexos no campo do trabalho e do emprego; assim, vão sendo tecidos a banalização do cotidiano e o nosso anestesiamiento; vão sendo tramados

os jogos e, via de regra, estamos sempre fora de cena quando das grandes decisões, embora soframos diretamente suas conseqüências.

Todas as compressões e exigências com relação ao tempo, diminuído ou acelerado, comprimido ou estendido, para atender ao discurso da flexibilidade, à produção, que deve ser mantida na quantidade e padrão de qualidade (independentemente das conjunturas e contextos); da competência a ser buscada (ainda que não se tenha clareza de onde, nem do como buscá-la), da polivalência (que vai produzir um sujeito *multi*). Esta exigência de funcionamento contínuo gera como contra-efeito, o que Aubert (1999) nomeia de disfuncionamento, componente bastante freqüente nos cenários da cultura da urgência. Vive-se permanentemente o trabalho ou “fadiga-se”, como diria o camponês cabila<sup>64</sup>.

A fragmentação dos processos produtivos faz com que o trabalhador perca a dimensão e o alcance do seu produto e do seu trabalho; perde a noção de processo: o saber do trabalho é desqualificado pelo saber das reciclagens, que estão na ordem do dia. Produz-se um esvaziamento do processo de autoria, visto não haver tempo para a sua apropriação. O trabalho independe de quem o faça e se o faz bem; o que não pode acontecer é a interrupção dos fluxos, dos procedimentos; temperando-os com competição, urgência, exaustão chega-se ao produto final, a qualquer preço...

Finalmente, para Aubert (1999), trabalha-se, em última análise, para a supressão do seu próprio posto de trabalho, na medida em se faz o máximo de coisas com o mínimo de pessoas, criando defasagens entre o trabalho prescrito, suas demandas e o trabalho real. A supressão de postos também se dá como decorrência do desenvolvimento e expansão da tecnologia e advento da automação.

Paralelamente a este modelo de trabalho há um outro discurso, que propõe a libertação do fardo do trabalho<sup>65</sup>. Penso que este discurso sugere questões complexas e importantes, que devem ser lidas com cuidado.

A perspectiva apresentada por De Masi (2000), do ócio criativo, não como um tempo de preguiça, mas como um espaço de criação, muda de certa forma a relação com o trabalho. Mas, se pensada pela via da concepção grega, é preocupante do ponto de vista da divisão/valorização do trabalho, na medida em que, nesta concepção o trabalho tinha uma conotação de esforço físico, destinado aos escravos ou cidadãos de segunda

---

<sup>64</sup> Cf. Bourdieu (1979).

<sup>65</sup> Ver Negri (1998). Há vários autores que discutem a centralidade do trabalho, com diferentes visões s acerca desta posição.

categoria; as atividades chamadas ociosas se referiam a atividades que utilizavam a mente, como poesia, filosofia, estudos, o trato da política.

Na visão do autor a sociedade industrial exigiu do homem uma ação do corpo, “mas não lhe deixou liberdade para expressar-se com a mente.[...]A sociedade pós-industrial oferece uma nova liberdade: depois do corpo liberta a alma”(2000:18). Penso que essa leitura deva ser cotejada com outros autores que discutem os efeitos dessa sociedade tecnológica, do ponto de vista da precarização do emprego, pensando a massa de trabalhadores, para não correr o risco de virar mais um discurso apenas legitimador do avanço tecnológico, em si, em qualquer circunstância ou situação, apartado das condições ou sociedade na qual se inscreve.

Este discurso de “libertação do fardo do trabalho” é visto com estranheza por Alborno (1986:24)<sup>66</sup> que o analisa não só do ponto de vista do sustento da população de inativos ou próximos da inatividade, mas também do ponto de vista existencial, do sentido do trabalho na nossa sociedade.

Arendt (1995:12) assinala o fato de vivermos em uma “[...]sociedade de trabalhadores[...]que já não conhece aquelas outras atividades superiores e mais importantes em benefício das quais valeria a pena conquistar aquela liberdade[...]”. Esta perspectiva de “uma sociedade de trabalhadores sem trabalho,[...]sem a única atividade que lhes resta”, causa inquietação à autora e creio que a todos nós.

O espaço do trabalho torna-se hoje, mais que nunca, um espaço pleno de paradoxos, com vivências performáticas, atravessadas por duplicidades discursivas, que circundam todas as práticas: trabalho prescrito/trabalho real, trabalho seguro/trabalho perigoso, competência/polivalência. Entre os discursos, as práticas e o mal-estar decorrente, tem vencido o discurso da urgência: vive-se a angústia do ativismo, tomando-se a velocidade da produção tecnológica como paradigma para o nosso funcionamento, tal qual máquinas, orquestradas pela ideologia do progresso permanente.

A par disso, a cultura da urgência tem na própria divisão do sujeito um dos seus pilares de sustentação. Para Aubert (1999:97), há uma parte do sujeito, que adere, racional e afetivamente, à necessidade e ao interesse da ação permanente, “tanto quanto

---

<sup>66</sup> Ver também Bourdieu (1979), Arendt (1995), Sennett (2000), Dejours (2001), Castel (2001).

outra parte, que tem um sentimento de não dominar esta aceleração constante, que teme abandonar-se nesta vertigem mortífera”.<sup>67</sup>

Freud (1974[1930]), contrastando a neurose individual com o meio-ambiente considerado normal, afirma que no caso de um grupo afetado por um mesmo distúrbio, o pano de fundo teria que ser buscado em um outro lugar. Penso que Freud estaria se referindo à civilização como esse *outro lugar*, o que não quer dizer que as marcas singulares de cada sujeito saiam de cena e deixem de produzir seus efeitos. Por outro lado, o buscar em outro lugar, apontado no discurso freudiano, convoca-nos a um olhar mais amplo e inclusivo, não deixando a cultura fora da cena<sup>68</sup>.

É desta perspectiva que penso, a psicanálise como oferecendo instrumental interessante e completamente atual para uma leitura da contemporaneidade, tão rica de contradições e, creio, de possibilidades.

### 2.3.2- Os mundos do trabalho

As atividades produtivas na contemporaneidade têm na aceleração dos ritmos, na exigência paradoxal de competência, polivalência, competitividade e flexibilidade, um *chão* comum, a todas as práticas de trabalho.

No seu encontro com a máquina, o homem, como um ser que se condiciona às suas próprias criações, ajustou-se a ela, ao seu ritmo, substituindo o ritmo do seu próprio corpo pelo ritmo da máquina. Há uma tirania das máquinas e do produto final, que determina toda a organização do trabalho, da projeção das ferramentas e utensílios até a necessidade de especializações, tendo como critérios básicos a utilidade e a serventia, que *a priori*, direcionam e modelam a criação<sup>69</sup>.

As exigências de trabalho mudam constantemente, ao ritmo da tecnologia, requerendo do sujeito trabalhador um movimento de *requalificação* permanente, criando a cultura das especializações, que tem privilegiado uma formação técnica em curto prazo para responder à demanda do momento.

A informatização invade todos os setores da vida produtiva, fato que segundo Ribeiro da Silva (1997:11) libera o trabalhador qualificado das tarefas rotineiras, mas

<sup>67</sup> [...]tandis qu'une autre partie de lui aurait le sentiment de ne plus maîtriser cette accélération constante et redouterait de s'abandonner à un vertige mortifère...

<sup>68</sup> Alguns psicanalistas têm se interrogado quanto a distúrbios frequentes que acometem as pessoas (individualmente) como, por exemplo, a depressão, a anorexia, investigando-os em relação a inúmeras e complicadas questões que caracterizam a contemporaneidade.

<sup>69</sup> Ver Arendt (1995).

afeta brutalmente as profissões de serviços que são subvertidas do ponto de vista da relação e das práticas de trabalho. Produz reflexos nos modos de vida desses trabalhadores, retirando, substituindo ou modificando hábitos e ou instrumentos que se constituíram, ao longo da vida profissional, como “referências identitárias”.<sup>70</sup> Criam-se paradoxos através de um duplo discurso: ao mesmo tempo em que se valoriza socialmente o trabalho e o compromisso com o emprego, na prática, cria-se a impossibilidade de identificação com esse trabalho; seu sentido é perdido, vira tarefa.

Entre os jovens, há um sentimento de descartabilidade e a crença de que não há mais possibilidade, para eles, de um trabalho significativo, socialmente útil e que lhes dê oportunidade de auto-realização. Dubar (2001:2), em uma entrevista sobre as identidades profissionais e suas mudanças na contemporaneidade, fala sobre os afetamentos desta situação nos jovens que entram no mercado de trabalho hoje; estes possivelmente mudarão muitas vezes de trabalho, ao longo de sua vida produtiva, terão suas competências permanentemente avaliadas. As identidades profissionais não estão mais “dadas” ao término dos estudos, como outrora, não são “categorias adquiridas pra sempre”, mas “se constroem na e pelas interações ao longo da vida”.

Lehman (citada por Dimenstein, 2001) afirma que os jovens desenvolvem um vínculo negativo com o trabalho, a partir do contato com a população adulta, que o vivencia como massacre, sentindo-se subjugados por sua supervalorização social ou absoluta necessidade. Acabam vendo o trabalho apenas como fonte de sacrifício e não querem ser escravizados por ele.

Se pelo lado da organização do trabalho, a automação, a informatização e seus modelos de inserção produzem compressão e/ ou desaparecimento de postos de trabalho e conseqüências na relação do homem com o seu fazer, a atual conjuntura político-econômica acrescenta novos complicadores a esta situação. Nos tempos de neoliberalismo e de qualidade total, a crise de salário e de emprego é vista como crise do trabalho. O desemprego, segundo Athayde (1997: 76), é “estrutural e de massa”, significando redução de postos e demissão de um grande contingente de trabalhadores, que dificilmente voltará a ocupar postos formais de trabalho; somado a isso, há um outro grande contingente de pessoas que nem sequer entrará no mercado formal.

Nesta direção é que Castell (2001:528-530) manifesta a sua preocupação com o cenário do trabalho, apontando três pontos decorrentes das “novas exigências tecno-

---

<sup>70</sup> Ribeiro da Silva, M. G. et al (1997) descreve o modo como esse processo se deu na categoria dos bancários, absolutamente afetada pela tecnologia.

econômicas da evolução do capitalismo moderno”. São eles: a “desestabilização dos estáveis”, que se caracteriza por um movimento oscilante que abarca “parte da classe operária integrada e dos assalariados da pequena classe média”. O segundo ponto traz à baila “a instalação na precariedade”, que vai produzir “trajetórias erráticas feitas de alternância de emprego e desemprego”. O terceiro ponto, posto em evidência, diz respeito a “um déficit de lugares” de possível ocupabilidade, utilidade e reconhecimento na estrutura social. Abrange uma população diversificada, composta de trabalhadores em torno de cinquenta anos, “jovens à procura de um primeiro emprego[...] desempregados[...]”, exaustivamente requalificados, constituindo uma “população de inúteis para o mundo, que nele estão sem verdadeiramente lhe pertencer” e sem nenhum poder de barganha do ponto de vista político ou civil. Como consequência a precarização e a desfiliação.

Considerando a sociedade brasileira, com muitos níveis a mais de precariedade, formas cruéis de demissões, são noticiadas, nos jornais, segundo reportagem de Fontes (2001): funcionários descobrem que foram demitidos através de boatos, cartas, bloqueio de crachás na portaria ou em listas afixadas em paredes. Há empresas que, tentando amenizar a demissão, oferecem pacotes de benefícios, incluindo extensão da assistência médica, compensação financeira adicional, recolocação no mercado de trabalho<sup>71</sup>.

A demissão é temida tanto pelo funcionário como pelo chefe, que considera esta tarefa “o lado sombrio da sua função”. Gera sofrimento e perda para aqueles que foram demitidos, porque além do salário, perdem também parte de sua história, afetando a sua identidade e necessitando de tempo para o trabalho do luto, tempo este que geralmente não se tem, daí a recorrência a mecanismos *tamponadores*, tão comuns na atualidade. Por outro lado, os que se mantêm empregados assumem sobrecarga de trabalho, além de viverem inseguros com relação ao futuro imediato, sobressaltados por uma pergunta constante: até quando? Resultante dessas situações, o sofrimento psíquico, os adoecimentos, a desestruturação familiar e outras tantas mazelas.

Seligman Silva (*apud* Jardim 1997b), na perspectiva do discurso médico, descreve vivências de desempregados, no Chile, como permeadas de experiências de impotência, de carência de sentido, ausência de normas, sentimentos de inferioridade, despersonalização e isolamento social. Os desempregados passam por fases de agressão com interferências na vida familiar e sexual; a desagregação familiar e o alcoolismo

---

<sup>71</sup>Esta reportagem afirma ainda que apenas 34% das grandes empresas no Brasil adotam uma política definida de demissões.



costumam ser o destino. Sentem-se incapazes de mudar, resignam-se e assumem o fracasso: nada a tentar porque não mais acreditam em mudanças. Este tem sido um *script* comum na descrição dos vários autores que trabalham com o alcoolismo.

Dejours (2001) aponta na França, um processo semelhante entre os funcionários de empresas de construção civil, usinas nucleares ou químicas, firmas de limpeza. Estas empresas, por não fazerem mais contratações, recorrem a serviços terceirizados, nomeados como CDI- *Contrat du Travail à durée indéterminée* (Castel, 2001:502), que empregam trabalhadores temporários, estrangeiros em situação ilegal, trabalhadores sem a devida qualificação, com saúde precária ou que não falam francês. Eles constituem uma “reserva de trabalhadores condenados à precariedade constante, à sub-remuneração e a uma flexibilidade alucinante de emprego”, obrigando-os a deslocamentos pela França e/ ou Europa (Dejours, 2001:92).

Como não estão regidos por leis trabalhistas, não têm férias, folgas ou limitação de horário de trabalho: não voltam para casa, o que vai produzir crises e rompimentos familiares; sofrem acidentes de trabalho, estafa ou qualquer outro tipo de doença, que pode impossibilitá-los definitivamente para o trabalho. Este tipo de vida traz como consequência o refúgio no álcool, nas drogas ou na prostituição, que muito freqüentemente se faz acompanhar pela AIDS, criando uma dupla *guetização* e uma quase impossibilidade de retorno ao mercado de trabalho<sup>72</sup>.

Alguns estudiosos<sup>73</sup> têm se dedicado a investigar processos de sofrimento psíquico<sup>74</sup>, situações de mal-estar ou de deriva, buscando relacioná-los aos modos como o trabalho se apresenta na atualidade.

Dejours<sup>75</sup>, há algumas décadas, debruça-se sobre este tema, dirigindo suas pesquisas em psicanálise e psicopatologia do trabalho, no sentido de apreender as vivências do trabalhador nos ambientes laborais, não o vendo apenas como um corpo biológico que reage a estímulos ou responde eficazmente à organização científica do trabalho, mas como um corpo subjetivado, marcado por sua história, interagindo intersubjetivamente, apontando outras possibilidades de olhar e intervir neste campo.

Para estudar a relação homem-trabalho, parte de três pressupostos: da exposição permanente do organismo do trabalhador às excitações exógenas e endógenas; a história

<sup>72</sup> Referências ao desemprego foram aqui colocadas por fazerem parte do *pano de fundo*, da tessitura dos mundos do trabalho, sem intenção de aprofundamento no presente trabalho.

<sup>73</sup> Ver Bourdieu (1979, 1997, 1998), Dejours (1992, 1994, 2001), Sennett (2000), Castel (2001).

<sup>74</sup> Pitta (1990) afirma que a noção de sofrimento psíquico designa a zona difusa entre saúde e doença.

<sup>75</sup> Membro da Association pour l' Ouverture du Champ d'Investigation Psychoopatologique (AOCIP) e do Laboratório de Psicologia do Trabalho do Conservatório Nacional de Artes e Ofícios de Paris.

pessoal, singular, tecida com experiências, aspirações, desejos, motivações e necessidades que o trabalhador traz para o mundo do trabalho; as vias de descargas peculiares, em função dessa história pessoal que cada trabalhador dispõe e que participa da constituição de sua estrutura de personalidade.

Estas premissas permitem-lhe investigar o modo como o trabalhador canaliza sua energia psíquica, bem como seus efeitos na relação com o trabalho. Cria a noção de “carga psíquica”, definida como a retenção da energia pulsional, em decorrência de um “subemprego de aptidões psíquicas, fantasmáticas ou psicomotoras” (1994:24).

A noção de carga psíquica lhe permite, do ponto de vista da experiência clínica, falar da subjetividade presente na relação Homem-Trabalho, que se *revela* nos vários momentos ou situações do trabalho: no absenteísmo, nas greves ou no engajamento excessivo do trabalhador. A carga psíquica, por se referir a vivências individuais ou coletivas, não é apreensível por meio da quantificação.

Dejours (1994:23) propõe sua abordagem através da perspectiva econômica<sup>76</sup> do modelo freudiano de acúmulo de excitação psíquica ou energia pulsional, decorrente de vivências de tensão, presentes no mundo do trabalho. Este acúmulo produz desprazer e demanda descarga, buscando as vias possíveis para tal. Dito de outra maneira, se a tarefa propicia uma descarga de energia psíquica, há uma diminuição da carga psíquica e, em termos econômicos, resulta prazer para o trabalhador, que se sente melhor após a realização do trabalho. Neste caso, o trabalho constitui-se como fator de equilíbrio; em caso contrário, o trabalho vai ser vivido como fatigante.

Freud (1974[1930]: 119) fala de uma dimensão do trabalho, que pode ser pensada tanto pela via da equilíbrio, quanto pela ótica de possibilitador de laço social, quando afirma que,

Depois que o homem primevo descobriu que estava literalmente em suas mãos melhorar sua sorte na terra através do trabalho, não lhe pode ter sido indiferente que outro homem trabalhasse com ele ou contra ele. Esse outro homem adquiriu para ele o valor de um companheiro de trabalho com quem era útil conviver.

A realidade do trabalho e os modos como ele se apresenta na contemporaneidade impossibilitam a livre escolha não só do trabalho, mas do modo de fazê-lo: há sempre uma maneira mais eficiente, indicada pelo especialista. O clima de competição em que

---

<sup>76</sup> Refere-se à dinâmica da economia psíquica descrita por Freud em *O Inconsciente* (1915) e *Além do princípio do prazer* (1920).

ele se realiza, faz com que a convivência, o valor do companheiro de trabalho acabe fazendo parte da história do trabalho: *houve um tempo...*

Neste sentido, é que Dejours (1994) aponta a interferência da organização científica do trabalho nos processos de descarga ou acumulação da energia psíquica, impondo formas, exigências e modos operatórios, padronizados e generalizáveis aos trabalhadores, impedindo-os de criar o seu próprio jeito de trabalhar.

Para o autor, a OCT produz tanto uma divisão do trabalho, quanto uma divisão de trabalhadores, afetando a construção/manutenção das relações sociais aí desenvolvidas, recortando “[...]de uma só vez o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho[...]”. Engendra, com o uso de especialistas, um trabalhador “despossuído de seu corpo físico e nervoso, domesticado e forçado a agir conforme a vontade de outro” (Dejours, 1994:27). O espaço de trabalho transforma-se: a impessoalidade, a fragmentação das atividades, as tarefas prescritas em contraposição às tarefas reais, as múltiplas e, por vezes, contraditórias exigências do trabalho retiram o prazer, embotam a criatividade, o compartilhamento, o companheirismo; retiram os sentidos, singularmente construídos pelos trabalhadores, trazendo sofrimento à alma.

Dejours (1994) reconhece que a OCT, em si, não cria doenças mentais específicas, visto que saúde e doença, enquanto processo, “podem ser perdidas e reconquistadas, como estados dinâmicos e inerentes à própria vida” (cf. Pitta, 1990:83), mas afirma que a impossibilidade de descarga pulsional via trabalho produz um acúmulo de energia, que transborda pelo corpo; a carga psíquica é traduzida para a via somática, aparece o sofrimento, a fadiga e, fechando o ciclo, a patologia.

Esta realidade impõe a criação de modos particulares de sobrevivência no trabalho, de não enlouquecimento, que Dejours (1992-1994-2001) nomeia de estratégias coletivas de defesa. Consistem, muitas vezes, no afrontamento do perigo ou de situações de ameaça como uma forma de negar o risco e, através dessa negação, poder sustentar o trabalho; por outro lado, a percepção do risco, banida da consciência, agrava o próprio risco.

Na sustentação desse mecanismo, é proibido qualquer discurso sobre o medo, o que costuma gerar comportamentos de bravata, de resistência às normas de segurança, de indisciplina diante da prevenção: ninguém pode ter medo, ninguém pode demonstrá-lo. Escapar dessas estratégias coletivas de defesa traz como consequência tornar-se alvo de vinganças coletivas, de insultos, desqualificações e humilhações sexuais, expondo-se a perseguições, a armadilhas, tendo sua identidade sexual posta em xeque.

A estratégia transforma-se, assim, em ideologia defensiva, que exige adesão acrítica das pessoas: quem dela não compartilha é excluído. Dessa forma a eficácia simbólica da estratégia de defesa, assegurada e validada coletivamente, cristaliza-se, transformando-se em resistência, obstáculo às mudanças. Penso que qualquer tentativa de trabalhar no campo do trabalho passa, necessariamente, pelo reconhecimento desses funcionamentos.

Não só nos espaços do trabalho são desenvolvidos mecanismos coletivos de defesa; Dejours (2001) descreve, no cenário do trabalho na Europa<sup>77</sup>, o risco da exclusão como estando presente na vida de todos. A confrontação com esta possibilidade ou com a injustiça vivida pelas vítimas da pobreza e/ou exclusão, faz com que a sociedade desenvolva também mecanismos coletivos de defesa. É por essa via de raciocínio, que ele explica a participação do que nomeia pessoas de bem que são cooptadas e convencidas a fazerem coisas que normalmente não fariam; executam o que se costuma chamar trabalho sujo, tornando-se colaboradores<sup>78</sup>.

Constroem mecanismos de racionalização, transformados em “ideologia defensiva do realismo econômico”, e através dela justificam suas ações. Os sentimentos de culpa, que podem advir da prática do trabalho sujo, ativam estratégias de defesa, produzindo uma adesão e “participação frenética”, uma “autoaceleração de cunho defensivo” como forma de “turvar” a consciência através da fadiga, bem dentro das proposições e conseqüências da cultura da urgência (Dejours, 2001:91). A condição de subalterno e obediente às regras superiores também é usada para eximir-se da responsabilidade por seus atos.

Freud (1974[1921]:102), estudando os fenômenos de massa, nos dá subsídios possibilitadores de pensar situações dessa natureza, lançando luzes para uma maior compreensão sobre as relações de trabalho na contemporaneidade. Afirma que a reunião dos indivíduos faz com que todas as suas inibições individuais caiam, dando vazão aos “instintos cruéis, brutais e destrutivos[...]adormecidos[...]que são despertados para encontrar gratificações livres”. O tipo de formação coletiva, que caracteriza a

---

<sup>77</sup> Castel (2001) também discute essa situação, referenciando-se à França. Como vivemos numa sociedade globalizada, e por sugestão de Dejours podemos generalizá-la ao Brasil.

<sup>78</sup> O mecanismo que produz a cooptação de homens de bem, de alguma forma é discutido por Freud em *Os instintos e suas vicissitudes* (1915), *O mal-estar na civilização* (1930) e *Reflexões para os tempos de guerra e morte* (1915).

massa<sup>79</sup>, exige unanimidade, estereotipia e desaparecimento da reflexão, desconhecimento da dúvida e da incerteza e os transgressores são aliados do grupo.

Para Freud (1974[1921]) o grupo se mantém através do vínculo de amor, que exige uma dupla vinculação: amor ao chefe e aos semelhantes. A ausência de relação sexual materializada, posta pela figura do chefe, dá força à palavra. O chefe cria o mundo, através de um discurso de amor, permitindo o amor mútuo entre os elementos do grupo, dando a cada um a possibilidade de criar, através da palavra sem necessariamente apostar na capacidade sexual. Gera indivíduos moldados, experimentando entre si, sentimentos positivos e projetando para fora do grupo os sentimentos hostis (narcisismo das pequenas diferenças), movimento este que revela o ódio, outro componente do vínculo afetivo que une os membros de uma organização.

Qualquer grupo está sustentado em Eros e Tanatos. O amor pelo chefe, que permite a passagem para o amor aos outros é explicado, por Freud, através do mecanismo de identificação, que permite a assimilação de atributos do outro (presente ou ausente), que se tornam parte integrante do Eu, permitindo o estabelecimento de laços de reciprocidade.

A noção de identificação, mais precisamente, o terceiro tipo de identificação postulado por Freud (1974[1921]:179), que pode surgir a partir de qualquer nova percepção de uma qualidade comum partilhada com alguma outra pessoa, que não é objeto da pulsão sexual, é a responsável pelo laço mútuo existente no grupo. Uma identificação desse tipo, baseada numa importante qualidade emocional comum, reside na natureza do laço com o líder. A existência do grupo supõe, necessariamente, “a substituição dos impulsos diretamente sexuais por aqueles que são inibidos em seus objetivos, promove[...]uma separação entre o eu e o ideal de eu[...]”.

Parece-me, como assinalado anteriormente, que os mecanismos de estruturação dos grupos apresentados por Freud podem explicar muitos atos de barbárie, que têm marcado a contemporaneidade. Penso, que estes mecanismos estariam sendo utilizados pelas empresas, nesse movimento antropofágico acelerado, que as tem caracterizado,

---

<sup>79</sup> Acho importante assinalar que quando uso o termo massa refiro-me aos movimentos tais como descritos por Freud (1921), cruéis e irracionais. O que costumamos nomear como movimentos coletivos, que nos são caros, vividos intensamente no Brasil na década de 80, traziam em seu bojo toda uma gama de possibilidades no tocante a aprendizagens de solidariedade, de compartilhamento, de limites, voltando a tecer sonhos e trabalhando na direção de transformá-los em realidade. É cruel pensar que esse coletivo tão fantástico possa transformar-se em movimento de massa; penso que os meados da década de 90 se encarregaram de nos mostrar isso e o mundo do trabalho teve papel importante nesse engendramento.

levando algumas empresas a serem varridas do mapa econômico, outras incorporadas, colocando em prática um certo discurso de que o futuro é hoje.

Como os sentimentos hostis são dirigidos para os fora do grupo os seus destinos ou seu bem-estar, no fundo, não inspiram preocupação, embora, via de regra, essa despreocupação fique maquiada por um discurso politicamente correto, que não se efetiva/ visibiliza em práticas ou resultados.

Uma outra possibilidade de examinar essas situações de hostilidade com o outro, recortando-a através de uma ótica individual, lança mão da noção de identificação com o agressor de A. Freud, (*apud* Enriquez, 1990:70)<sup>80</sup> que consiste na “repetição idêntica da agressão, ou pela imitação física ou moral da pessoa do agressor, ou então pela adoção de alguns símbolos de poder, que o designam”. Através da identificação é possível explicar o prazer encontrado na submissão ou no amor devotado ao objeto que impõe tormento, transformando sentimentos hostis contra o chefe em sentimentos de admiração, veneração e respeito.

Enriquez (1990:62) identifica a apropriação do amor desviado em sua finalidade, nos discursos usados pelas organizações trabalhistas, quando falam de “camaradagem, de espírito de equipe, de amor pelo trabalho bem feito, de consciência profissional, de atenção voltada para instrumentos de produção, de desejo de viver em um clima onde reinam as melhores relações humanas”.

É nesta série, que podemos situar as exhibições de crueldade que fazem parte do que Dejours (2001) chama cinismo viril; estas, alquimicamente, passam a ser consideradas força de caráter, determinação, senso de responsabilidade coletiva, senso cívico e são exaltadas, coletivamente, como sinais externos de pertencimento a um grupo, a uma elite. O trabalho sujo se transforma em limpo e legítimo, sustentado por técnicas científicas, tanto na seleção rigorosa, *requalificação*, avaliação de desempenho, quanto na elaboração das listas de demissão, a partir de estudos científicos de *reengenharia* e saneamento.

---

<sup>80</sup> Freud aprofunda esta questão da afiliação ao grupo e seus desencadeamentos, do papel e modo de funcionamento das identificações e a produção de prazer/ desprazer em situações que uma primeira visada consideraria insólitas, principalmente em, *Psicologia de grupo e análise do eu* (1921) e *Além do princípio do prazer* (1920). Na literatura sociológica, Freire, *Casa grande e senzala* (1963), exemplifica esse mecanismo, descrevendo a crueldade da mulher colonial, quando assumia um lugar de poder por morte ou invalidez do marido. Hegel, *Fenomenologia do Espírito* (1982) em sua famosa Dialética do senhor e do escravo, também trata dessa questão, discutindo-a pela ótica da reciprocidade de dependências. Esse mecanismo, embora permaneça atuante em sua estrutura, em seu funcionamento, parece assumir as roupagens da época.

Entre os fatores apontados por Dejours (2001) como causadores de sofrimento psíquico entre os trabalhadores, estão o medo e a intimidação presentes no campo do trabalho, que acabam produzindo todo o tipo de assujeitamento: o trabalhador assume tarefas perigosas, enfrenta riscos de radiação, vírus, fungos. Teme não satisfazer às exigências da organização, do mercado, das relações com os clientes. O medo de ser incompetente, a dor por não ter o seu valor reconhecido, a intimidação como condição de manter-se no emprego. Este sofrimento relatado na clínica ou em confidências vai na contramão do discurso corrente, das vitrines, que expõem a limpeza do trabalho, decorrência da mecanização e robotização: trabalho científico.

O sofrimento, a dor, o prazer, como não têm visibilidade e são vivências subjetivas, acabam sendo apenas sugeridos, quando não, negados. Estaríamos vivendo um momento de anestesiamento da indignação contra situações de injustiças. As situações postas pelo neoliberalismo, na análise de Dejours (2001), geram uma naturalização do mal, banalizando-o e produzindo nos sujeitos avassalamento, perda da capacidade de estranhar.

Por outro lado, o autor aponta uma saída quando coloca o trabalho, hoje, como “uma fonte inesgotável de paradoxos”, que embora gere “terríveis processos de alienação”, pode também se constituir em “um possante instrumento a serviço da emancipação bem como do aprendizado e da experimentação da solidariedade e da democracia” (Dejours 2001:141).

A idéia de paradoxo como propiciador de brechas também é compartilhada por Castoriades (1990) quando discute a crise da sociedade contemporânea. Embora aponte a gravidade desta crise para os processos identificatórios e para o estabelecimento das significações na sociedade, assinala também possibilidades, decorrentes desses paradoxos. Para ele, a sociedade atual caracteriza-se por dois movimentos que são centrais e ao mesmo tempo heterogêneos: de expansão do racionalismo, que não permite espaços de reflexão, enfatiza o progresso ilimitado e cria novas formas de controle dos trabalhadores. O outro movimento, de significação da autonomia individual, permite a construção de indivíduos críticos, reflexivos e democráticos. Esses dois movimentos se afetam, se contaminam, se transformam, introduzem brechas que podem produzir transformações.

Bourdieu (1979:99-100), nos seus estudos com os cabilas na Argélia, descreve uma dupla significação do trabalho, quando afirma que o emprego regular não só fornece a renda, com sua conseqüente possibilidade de subsistência, mas também um

conjunto de regras, que vão definir o tempo e a construção de expectativas. Afirmo que o “trabalho regular” fornece “pontos de referência”, cuja falta permite que “a vida inteira” [seja] “deixada à incoerência”.

Embora suas afirmações refiram-se a uma cultura muito específica, cunhada em um tempo diferente do atual, considero que essa outra marca do trabalho, para além da sobrevivência, como propiciador de referências, em vários níveis, tem um papel fundamental na regulação da vida e sustenta-se, ainda, hoje, manifestando-se de diversas maneiras, segundo a cultura, classe e inserção social.

Penso, ainda, que a falta desta relação de pertinência, propiciada pelos novos modelos produtivos, ofertados pelo capitalismo neoliberal, é uma das responsáveis pelo mal-estar na contemporaneidade. Estas experiências calcadas numa deriva de tempo, de lugar, de emprego, dificultam ou inviabilizam a transmissão de valores de longo prazo, de compromissos mútuos, que são vividos como abstração, porque não são experimentados nas práticas cotidianas. Não só o *avesso da maldição do Gênesis*, o não trabalho, produz adoecimentos; o trabalho sem sentido, insatisfatório, despotencializador também deixa suas marcas.

A ética do trabalho, na atualidade, está assentada na produção em equipe, na “capacidade de ouvir, de cooperar, de se adaptar às circunstâncias”, vivendo uma “superficialidade compartilhada”, visto não haver tempo para construir o espaço de intimidade, o que leva à evitação de questões pessoais, difíceis ou decisivas<sup>81</sup>. Sennett (2000:27), diante deste cenário, se pergunta sobre a possibilidade “do ser humano desenvolver uma narrativa de identidade e história de vida numa sociedade composta de episódios e fragmentos”.

Nessa mesma direção, Aulagnier (1985:19) descreve os nossos sentimentos de insatisfação, tédio, inquietação, como decorrentes da distância entre o eu e os nossos ideais: “a tarefa do eu é a de tornar-se capaz de pensar a sua própria temporalidade[...], precisa antecipar e investir num espaço-tempo futuro”. Os investimentos e antecipações na cultura da urgência são quase da ordem da impossibilidade; ainda que possíveis nalguma medida, propiciam um confronto com a velocidade do vivido e com a imprevisibilidade, ou seja, com a precariedade.

---

<sup>81</sup> Acerca da experiência de trabalho em equipe por projetos, tenho ouvido relatos no consultório, opostos ao discurso oficial de cooperação na equipe. Ai o espaço do trabalho tem sido descrito como sendo um espaço de competição cruel, para sobressair-se, fazer parte do próximo projeto e quem sabe, ganhar uma gerência; também são relatados diversos tiques nervosos, uso de medicamentos para dormir, para acordar em pessoas com faixa etária ao redor de 30 anos; a possibilidade de estabelecimento de relações afetivas parece inexistir: são colegas de trabalho.



Para Enriquez (1990), os indivíduos vivenciam, freqüentemente, mudanças ou ameaças de mudanças de trabalho e pertencem a vários grupos, que exigem papéis, comportamentos diversos, lealdade às organizações das quais são membros. Essas múltiplas e, por vezes, contraditórias intimações obrigam os indivíduos a se dividirem entre diferentes ideais-de-eu<sup>82</sup> aos quais gostariam de ser fiéis.

Freud (1974[1921]) traz, à cena, a importância das formações coletivas quando afirma que essas formações, embora coloquem seus ideais cada vez mais altos, se tornem mais coercitivas e mais exigentes, ainda que constriam o eu, levando-o a viver tensões intoleráveis, submetendo-o as interdições do ideal de eu, elas contêm o indivíduo, oferecem-lhe um continente, conservando-o unido a um chefe e seus companheiros, a um sistema de regras e trocas que, de certa forma, mantém afastada a neurose. As situações de deriva, onde falta esse continente, são apontadas como perigosas, no sentido de produzirem sintomas ou problemas mais graves que a neurose.

Para Sennett (2000:9), a palavra de ordem é flexibilidade, que demarca os campos e os modos de trabalho hoje. “Pede-se aos trabalhadores que sejam ágeis, estejam abertos a mudanças em curto prazo, assumam riscos, continuamente, dependam cada vez menos de leis e procedimentos formais”. O discurso da flexibilidade, que, aparentemente, aponta uma maior liberdade, oculta a imposição de novos controles sutis com relação à produção, ao tempo, a divisão do trabalho, a competência, presentificando o trabalho em todos os espaços...

Os compromissos e projetos de longo prazo, que geram laços fortes, deixam de existir; o trabalho passa a ser feito sob forma de projetos em equipe, cujos componentes podem mudar ao longo de sua execução, marcados pela temporalidade da urgência, dificultando ou impedindo o estabelecimento de relações sociais confiáveis, retirando dos sujeitos as referências, o norte. Estas situações de fragmentação, que caracterizam a modernidade e colocam o homem numa permanente incerteza relativa a seu dever produzem desgarramento, indiferença, descartabilidade, impossibilitando o compartilhamento de “narrativas”. Para o autor estas situações vão produzindo a corrosão do caráter, definido como “traços pessoais a que damos valor em nós mesmos, e pelos quais buscamos que os outros nos valorizem” (2000:10).

Murray (citado por Kumar, 1997:48) dá uma outra conotação à flexibilidade, positivando-a. Refere-se a ela como abarcando tanto a “fábrica, maquinários, quanto

---

<sup>82</sup> O ideal de eu refere-se a representações tidas como ideais, perfeitas que servem se referência ao eu que almeja alcançá-las.

produtos e mão de obra”. Nesse contexto, “as empresas se adaptam[...]para reagir aos mercados do que para controlá-los”; se constituem “tanto como instrumentos de controle, quanto como instituições de aprendizagem”, com “estruturas mais abertas” e “hierarquias mais niveladas”. Usa uma analogia com a guerrilha para explicar a movimentação no campo das organizações, dizendo que “a força dos guerrilheiros substitui o exército permanente”.

É interessante pensar o significante guerrilheiro, tanto pelo lado *em nome da causa*, que implica a construção e manutenção da crença e o enfrentamento das circunstâncias que daí advém, quanto pelo lado da incerteza e imprevisibilidade presentes neste *estado de ser* guerrilheiro. Há, no entanto, uma diferença fundamental, advinda do fato de que se me dedico a uma vida de guerrilheiro, no sentido usual do termo, houve, creio, em algum momento do caminho, uma escolha, que tem um porquê e implica a assunção dos custos.

Quando se transpõe o termo guerrilheiro para nomear o trabalhador na situação de mercado, referindo-se a imprevisibilidade, tensão permanente (?), mudanças ou desaparecimentos abruptos de postos de trabalho, não se está, em nenhum momento, referindo-se a processos de escolha e, sim, de assujeitamento a uma situação imposta por uma conjuntura/estrutura político-econômica, que se faz presente e dominante na contemporaneidade. Parece que novamente nestes atos, o trabalhador teria que estar no centro da cena, como ator principal com direito à voz, escolha (?) e escuta...

Dejours (2001) assinala a dificuldade de considerar o sofrimento psíquico e seus sintomas nos espaços do trabalho. Para ele, a relação entre subjetividade e trabalho ou qualquer ordem de sofrimento psíquico no trabalho sempre foram negligenciadas pelas organizações sociais em geral e nunca estavam colocadas nas pautas de discussões.

Para ele abordar o sofrimento psíquico no trabalho suscitava desconfiança porque implicava risco de cair em práticas tidas como individualizantes, que privilegiavam a subjetividade, dificultando a ação coletiva. Atribui a esta posição conseqüências nefastas, uma vez que a desqualificação do discurso do sofrimento psíquico abriu e abre brechas para a sua tolerância e, quem sabe, sua naturalização.

A dialética entre trabalho e subjetividade recém apontada e em outros momentos do texto, indica a existência de um mal-estar que se apresenta de forma estrutural. Não há prescrição e nem caminhos, que assinalem as melhores configurações ou em que direções devem ocorrer mudanças. Trata-se, portanto, de operar no sentido em que das muitas novas configurações do trabalho na contemporaneidade, possam advir efeitos de

mudanças na estrutura, o que implica num trabalho permanente sobre o nosso próprio trabalhar, onde não cabem cristalizações, nem modelos *a priori*.

Penso a psicanálise, seu arcabouço teórico e técnico como fornecendo instrumental para a reflexão/construção de estratégias, através das quais se possam dar outros encaminhamentos a situações de sofrimento no trabalho, validando o reconhecimento da subjetividade e seus efeitos nesse espaço, sem necessariamente instituir práticas “individualistas” ou individualizantes. É neste sentido, de ampliação do uso da psicanálise, que Enriquez (1990) aponta e defende o seu caráter subversivo, suas produções advindas do confronto do sujeito com a falta, com as não garantias, com o desmascaramento dos ideais e das ideologias. Afirmo que tal confronto produz efeitos subjetivos e, nesta acepção, a própria análise individual pode acarretar, por desdobramentos, efeitos sociais, ou seja, o nosso processo de transformação pode produzir transformações no outro. Temos aí brechas que mostram a viabilidade de reconhecer e colocar no cenário da relação dialética homem-trabalho, a subjetividade do trabalhador, que envolve um pensar para além do trabalho, um pensar sobre um sujeito, que, como diz Rodrigues (1997:339) “[...]não começa a ser forjado no dia em que entra na forja”.

Parece-me que um debruçamento mais aprofundado sobre as relações organizacionais na contemporaneidade, cotejadas com os conceitos psicanalíticos pode propiciar mudanças de olhar e nos remete à questão das formações e do compromisso profissional daí advindos... É desta perspectiva de trabalho e de sujeito, que pretendo estudar o trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica, sob os efeitos da Reforma.

### 3- O MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

*A morte da psiquiatria é uma morte que não se constata, não se bota, eu acho que não se põe no óbito: esquizofrenia... É outra morte, não é uma morte biológica, é a morte civil. [...] A gente não lembra de dizer que eles morreram muito antes do que deviam ter morrido. (Fala de uma enfermeira de psiquiatria).*

Uma pequena contextualização do lugar da loucura no mundo ocidental e do surgimento da psiquiatria no modelo médico da época, mesmo correndo risco de ser repetitiva, me é mais do que escolha, imposição. O estar na academia e a crença no papel que ela exerce na formação de profissionais, me leva a essa repetição, na sua função de resistência, resgate da memória e da história. Considero esses resgates fundamentais à construção de estofos críticos, que permita escapar ao fascínio tecnológico da atualidade com suas facilidades, ou às práticas de descartabilidade indiferenciada, que varrem muitas coisas, inclusive a memória e a capacidade de estranhar...

Creio que a manutenção do espírito da Reforma está nas mãos desses jovens profissionais que formamos, daí a imposição dessa formatação.

#### 3.1- O LUGAR DA LOUCURA E O NASCIMENTO DA PSIQUIATRIA.

No final do século XVI e começo do século XVII, há um movimento generalizado, na Europa, de preocupação com a saúde da população, que vai tomar formações diferentes nos vários países, segundo os aspectos de saúde recortados. Penso que estes modelos, enquanto ideários, vão estar presentes em novas versões, adaptadas ao tempo e a culturas específicas ao longo da história.

Segundo Foucault (2003a:88) na Alemanha, pela sua peculiaridade enquanto formação e desenvolvimento como país, a medicina desenvolveu-se como medicina do Estado, buscando efetivamente a melhoria do estado de saúde da população; controlava os programas de ensino, normatizando a prática e saber médicos. Criou-se a figura do médico, administrador da saúde, funcionário nomeado pelo governo, “com responsabilidade sobre uma região, seu domínio de poder ou de exercício da autoridade do seu saber”.

Na França, a medicina social vai ter como suporte a urbanização, implicando intervenções na arquitetura das cidades, na sua infra-estrutura (esgotos, fontes, barcos-bombeadores de água, barcos-lavanderia). Através da medicina urbana se estabelece a relação entre organismo e meio nas ciências naturais e na própria medicina, traçando o circuito: da análise do meio, a dos efeitos do meio sobre o organismo até o próprio organismo. A medicina social francesa tem na higiene pública, “controle político-científico do meio”, seu baluarte maior (Foucault 2003a: 93).

Na Inglaterra, em função do rápido desenvolvimento industrial e conseqüente desenvolvimento do proletariado, a medicina social, que começa a vicejar a partir do século XIX, vem marcada pelo “controle da saúde e do corpo das classes mais pobres, para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (2003a: 97). Viabilizaram um mapeamento da saúde pública, intervindo em lugares considerados insalubres, controlando e sustentando a obrigatoriedade das vacinações, registrando as doenças e avaliando a sua periculosidade em termos epidêmicos. Instaure-se uma medicina de controles, que segundo Castell (1978:59-60) se apresenta “com faces e formas de poder diferentes”. Torna-se um modelo de medicina para outros países<sup>83</sup>.

É dessa perspectiva que Foucault (2003a:79) nomeia a medicina moderna, científica, inaugurada no final do século XVIII de medicina social, tendo como “*background* uma certa tecnologia do corpo social”. Aponta ainda o aspecto da prática social da medicina, embora possua também uma dimensão individualista e valorize “as relações médico-doente”.

Creio que essa leitura acerca da medicina moderna como medicina social, abre perspectivas para a compreensão do seu papel de intervenção e controle sobre o corpo social e prepara o terreno para que se aproprie do campo da loucura.

O hospital, desde a Idade Média, na Europa, não era uma instituição de cura ou de intervenção médica, embora fosse fundamental à vida urbana, na medida em que tinha como função receber o pobre que, necessitava de assistência e se portador de doença, trazia risco de contágio. Assim, o hospital, via de regra, gerenciado por religiosas, funcionava como um lugar de assistência filantrópica ao pobre e ao mesmo tempo como um lugar de exclusão, um lugar para morrer ou, como diz Foucault, um “morredouro”. (2003a). Funcionava efetivamente como dispositivo de controle social.

---

<sup>83</sup> Cf. Castell (1978) Tenon, médico francês do final do século XVIII, vai à Inglaterra para estudar as inovações no tratamento da loucura.

A prática médica também não se realizava na instituição hospitalar e nem o hospital era considerado campo de formação profissional. A transmissão de receitas legitimava o mandado do médico e não as experiências vivenciadas no hospital. A funcionalidade do hospital e do médico eram perfeitamente prescindíveis, entre si.

No final do século XVIII, se circunscreve a mudança da função do hospital, que deixa de ser uma instituição filantrópica/assistencialista, passando a ter uma atribuição terapêutica. Ficou sob encargo do médico a reorganização de seus espaços, dos registros precisos, dos diagnósticos<sup>84</sup> envolvendo o uso de tecnologias disciplinares, aperfeiçoadas e orientadas para a *gestão de homens*<sup>85</sup>.

Institui-se o hospital como campo de práticas, espaço de construção de saber, imperativo para a formação médica desde então. É nesse hospital transformado que, um tempo depois, a loucura, com a sua multiplicidade de interrogações, vai ser aprisionada.

### 3.1.1- O Enclausuramento da Loucura

Foucault (2003b) apresenta a heterogeneidade dos discursos, das percepções e das práticas que cercam a experiência da loucura no mundo ocidental.

Embora concebessem e abordassem a loucura de maneiras diferentes, tanto o Renascimento<sup>86</sup>, quanto a era Clássica vêem-na como algo a ser excluído do convívio social, seja pela condenação a um estado de *errância* na Nau dos Loucos, seja pela atributo de *desrazão* e o silenciamento daí advindo.

A exclusão da loucura se configura como tal a partir do século XVII. Seu marco inicial está na fundação em 1656, do Hospital Geral, por Luís XIV, em Paris, como um lugar destinado ao internamento de todos aqueles que *escapam* às regras da sociedade.

Segundo Machado (1988: 65), esta população, fora das regras, era representada pela “sexualidade imoral do doente venéreo[...], da sodomia, prostituição, devassidão, prodigalidade, relação inconfessável, casamento vergonhoso”. Também eram alvos de

<sup>84</sup> Esta discussão passa também pela questão da constituição da clínica. Para maior aprofundamento, vide Foucault (1980), que discute a reorganização da medicina como campo de saber, diferenciando a medicina clássica da medicina clínica e apontando seus reflexos tanto na definição do espaço hospitalar, quanto nos modelos subjacentes à formação dos médicos.

<sup>85</sup> Curiosamente o termo *gestão de pessoas* é de uso muito frequente na área de psicologia organizacional e em ofertas de cursos de especialização/pós-graduação. As funções e o modo de instauração da tecnologia disciplinar, com absoluto sucesso nos usos de poder no século XVIII e XIX, estão presentes nas produções da contemporaneidade, sob formas e desdobramentos sofisticados.

<sup>86</sup> Embora Foucault (2003b) aponte que antes da metade do século XVII, a loucura tivesse um certo lugar nas “experiências maiores da Renascença”, o que dá a dimensão da ambigüidade do seu lugar no mundo.

internação “desordem do coração, da alma, desordem moral ou social, como a blasfêmia, o suicídio ou magia, a feitiçaria ou alquimia”. Compunha, ainda, esta população *internável*, a série da “libertinagem”, definida como “irracionalismo e subordinação da razão à não-razão dos desejos do coração”. Soma-se a esta população, o quarto grupo, constituído pelo louco.

A estrutura do Hospital Geral é ampliada aos hospitais, na França e, paralelamente, o fenômeno do internamento ocorre ao longo do século XVII, por toda a Europa, guardando as especificidades de cada país.

O internamento do louco, junto com os demais marginalizados da sociedade, não só apontava o não reconhecimento da loucura como doença, mas *revelava* uma questão política-ideológica: estavam sujeitos à exclusão todos aqueles considerados incapacitados para a produção.

Foucault (2003b:376) aponta um deslocamento na percepção social da loucura, que na racionalidade clássica está ligada ao fenômeno da *desrazão*, “erro por excelência” na segunda metade do século XVIII, esta percepção vai deslizando em direção à alienação: “o homem, na loucura, não perde a verdade, mas a *sua* verdade: não são mais as leis do mundo que lhe escapam, mas ele mesmo é que escapa às leis do mundo”. Este deslocamento vai fazer com que o fenômeno da loucura, habitando o interior do próprio sujeito, seja individualizado e possa aparecer nas suas várias faces, na sua verdade.

Paralelamente começam a haver críticas referentes ao *enclausuramento* indiferenciado de uma população heterogênea, especialmente no que tange ao perigo do internamento do *louco* junto com os *outros*; criticava-se o custo duplo do internamento: pela não produtividade e pela despesa que essa realidade implicava.

A nova leitura político-econômica incide diretamente sobre a política assistencial. Segundo Serpa Junior (1996) separam-se os pobres que podiam ser inseridos no mercado de trabalho daqueles doentes, necessitados de uma assistência social que deveria gradativamente ser deslocada da instituição para as famílias.

O louco continua confinado em virtude da crença na sua periculosidade, que o inviabiliza tanto para a vida laborativa, quanto para a assistência domiciliar, impossibilitando sua existência livre.

O não questionamento da relação loucura/internamento parece-me, no mínimo, curioso, se situado no momento histórico em que se dá, no contexto que gerou a Revolução Francesa. Seus efeitos, do ponto de vista político-social, para além das suas

próprias fronteiras, fizeram-se sentir no mundo ocidental. Guiada pelo ideário de liberdade, igualdade e fraternidade, a Revolução Francesa instituiu na França um estado de direito, inaugurando uma nova era que foge, categoricamente, aos padrões absolutistas vigentes.

No entanto, esses direitos propalados, não se destinam a todos igualmente: dentre a população enclausurada apenas os loucos e os criminosos ficaram à margem desse desejo/prática de cidadania plena, apregoado pelos valores supremos, que sustentaram esse movimento.

Ao mesmo tempo, esta existência aprisionada do louco introduz um paradoxo difícil de ser sustentado. Considero que a mudança na concepção de loucura, que segundo Castel (1978: 9-10) reconhece o louco “na sua diferença”, e as propostas de reestruturação do sistema institucional que demanda “novos agentes” responsáveis pelo “controle dos comportamentos não conformes”, fazem parte das soluções de compromisso embutidas nesse contexto.

Para Foucault (2003b: 434) com o espaço do internamento habitado por novos valores e movimentos, “a medicina poderá[...]apossar-se do asilo e chamar para si todas as experiências da loucura”, iniciando-se a construção de um saber científico sobre ela.

Castel (1978) analisa a *medicalização*, não só pela ótica da apropriação da loucura pelo olhar médico, mas pelo desenvolvimento de uma tecnologia hospitalar, que tem seu poder e mandato social assentados na existência e manutenção do sistema asilar.

Para o autor a entrada do médico no cenário da loucura foi acontecendo a partir da metade do século XVIII, embora no final do Antigo Regime, já houvesse o reconhecimento de uma competência médica na sua função pericial para tratar de questões referentes à loucura<sup>87</sup>.

É nesse movimento pós-revolucionário que, em 1793, Philippe Pinel entra oficialmente na cena da loucura, nomeado para Bicêtre que, àquela ocasião, só recebia os loucos incuráveis. Lá encontrou o enfermeiro Pussin, um ex-interno, que sofrera de tuberculose ganglionar e que, embora curado, optou por aí ficar prestando serviços, tornando-se um colaborador precioso.

---

<sup>87</sup> Castel (1978) cita exemplos em que se recorreu à função pericial do médico em processos de feitiçaria, interdição, afirmando o seu reconhecimento oficial, na designação de Colombier, à direção da Inspeção Geral dos Hospitais e das Prisões e, posteriormente, com Doublet, para a construção de um relatório sobre a situação dos insanos.



Segundo Serpa (1996:26), Pussin desenvolveu “maestria” no que diz respeito ao estar do alienado na instituição. Em seus textos, discorre sobre os “tipos de loucura, sobre a organização da vida asilar, sobre a importância do trabalho no cotidiano para a recuperação dos alienados, sobre a melhor alimentação e sobre terapêuticas físicas”.

Para Castel (1978:80-1), Pinel foi “um operador prático da corrente reformista”, articulando conhecimentos e experiências produzidas, até então, dimensões aparentemente heterogêneas, “constituindo uma síntese alienista: classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais, imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente, tratamento moral”.<sup>88</sup>

A classificação do espaço institucional para posterior organização possibilitou que os internos fossem divididos, subdivididos e distribuídos por idade, sexo, enfermidade, prognósticos, condição de trabalho e, a cada uma dessas divisões, caberiam alas e pátios próprios e separados. Esta distribuição “metódica”, separando a loucura, permite que, no isolamento, ela “revele a sua natureza”, que fale e se desdobre numa diversidade de sintomas que, novamente distribuídos em classes, ordens e espécies, possibilitam as classificações nosográficas e a criação de uma racionalidade da doença. O hospital “ordenado, constitui o próprio instrumento de tratamento”, possibilitando, segundo Pinel:

a rápida apreensão das respectivas medidas que devem ser tomadas quanto à sua alimentação, limpeza, regime moral e físico. As necessidades de cada um, dentre eles, são então calculadas e previstas, as diversas lesões do entendimento são aprendidas através de seus caracteres distintivos, os fatos observados são comparados e reunidos com os outros fatos análogos[...]convertidos em sólidos resultados da experiência; é na mesma fonte que o médico observador pode obter as regras fundamentais do tratamento, aprender a discernir as espécies de alienação que cedem mais ou menos prontamente ao tempo e ao regime, aquelas que opõem os maiores obstáculos à cura, ou que reclamam imperiosamente o uso de certos medicamentos. (*Apud* Castel, 1978: 84).

A descrição minuciosa feita por Pinel *revela*, passo a passo, o uso de uma metodologia do modelo naturalista transportada para a situação do hospital, descrita por Foucault (1980:100): “ver, isolar traços, reconhecer os que são idênticos e os que são diferentes, reagrupá-los, classificá-los por espécies ou famílias” que, segundo as

---

<sup>88</sup> Castel (1978) aponta essa sistematização das “*relações* entre os elementos da prática psiquiátrica” efetuada por Pinel, médico, como tendo sido responsável pelo avanço da escola francesa, no início do século XIX. O mesmo não aconteceu na Inglaterra, com relação à prática de Tucke, que por não ser médico, não tinha garantida a cientificidade de sua empreitada, sofrendo resistência do *establishment* médico, o que dificultou a incorporação do “tratamento moral como técnica médica”, pelos alienistas ingleses, (grifo do autor cf. nota de rodapé p. 81).

proposições da história natural, permitem “reconhecer rapidamente qualquer indivíduo (e, portanto, seu lugar singular na criação)”.

Sustentado por uma metodologia e por uma atitude científica, “apoiado e justificado” pela instituição médica e, desse modo, com poder de “decisão e intervenção”, Pinel funda um saber científico, que privilegia as manifestações visibilizadas pelos sinais e sintomas, que, uma vez agrupados, constituem nosografias e o hospital, nomeado manicômio, será o *locus*, por excelência, de exercício deste novo saber.

A internação, o isolamento, a ordenação dos espaços, das relações, da hierarquia, do tempo, o uso da autoridade, da disciplina passam a ser exigências, condições *a priori* para qualquer terapêutica da loucura, objetivando-a, e dando-lhe unidade.

Esta metamorfose operada pelos alienistas, segundo Castel (1978:84-5), “marca o nascimento da medicina mental. Eles inventaram um espaço bem diferente, mas que é também o mesmo; contudo, prisioneiros de sua própria prática, não reconheceram o que subsistia do velho esqueleto sob a nova construção.”

Neste contexto, coube à psiquiatria, segundo Desviat (2002:17), “garantir a legalidade”, na medida em que, sem as *lettres de cachet*<sup>89</sup>, o alienado só podia ser internado sob alegação da necessidade de seu isolamento com fins terapêuticos e é o médico quem atesta esta necessidade. Na mesma linha de raciocínio, a impossibilidade do louco de um convívio social responsável, de um gerenciamento de sua vida, não podendo ser “inteiramente responsável por sua conduta”, demanda tutela, tarefa que coube ao saber da medicina e ao médico psiquiatra.

Esta posição é também compartilhada por Amarante (2000a:25), que vê na relação de tutela com os loucos “um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais que cartografa territórios de segregação, morte e ausência de verdade”.

Tais concepções acabam legitimando práticas estigmatizantes, eu diria, não éticas, que podem colocar, num primeiro momento, sob suspeita, aquele que incomodar e, num segundo momento, efetivar-se a sua seqüestração. A história mostra que alguns governos totalitários fizeram usos dessa natureza, que não nos cabe aqui discutir, mas ficam, como pano de fundo na nossa memória, as possibilidades, os usos passíveis e a chancela de um *establishment* poderoso...

---

<sup>89</sup> Lettres de cachet referia-se ao expediente usado no antigo Regime permitindo, através de ordens reais, que qualquer pessoa incômoda fosse internada nas bastilhas.

O gesto de Pinel, que “inaugura a psiquiatria” e “liberta o alienado das correntes”, parece-me, passível de interpretação através de duas perspectivas: uma representada por Amarante (2000a:25-6), que vê este gesto como não possibilitando aos alienados sua inscrição “em um espaço de liberdade, mas, ao contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental”.

A outra assinalada por Swain (cf. Serpa Jr., 1996:20) implica na leitura de um outro lado desse mesmo gesto, que aponta “em Pinel, a originalidade de ter concebido a loucura como sendo sempre **total** e sempre **parcial**”,<sup>90</sup> ou seja, embora reconheça que a loucura não acomete apenas uma “faculdade mental específica ou isolada”, também reconhece que “a alienação mental não seria nunca capaz de aniquilar o sujeito inteiramente. Persistiria sempre, ao menos uma fração subjetiva, o chamado ‘sujeito da loucura’, a quem o alienista podia se dirigir quando de um trabalho terapêutico”.

Penso que estas duas perspectivas, ao mesmo tempo antagônicas e complementares, são fundamentais, como constituição de solo, para pensar criticamente a psiquiatria em suas origens e intenções, na sua ética, bem como na avaliação dos diferentes encaminhamentos/ direções das mudanças ou transformações a ela referidas.

Ao longo do tempo, a medicina alienista, dos sinais e sintomas, vai ser contraposta à medicina “científica organicista” que atribui à doença um substrato orgânico. Castell (1978:119-120) aponta um “divórcio entre a psiquiatria asilar [que defende as melhores condições de exercício de sua “medicina especial” e fica ao largo da academia e das demais práticas médicas] e a medicina hospitalar” [exercida nos hospitais e clínicas universitárias, mais “tecnicistas e modernistas”].

Desses embates saiu vencedora, na segunda metade do século XIX, a psiquiatria organicista/ biológica positivista, que se limita a buscar relações causais através da observação e descrição objetiva e neutra dos distúrbios nervosos.

Serpa Jr. (1998)<sup>91</sup> aponta a biologização da psiquiatria, advinda de mudanças no modo de construção do saber biológico, a partir da segunda metade do século XIX. Passa de uma posição de observação passiva para uma prática experimental, que busca conhecer, não só o modo de organização e funcionamento dos órgãos, aparelhos e sistemas, mas as leis que regem seu funcionamento. A articulação com outros campos como a física, a química, a genética e os refinados conhecimentos da bioquímica, da

<sup>90</sup> Grifos do autor.

<sup>91</sup> Para maior aprofundamento da discussão, sugiro a leitura desta obra indicada.

biologia molecular, colocam o saber biológico e seus desdobramentos em uma posição de um *saber de ponta*, na contemporaneidade, com reflexos em vários campos de saber e de práticas. Nesta mesma série se inscreve a idéia localizacionista de descobrir/localizar, com precisão, no orgânico, a causa das doenças.

A ciência psiquiátrica atual não fica imune à fascinação das promessas das tecnologias, que se refletem na busca frenética de medicações de *última geração*, (expressão inicialmente utilizada como referência à tecnologia eletrônica), que segundo relatos, *curam* a depressão, *mas retiram a alma*<sup>92</sup>.

O hospital continuou mantido como dispositivo fundamental para *tratar* a loucura. Ao longo do tempo, a tecnologia médica foi penetrando seus espaços, refinando seus mecanismos de domesticação, legitimados pela cientificidade que portam, funcionando como *tamponadores*.

### 3.2- A PSIQUIATRIA NO BRASIL

Segundo Amarante (2002:74), “a história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento,[...]de medicalização social”, uma história da luta que será travada pela psiquiatria para “conseguir o mandato social de reconhecimento e destinação do louco”, como seu objeto de trabalho/intervenção, para gerir “cientificamente” a desordem das cidades (cf. Miranda 1994: 93).

Envolve questões político-ideológicas, uma luta entre o Poder do Estado, representado pela Academia de Medicina e sua proposta de uma “Medicina Científica”, (segundo preceitos franceses) e o Poder Clerical, representado pela Irmandade Imperial da Santa Casa de Misericórdia, de cunho religioso-caritativo, que resiste ao científico.

As mudanças ocorridas na Europa, no século XVIII, decorrentes das propostas de Tuke (na Inglaterra) e Pinel (na França), reconhecendo a especificidade da loucura como doença e a sua conseqüente medicalização, tem repercussões além-mar. Tais mudanças produziram efeitos diretos na situação do doente mental no Brasil, visto que a corte, sediada no Rio de Janeiro, importava da França não só os modismos, as formas de pensar ou fazer, mas também os modelos de saúde.

---

<sup>92</sup> Não me coloco numa posição contrária ao desenvolvimento tecnológico. Questiono os usos objetivados, apartados dos processos e de suas conseqüências, uma postura que só busca a visibilidade do produto final. Na realidade, penso que os usos do conhecimento carecem de uma discussão/reflexão ética.

Segundo Amarante (2002) e Miranda (1994), os doentes mentais, até então, ficavam perambulando pelas ruas, nas prisões, em casas de correção, em asilos ou alojados nos porões das Santas Casas De Misericórdia, fundadas no século XVI nas cidades de Santos, Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus. Neste caso eram cuidados por escravos ou qualquer pessoa que, em tendo alguma prática no trato de doentes, recebia o título de “prático em enfermagem”.

Em 1830, a partir de um “diagnóstico da situação dos loucos na cidade” estes passam a “ser considerados doentes mentais, merecedores[...]de espaço próprio para sua reclusão e tratamento”, (Amarante, 2002:74).

Por esta época aumentavam e se articulavam manifestações dos médicos contra o modo confuso de encarceramento do louco o que, segundo Miranda (1994), impedia não só o domínio sobre a loucura, como a construção de um “saber/poder” daí advindo, inviabilizando um tratamento adequado e condizente com a “natureza da doença”, do ponto de vista físico e moral.

O provedor da Santa Casa de Misericórdia, José Clemente Pereira, sensível à reivindicação, alia-se aos médicos e em 1842 tem início a construção do Hospício Pedro II, na Praia Vermelha. Sua inauguração em 1852, nas palavras de Miranda (1994: 86-7), afirma a “competência do projeto normalizador da medicina psiquiátrica sobre o doente mental”. No seu rastro se constrói também em 1852 o Hospício de São Paulo.

Embora ambos os hospícios tenham sido construídos como um espaço terapêutico para o louco, a psiquiatria que aí se aloja tem características de eugenia, atribuindo à raça negra e à pobreza as anormalidades degenerativas, transmitidas através das gerações. A esta visão se acrescentavam teorias importadas da França, que versavam sobre a periculosidade da loucura.

Descoberto o inimigo responsável pela desordem das cidades, definiu-se o campo e as estratégias de controle, realizando uma profilaxia dos centros urbanos. Inicia-se o processo de exclusão, de banimento do louco “defendendo a sociedade deste convívio desagradável” (1994:88).

O hospício vai tomando as feições que conhecemos na atualidade: sua estrutura se funda no poder disciplinar reforçado pelo isolamento, organização dos espaços e alocação dos indivíduos nesses espaços. Soma-se a essa estruturação vigilância e registros contínuos, controle do tempo dos internados, tudo em nome da proposta de reinserção na sociedade assim que reabilitados pelo tratamento.

Na análise de Miranda (1994) a montagem, o funcionamento do Hospício Pedro II não estava agradando ao seu diretor, que alegava o não cumprimento das proposições de Samuel Tuke com relação ao trabalho produtivo dos internos. O caos reinante impossibilitava a construção de um saber sobre o louco. Faltavam aparelhagens para pesquisas, instrumentos para autópsias, microscópios para estudos sobre a patologia mental, dentro das perspectivas científico-organicistas da época, segundo o paradigma francês.

Do ponto de vista da organização do trabalho não havia hierarquização na divisão de tarefas, de responsabilidades ou de remuneração entre os médicos. Os registros clínicos não eram feitos, impossibilitando dados sobre o interno quanto à idade, sexo, causas da internação ou tratamentos aos quais estavam sendo submetido. Não existia controle sobre a admissão e a alta. Doentes considerados incuráveis constituíam dois terços da população dos hospícios, contrariando o Regimento Interno de 1858, que vetava à Instituição o acolhimento desses pacientes.

Outro motivo de desacordo e irritação estava no posicionamento da direção da Santa Casa, que deslocava as cinquenta órfãs aí abrigadas, para a assistência ao doente mental junto com as religiosas. Esta situação, além de denunciar a não cientificidade do hospício, revelava o papel secundário dos médicos neste espaço, na medida em que o poder institucional pertencia à Provedoria da Santa Casa de Misericórdia. O louco, nesse contexto, sofria várias ingerências, tinha muitos donos, que iam dos juizes de órfãos, aos chefes de polícia, às famílias, o provedor da Santa Casa, o provedor do hospício.

Os médicos reivindicavam o “poder institucional” para reorganizar o hospital, embasando a prática da medicina mental em princípios técnicos, objetivando alcançar a respeitabilidade pública e transformar o hospício em um lugar de produção de conhecimento. A modernização do hospício visava a dois objetivos: diferenciar-se do modelo asilar absolutista, contrário ao ideário liberal republicano e ampliar sua intervenção no espaço social, “onde vivem as pessoas, onde se estruturam as doenças mentais” (Amarante, 2002:75-6).

Com a Proclamação da República, em 1889, o Hospital Pedro II sai da jurisdição da Santa Casa e fica subordinado à administração pública. Transforma-se em 1890 no Hospício Nacional dos Alienados, sob a direção interina de Teixeira Brandão. Finalmente o poder médico aí se instala.

Para Miranda (1994:94-91) a psiquiatria que aí desponta “como estrela nascente da racionalidade científica” vai arbitrar o “tratamento científico moderno”, de cunho positivista, legitimando os atos do “Estado na seqüestração do louco”. A enfermagem psiquiátrica, já no seu nascedouro, se constitui como “fiel e eterna facilitadora e reprodutora do saber médico psiquiátrico”.

O hospício perde seu caráter caritativo-religioso e a-científico com a exclusão das religiosas da Santa Casa. Para ocupar este espaço são importadas “enfermeiras leigas” francesas. Como a deficiência de infra-estrutura no hospício permanecia, foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, em setembro de 1890, pelo Marechal Deodoro da Fonseca, chefe do Governo Provisório da República. Esta escola se constituiu fora do modelo Nightingale, difundido como o modelo da enfermagem moderna<sup>93</sup>.

O doente mental dessa época, não era muito diferente, em todos os sentidos, dos sujeitos encontrados hoje nos hospícios, inclusive do ponto de vista das origens: é produto das “relações de trabalho de uma economia capitalista incipiente”, escravista, descrito por Costa, (apud Miranda, 1994: 94), como aquele “que teve a infelicidade de ser portador dos três pés: pobre, psicótico e preto”.

A influência de experiências européias que visavam uma convivência “fraternal” entre a comunidade e o louco, deu ensejo, segundo Amarante (2002a:76) a duas colônias de alienados, “Colônia de São Bento e de Conde de Mesquita” no local correspondente a Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, onde se alocavam alienados indigentes do sexo masculino. Pouco depois foram criadas outras colônias, em São Paulo a Colônia de Juquery e a de Vargem Alegre no estado do Rio.

Para este autor o conjunto de medidas tomadas a partir do final do século XIX, “caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil”, tendo como alvo maior “a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais” (2002a:76).

Com a nomeação de Juliano Moreira para a direção do Hospício Nacional de Alienados em 1902 a psiquiatria ganha novo alento e em 1912, torna-se especialidade médica autônoma. Segundo Miranda (1994) há um aumento considerável de instituições

---

<sup>93</sup>Para além do fato da escola nightingaleana não se interessar pelo doente mental como objeto de cuidados, ela também propunha para a enfermeira um currículo, uma forma de treinamento e uma certa autonomia de funcionamento e direção do trabalho, o que poderia ser fator de conflitos com o saber médico; já a escolha pelo modelo francês de enfermagem não constituía o menor risco à supremacia da direção médica principalmente se considerada a sua população alvo, do ponto de vista de sua origem sócio-econômica-cultural.

para doentes mentais: em 1911 é criada a Colônia do Engenho de Dentro, para mulheres indigentes; em 1920, se iniciam as obras da Colônia de Jacarepaguá (que receberá os internos de São Bento e Conde de Mesquita), e a construção do Manicômio Judiciário. Nesta série de busca de cientificidade se circunscreve a criação da Universidade do Brasil em 1920.

Do ponto de vista da condução do tratamento ofertado ao doente mental, há uma mudança de direção da escola francesa de psiquiatria para a escola alemã. Esta mudança traz uma visão biologicista que segundo Amarante (2002a:77-8), “passa a explicar não só a origem das doenças mentais, mas também muitos dos aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos” de eventos sociais. O espaço está aberto para o movimento higienista e em 1923 Gustavo Riedel funda a Liga Brasileira de Higiene Mental. A psiquiatria passa a reivindicar maior poder de intervenção e controle social. Além de estabelecer “modelos ideais de comportamento individual”, tem a pretensão de “recuperação de raças”, visando a “constituição de uma sociedade sadia”.

Em São Paulo, o hospício científico do Juquery, assentado no antigo Seminário de Educandas na Várzea do Carmo construiu, nas quatro décadas de sua existência, uma história composta de “violências, fugas, superlotação, epidemias, rebeliões, greves, insalubridade e alta taxa de mortalidade”, conforme Miranda (1994:99).

Em 1896, Franco da Rocha, comungando de idéias semelhantes às de Teixeira Brandão, assumiu a direção do Juquery, aí implantando o mesmo modelo administrativo do Hospício Nacional de Alienados: poder da intervenção sobre a *Loucura*, qualquer que fosse a sua natureza; admissões e altas exclusivamente a cargo do médico especialista.

Para a autora o aumento de “demanda interna” do hospício, não pode ser atribuído somente ao descontrole do crescimento urbano, mas “a ampliação do conceito eugênico de degenerado” no tecido social. Tal ampliação se deu através da difusão de normas morais, de disciplina, de higiene, de controle sobre “tempo e produtividade”, dispositivos eficazes para a docilização dos “incuráveis na aceitação do seu óbito civil” (1994:98-9).

O Juquery era constituído de áreas abertas, onde se criaram as colônias agrícolas, e áreas fechadas. A carreira psiquiátrica do doente mental obedecia a estágios: inicialmente era observado para a formulação do diagnóstico no hospício central, por um período que variava de seis meses a um ano. Tal demora ocorria muito mais pela deficiência numérica de profissionais médicos, (década de 20: um médico para duzentos



internos), do que pelo requinte dos exames ou técnicas diagnósticas. Nesse período era submetido a tratamentos variados, alguns absolutamente experimentais e, bastante distantes da tão propalada cientificidade.

Cumprida essa etapa, o diagnóstico médico selava o destino do *louco*, determinando a sua morte civil. Uma vez diagnosticado como incapaz para a vida social, passava à segunda etapa do seu processo, nomeada como “*semi open-door*”<sup>94</sup>; nesta fase o interno plantava e colhia nos limites do espaço hospitalar sob a vigilância dos enfermeiros. Na terceira fase, passavam para as colônias agrícolas do hospital; na quarta e última etapa, nomeada como “assistência domiciliar” os internos moravam e trabalhavam como empregados dos sitiantes vizinhos ao hospital e eram visitados pelos *alienistas*.

A recusa ao trabalho, em qualquer dessas fases, ou queixas dos sitiantes seria punida com retorno ao hospício central para que o interno *compreendesse* o valor do trabalho. Esta modalidade de funcionamento possibilitava o auto-sustento do Juquery, fato alardeado por Franco da Rocha.

O hospício reproduzia as concepções moralistas e os papéis da sociedade caracterizando-se por um rígido sistema de regras morais, prescritas pelos alienistas com fins disciplinadores: separação rigorosa entre os sexos e rígido controle de práticas sexuais nomeadas como alternativas; estas eram consideradas sintomas da doença mental. Namoro ou relações mais íntimas entre enfermeiros, guardas ou qualquer funcionário subalterno da instituição sofriam proibições. Aos homens era permitido certo limite de masturbação; tal comportamento se operado, pela mulher, reforçava o estigma da degeneração.

Na concepção de Franco da Rocha o trabalho, nomeado como “*laborterapia*”, era uma possibilidade de recuperar alguma dignidade pela condição de ser útil. Neste contexto tinha um caráter compulsório e a *Loucura* obedecia, rigorosamente, aos mesmos critérios de gênero da sociedade do ponto de vista da distribuição e formatação do trabalho. À mulher cabiam todas as tarefas domésticas, forno e fogão, respeitando o desenho do espaço privado e aos homens, independentemente de sua profissão, o trabalho agrícola, o espaço público possível à sua condição de alienado.

---

<sup>94</sup> Acho essa nomeação curiosa não só por sua ironia se consideramos a realidade do doente mental, como penso que ela já estava a indicar um deslocamento de rumos, da Europa para os EUA, preparando aqui a entrada em cena da Fundação Rockefeller. Tal ato se dá em 1923, tanto através da construção da primeira escola de enfermagem moderna do Brasil no modelo *nightingaleano*, porém à moda americana, quanto com a assunção de um modelo de saúde de cunho sanitarista.

No entanto, este valor terapêutico e nobre do trabalho, não se estendia a todos igualmente. Num perfeito espelhamento da sociedade, aqui também a validade/submissão às regras estava na dependência direta da *casta*, da sua condição de indigente ou pagante, neste caso, *pensionista*, para quem a compulsoriedade e o valor terapêutico do trabalho, curiosamente, se desfaziam. As regalias dos pensionistas eram justificadas no sentido de diminuir a *mutação do eu*; esta preocupação com a menor mutilação de eu também não se estendia aos indigentes...

No Brasil<sup>95</sup> o hospício científico, tal qual o seu antecessor, também não abriu mão da agressividade, “da violência direta, da punição do castigo e da repressão” que aí continuaram reinando. Não abriu mão dos guardas e enfermeiros, tidos como “despreparados” e, via de regra, responsabilizados pela violência: a eles cabia a realização do trabalho “sujo” como “amarrar, conter, gritar, ofender, impor-se pela robustez física, proibir, aplicar as medidas terapêuticas psiquiátricas prescritas” pelo alienista, (Miranda, 1994:101-102-2-91).

Segundo Amarante (2002: 78-9-80), nos anos 30, a psiquiatria é munida de novos e poderosos instrumentais “com a descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapias e das lobotomias”.

Na década de 40 o Hospício Nacional de Alienados é transferido para o Engenho de Dentro. Em 50, surgem os neurolépticos que vão servir a usos variados nem sempre éticos ou “tecnicamente orientados”. A assistência psiquiátrica continua assentada em estruturas manicomiais. O Brasil ficou à margem das experiências de reformas do pós-guerra. O setor privado em expansão, tem ingerência sobre o aparelho estatal no campo da saúde.

A década de 60 se caracteriza por um caminho na direção da privatização da saúde em geral. A doença mental “torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria” com um conseqüente aumento de leitos e internações nos hospitais psiquiátricos privados.

Propostas alternativas, inovadoras, mesmo que advindas de órgãos públicos enfrentam dificuldades, em função da não superação da concepção asilar ou das resistências dos empresários privados.

---

<sup>95</sup> Creio que posso ampliar essa fala a hospícios em geral, visto que o movimento das reformas acontece em vários países do mundo; por outro lado, o hospício está dentro da categoria *instituições totais*, descritas por Goffman (2003), que marca, indelevelmente, todos aqueles que passam por ela, os que a habitam e, creio, os que lá trabalham...

Esta situação contribui na deflagração da crise “institucional e financeira da Previdência Social”, nos anos 80, que vai produzir uma movimentação entre os profissionais de saúde bem como mudanças objetivando uma “reorganização do setor público”. Na esteira desse processo surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Creio que este processo, publicizado, possibilita uma tomada de consciência da situação da saúde, e conseqüentemente uma tomada de posição dos profissionais e de setores importantes da sociedade, que contextualizada no período histórico vivido, abre espaço para a reforma psiquiátrica no Brasil.

Uma *radiografia recortada* (e localizada) da situação da saúde mental nos anos 90, pode ser vista através do primeiro censo da população de internos nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro (outubro a dezembro de 1995), objetivando conhecer para cuidar, como sugere o título. Avaliou 20 hospitais públicos ou conveniados e 4000 prontuários de pacientes, acrescentando a esses dados, os registros efetuados nos diários de campo, quando da visita a cada instituição.

Os resultados mostraram um tratamento centrado na ação farmacológica; qualquer outra ação terapêutica está inscrita na ordem da exceção. O conjunto dos relatórios de campo descreve um quadro assustador: internações prolongadas, excesso de pacientes por profissional, condições inadequadas do internado, do ponto de vista da arquitetura das instituições e das condições de higiene aí mantidas.

A assistência prestada, segundo Tenório (1996:IX), é marcada pela indiferença ao sofrimento dos internos, com “registros episódicos de maus-tratos, violência, agressão de técnicos contra pacientes, ameaça (e uso) de eletrochoques como instrumento disciplinar e punitivo, etc”. Inatividade como rotina, ausência de propostas terapêuticas diversificadas; muitos prontuários com a expressão “quadro inalterado, conduta mantida”, revelando a naturalização do quadro clínico, a não aposta profissional, a dimensão da imobilidade.

Do ponto de vista do profissional que assiste, há um sentimento de impotência, de sofrimento, de um trabalho burocrático que se faz em condições insatisfatórias, criando uma postura de não se deixar afetar.

Penso que nas proposições de mudanças, se as pessoas que cuidam, forem excluídas da cena como objeto de preocupação/cuidados, qualquer iniciativa estará fadada ao insucesso. Não creio na possibilidade de um cuidar com qualidade, quando

não nos sentimos cuidados. A sugestão de um enfermeiro de que o censo “além de pesquisar sobre os internos, se amplie, pesquisando as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho” traduz o mal-estar, (Tenório, 1996:XII).

A experiência e as práticas asilares ainda estão muito marcadas nos corações e mentes, reveladas na fala de Miranda (1994:139) de que há, “na noite dos tempos” um “*esquecimento* do louco como clientela que necessita de uma assistência qualificada”, tomando aqui os termos “assistência qualificada” não só pela perspectiva da evolução psicofarmacológica ou da “depuração do seu discurso”, mas da garantia, de “devolução” da voz e da dignidade ao louco.

Em lugar de dar voz ao louco, o “dono da voz”, o modelo ocidental de saúde mental, desde que a loucura se constituiu em campo específico da psiquiatria, século XVIII, tem construído discursos sobre o louco. Veicula-os como “a voz do dono”, daí a importância de “recuperar o fio condutor” da lógica que configurou o lugar do louco, que construiu as representações coletivas sobre a loucura. A história nos dá a dimensão das dificuldades, das resistências a serem vencidas na transformação/eliminação do cotidiano asilar, descrito por uma profissional como “panela de gordura quente, que ninguém ousa destampar, porque vai espirrar gordura para todo o lado (...)”, (citado por Miranda, 1994:140).

Uma questão importante a ser colocada diz respeito à internação, que muito mais que um *locus* de destinação, se refere a uma *posição* frente ao “fenômeno da loucura”. Esta questão é bem colocada por Corbisier (1992:10-11), quando afirma que se pode “internar” pessoas em situações de “ambulatório ou consultório”, através de “relações autoritárias onde terapeutas/analistas, valendo-se da posição de superioridade, autorizam-se a fazer coisas não muito diferentes das atitudes encontradas nos piores manicômios”. Reafirma a possibilidade de *escuta* do sofrimento psíquico do paciente em situação de internação, o que não legitima, por outro lado, a manutenção do modelo de internação atual.

Penso que esta questão implica outras, muitas, que passam pela institucionalização dentro de cada um. A nós, só nos resta cuidar para não cairmos num reducionismo objetivista, asséptico e ingênuo, que nos retira da cena. Talvez, um primeiro movimento seja reconhecer a presença de preconceitos na sociedade e nos assumirmos sujeitos portadores dessas marcas, contraditórias absurdas, produtoras do mal-estar na cultura...

Estes defrontamentos com nossas posições, com mudanças de postura frente à *Loucura*, onde cada personagem da cena não está aprisionado a um *script*, constitui, a meu ver, o maior desafio das Reformas...

### 3.3- AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS: francesa, italiana e brasileira.

O modelo manicomial nos moldes descritos anteriormente e o tratamento dispensado ao *louco* sustentam-se ao longo do século XX.

A partir da sua primeira metade, o questionamento das instituições psiquiátricas e das suas práticas se torna mais acirrado, toma força, gera inquietações e movimentos. Encontramo-nos, pois em um momento onde a instituição psiquiátrica está em questão e na pauta das discussões sobre saúde mental, com várias propostas no sentido de sua transformação.

Tais propostas se engendram num tempo de pós-guerra, onde o mal-estar pelas atrocidades daí decorrentes estava a céu aberto, mobilizando, as pessoas convocando-as a se posicionarem. Penso que este clima, acrescido da imagem dos campos de concentração, presentes na carne, nos corações e mentes, tiveram um papel na conscientização das semelhanças com realidade do hospício, ao longo de sua história, e da dimensão de sua crueldade.

Estes ingredientes constituem o solo de germinação das reformas que, me parece, nascem do mal-estar de profissionais e intelectuais, não só comprometidos com um saber intelectual, mas também com questões ético-sociais. O defrontamento cotidiano com o modelo de *cuidado* praticado nos manicômios coloca uma impossibilidade ética de sustentar e, num certo sentido, pactuar, com este modelo, que excluía do mundo o doente mental e, através de um *passaporte* permanente de não-cidadão, selava um caminho sem volta, decretando seu *óbito civil*<sup>96</sup>.

Dentre os modelos de Reforma registrados interessa-me fazer recortes das reformas francesa e italiana, aqui consideradas pelas suas proposições, que requerem mudanças bastante radicais, no olhar sobre a *Loucura* e a diferença, nas subjetividades e

---

<sup>96</sup> Creio que esta realidade manicomial sofreu mais maquiagens do que mudou estruturalmente, o que nos leva a pensar na discussão de Goffman (2003) sobre as instituições totais, nos efeitos patoplásticos, tais como definidos por Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr. (1992).

nas práticas. O outro motivo diz respeito ao fato de que esses dois modelos de reforma foram tomados como referências para a reforma psiquiátrica no Brasil<sup>97</sup>.

Há diferenças entre construir um discurso teórico e colocá-lo na prática. No exercício da prática, no seu processo de implementação é que se apresenta a dimensão da resistência, do desafio, das contradições, do trabalho a ser enfrentado.

Estas dimensões aparecem *reveladas* na fala de Gentis (*apud*, Desviat: 2002:33): “Os verdadeiros muros do hospício são internos, são os que existem entre o pessoal e os pacientes, e esses muros são como escudos arraigados na própria carne, que se dilacera quando eles se racham”.

Considero também importante uma colocação de Amarante (2000a:46), sobre o resgate da história, como memória, como “potência demarcadora de diferença[...]instrumento de desconstrução dos dispositivos institucionais, percebidos como a-históricos e, assim, eternos, espontaneamente produzidos e imutáveis”. Creio que esta colocação é fundamental em um contexto marcado pela urgência e pela descartabilidade, que podem dar margem a toda sorte de práticas, mediadas somente pela idéia do presente.

### **3.3.1- A Reforma Francesa: a Psicoterapia Institucional e a Política de Setor.**

A reforma francesa é caracterizada por dois posicionamentos. O primeiro tem como referência a psicoterapia institucional<sup>98</sup>, arquitetada por Tosquelles em St.-Alban, Daumezon e posteriormente por Oury e a psicanálise lacaniana, tendo o Hospital de La Borde como referência particular<sup>99</sup>.

O segundo posicionamento é representado pelo movimento da Política de Setor com sua proposta de descentralização da assistência hospitalar e oferta de múltiplas formas de atendimento à comunidade. Considera que o doente mental deve ter uma assistência “específica e continuada”.

O núcleo da psicoterapia institucional foi a experiência de St.-Alban, em Lozère (Pirineus franceses) em 1940, que traz à cena seu idealizador François Tosquelles, um

---

<sup>97</sup> As reformas inglesa, americana, canadense e espanhola, que julgo importantes na reflexão sobre o tema, aqui não serão tratadas por fugirem ao escopo deste trabalho.

<sup>98</sup> Essa nomeação, Psicoterapia Institucional, foi dada por Daumezon, no ano de 52, que nomeou dessa maneira o que se fazia em St.-Alban.

jovem catalão que, fugindo ao franquismo, se instalou na França e introduziu a psicanálise no hospital psiquiátrico.

Segundo Gallio e Constatino (1993:122-3), Tosquelles concebe a instituição hospitalar como “soma de espaços, de lugares construídos e continuamente reinventados na ação comum, no sentido plural, polifônico[...]com a participação do paciente, porque esta é a coisa importante”.

Equivale a pensar instituição como julgam Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr (1992:20): “lugar de trocas, de vida”, cujo funcionamento traz a noção de coletivo e da importância de “comprometer no processo terapêutico os vários ‘coletivos’ tanto dentro quanto fora do hospital, dentro e fora da família de origem, dentro e fora dos lugares de trabalho ou de lazer freqüentados pelo doente”.

Esta forma de olhar a instituição difere da maneira de ver, pensar e atuar na instituição pela via “*establishment* – como uma estrutura definida por regulamentos, segundo leis administrativas, políticas etc” lembram Gallio e Constantino (1993:122-3).

A diferença relativa à concepção de instituição (ou de instituições)<sup>100</sup> faz toda a distinção quanto ao grau de liberdade, autonomia, criatividade das práticas que aí podem ser desenvolvidas e a capacidade de apostar em mudanças. Considero que as mudanças só acontecem se operadas nos corações, nas mentes e nos atos daqueles que trabalham e cotidianamente *reconstroem* a instituição através de suas práxis<sup>101</sup>.

Goffman (2003:8) fala de uma posição de resistência à captura, à cristalização que costuma caracterizar as instituições totais. O movimento de resistência supõe um movimento anterior de se permitir entrar na vida institucional, até a medida do possível, apontado pelo autor:

Acreditava, e continuo a acreditar, que qualquer grupo de pessoas – prisioneiros, primitivos, pilotos ou pacientes – desenvolve uma vida própria que se torna significativa, razoável, e normal, desde que você se aproxime dela, e que uma boa forma de conhecer qualquer desses mundos é submeter-se à companhia de seus participantes, de acordo com as pequenas conjunturas a que estão sujeitos.

Penso que Tosquelles entrou profundamente na vida institucional, daí o ter podido transformá-la. Em suas proposições mantém o hospital como espaço privilegiado de

---

<sup>99</sup> Goldberg (1996a) descreve, de modo bem interessante, o funcionamento da clínica de La Borde, a operacionalização da prática terapêutica no interior da instituição psiquiátrica.

<sup>100</sup> Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr. (1992) falam de instituições no plural alegando que dentro de uma instituição podem existir várias instituições; apontam ainda a complexidade que envolve a discussão de coletivo.

proteção “às liberdades dos doentes”; para tal “é necessário construir os limites”, e proteger também “a liberdade dos que trabalham[...]para construir relações novas, com seus companheiros no interior e com o mundo”, conforme Gallio e Constatino (1993:123-4).

Segundo Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr. (1992:18-9), a psicoterapia institucional resgata “os atos de Pinel e outros” no que diz respeito a “recuperação do asilo enquanto lugar *terapêutico*”, abordando “essas questões a partir do interior do asilo”. Afirmam que a instituição psiquiátrica, “desde que adquira uma disposição capaz de acolher e escutar esse indivíduo com uma organização psíquica particular pode ser um legítimo lugar de tratamento e tecido de vida para determinados sujeitos”.

A psicoterapia institucional tem como principais referências teórico-técnicas, a psicanálise e a experiência de Hermann Simon, no início do século XX, na Alemanha<sup>102</sup> denominada “terapia ativa”. Esta consistia em possibilitar ao doente mental atividades que fossem significativas, com as quais ele se comprometesse e que poderiam “remetê-lo a novos patamares de sociabilidade”, (Goldberg, 1996a:63). Tal proposta objetivava impedir os “três malefícios” que costumam atingir os internados no hospital psiquiátrico: “a inatividade, o ambiente desfavorável e o preconceito do próprio doente em relação à sua responsabilidade” como lembram Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr. (1992:21).

Na busca de tornar o hospital psiquiátrico um lugar terapêutico, a psicoterapia institucional propõe uma variedade de práticas, envolvendo todos os personagens da instituição, independentemente do lugar ou papel ali desempenhado, respeitando as possibilidades de cada um. Os doentes participavam efetivamente desse funcionamento.

Tosquelles foi protagonista e animador desta experiência. Para ele, as trocas interior-exterior do hospital psiquiátrico no início dos anos 40, tiveram como base a tradição das cooperativas dos operadores catalães, de onde ele tirou inspiração, a sua própria história, experiências e formação e a cultura da região de Lozère onde se originou o hospital de St.-Alban, nos anos de 1920.

Segundo Gallio e Constatino (1993:99-100-120), suas experiências na guerra do sul da Espanha, em Valença, foram importantes no sentido de amadurecer uma

---

<sup>101</sup>Esta idéia da inter-influência entre trabalhadores e instituição, via atos de trabalho foi por mim explicitada na Introdução desta tese.

<sup>102</sup> Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr. (1992) citam ainda como influenciadores da Psicoterapia Institucional, Marx e seu conceito de alienação, Moreno e a sociometria, Kurt Lewin e a noção de campo social e Bion, entre outros.



convicção de que seria possível criar, em curto prazo, bons hospitais psiquiátricos com a participação de pessoas comuns, como “advogados, padres, camponeses, pintores”, que possuíam uma “posição ingênua diante do doente”.

O critério de escolha dos voluntários privilegiava aqueles que tinham “capacidade natural de estar com os outros”, qualidades como “saber viver, mudar, poder fazer trocas, ‘comércios’[...]”. Neste contexto, a ação do terapeuta seria de “levantar pontes. O cliente diz uma coisa e depois outra e você deve estabelecer uma linha, oferecer uma ponte”, que permita possibilidades de passagens, de um lugar ao outro e de retornos.

A perspectiva da psicoterapia institucional de acolhimento e condição de possibilidade de trabalho com a psicose, demanda a construção de campos transferenciais múltiplos, que dependem de quatro “condições mínimas” ou axiomas, apontados por Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr. (1992:24-26):

- “liberdade de circulação”, que permite a cada paciente traçar o seu percurso, sem que este se constitua numa errância, que agravaria o seu estilhaçamento;
- “lugares estruturados concretos (ateliês, serviços: cozinha, administração)”, que constituem o que Tosquelles chamava de “tecido institucional”, funcionando como lugares de encontros, permitindo as transferências múltiplas, criando “redes vivas e concretas”, maleáveis e “transitórias por excelência, remetendo incessantemente a outras[...]redes de troca” que, nos seus próprios movimentos e possibilidades, acolhem a singularidade de cada psicótico que chega à instituição, e a tratam;
- “contratos facilmente revisáveis de entrada e saída”, que não impõem “estadias forçadas” ao paciente;
- “um acolhimento permanente dispendo de grades simbólicas e de mediações” que se constitui em uma “função essencial” à psicoterapia institucional, perpassando toda a instituição e os profissionais que aí circulam.

A criação dessas “condições necessárias para poder trabalhar” envolve as recomendações de Birnbaum, (*apud* Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr, 1992:23) no sentido de reconhecer a complexidade da psicose. Introduce o conceito de “patoplastia”, que se refere às “aparências mórbidas resultantes das inter-relações entre a pessoa e o meio, bem como a alienação social, que se adiciona à própria alienação psicótica, [...] influenciando na apresentação sintomatológica, na duração das fases, na evolução da perturbação”. Considera “as interações e inter-relações internas de todos os seus fatores constituintes, aqueles que lhe são específicos e aqueles que são contingentes, circunstanciais, acidentais”.

Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr, (1992) ressaltam que os fatores patolásticos importam tanto no aspecto clínico, quanto no desenvolvimento do quadro mórbido, apontando a impossibilidade de uma abordagem descritiva que estabeleça uma fixidez ou previsibilidade na sua evolução; necessita de um trabalho de desvelamento, que leve em conta o meio, o ambiente e sua interferência no modo como os sintomas se apresentam, na duração das fases ou sua evolução.

Os fatores patoplásticos afetam tanto os pacientes quanto as pessoas que trabalham nas instituições. Penso que esse reconhecimento aponta a importância de considerar/ visibilizar não só os pacientes, mas também os trabalhadores da instituição. Dito de outra forma, a psicologia institucional considera que na instituição total todos estão doentes, logo para que uma instituição possa ser terapêutica ela precisa antes se tratar ou ser tratada.

A importância dessa concepção está na retomada da singularidade das manifestações psicóticas. Nesta direção é que Desviat (2002:26) circunscreve a proposta da psicoterapia institucional de construir um “conjunto de ações que permitam a criação de campos transferenciais multifocais”, referidos anteriormente, necessários ao acolhimento da psicose.

A sustentação desses pressupostos exige mudanças estruturais das instituições psiquiátricas, colocando em xeque os papéis hierarquizados, as relações de poder, a cristalização dos estatutos, das funções e funcionamentos, impondo um trabalho permanente de crítica e de redefinição, atentando para qualquer coisa que emperre as trocas e as circulações, que interfira nas liberdades de percurso.

Ainda como parte da estrutura da psicoterapia institucional, dando-lhe suporte, estão os “clubes terapêuticos”. São organizados autonomamente no interior dos hospitais, tendo um gerenciamento paritário de pacientes e equipe técnica. Sua função é propiciar encontros e trocas, auxiliando na tarefa diagnóstica, através da gama de informações que propicia, tecendo as relações num movimento dialético de transformar-se e de transformar o hospital.

Complementando essa estrutura estão as reuniões que têm inúmeros desenhos possíveis e um papel importante na articulação, informação e discussão do que acontece na instituição.

A psicoterapia institucional subverte a concepção tradicional de instituição afirmando que:

Não se pode ir muito longe no tratamento dos psicóticos com um sistema de funcionamento rígido, que dê prioridade à instituição, sem dar margem, ou só o fazendo de forma escassa, a sua reinvenção, a sua revolução permanente: é isso que nos agrada chamar de institucionalização, (Oury, *apud* Desviat, 2002:28).

Para Gallio e Constantino (1993:86) esse movimento original de St.-Alban abriu as portas e possibilitou inúmeras trocas entre “interior-exterior” no hospital psiquiátrico; envolveu intelectuais, artistas e a comunidade nas iniciativas do hospital, criou clubes terapêuticos, cooperativas que “organizavam a vida diária do paciente”, questionou os “papéis profissionais”, subverteu a “cultura médico-organicista da internação”. Propiciou o “nascimento de uma prática dos setores, voltadas à comunidade”. Todas “as idéias-motoras, entrelaçadas na história da psiquiatria europeia deste século, encontravam-se concentradas na experiência de St.-Alban desde os últimos anos da Segunda Guerra Mundial”.

Este movimento de reinvenção e, de certa forma, de revolução permanente atinge aspectos que, na instituição, tendem a se cristalizar e são fundamentais à viabilização da proposta de um trabalho na transversalidade<sup>103</sup>. Esta noção é definida por Guattari (*apud* Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr, 1992:25), como “dimensão contrária e complementar às estruturas geradoras de hierarquização piramidal e dos modos de transmissão esterilizadora de mensagem”. Dito de outra forma, se refere à “interpenetração, entrelaçamento[...]das forças produtivo-desejantes-instituintes-organizantes[...]na rede social”. É uma “dimensão do devir que não se reduz nem à ordem hierárquica da verticalidade, nem à ordem informal da horizontalidade nas organizações”, podendo deflagrar “efeitos transversais inventivos e libertários” (Baremlitt, 1992:195).

Para Desviat (2002:27-29), a outra vertente ou “posicionamento” do movimento de reforma francês, a política de setor, teve suas bases estabelecidas nas Jornadas Nacionais de Psiquiatria de 1945 e 1947. Organiza de maneira nova, os serviços de psiquiatria franceses, criando uma verdadeira “ação de saúde pública”, na oferta à população de um “acesso universal a formas de atendimento e a uma qualidade de serviços até então reservadas a setores privilegiados do público” criando “instituições intermediárias, extra-hospitalares” constituídas por dispositivos como “lares de pós-cura, oficinas protegidas e clube terapêutico”.

---

<sup>103</sup> Esta noção de transversalidade é cara à Reforma Brasileira no direcionamento das práticas.

A adoção da territorialização dos serviços permitiu um maior conhecimento da população, propiciando a criação de programas mais adequados e próximos às suas demandas. A hospitalização do doente se constituía como etapa do tratamento.

Segundo este autor (2002:31), a circular ministerial de 15 de março de 1960 legitimou o movimento da reforma, criando procedimentos/princípios para o seu funcionamento:

- “o princípio da setorização”: delimitação de uma área geográfica, com abrangência entre 50 a 100 mil habitantes;
- “o princípio da continuidade terapêutica”: uma mesma equipe se encarregaria de todo o processo de tratamento do paciente nos diferentes serviços;
- “deslocamento do eixo da assistência, do hospital para o espaço extra-hospitalar”; na tentativa de evitar os efeitos cronificadores da instituição, o atendimento ao paciente deve se dar preferencialmente na comunidade.

Para Cavalcanti (1997:103), a psiquiatria de setor considera a especificidade do fato psiquiátrico reconhecendo a necessidade de uma assistência pessoal e continuada ao doente mental.

O modelo francês objetiva, portanto, manter o doente em seu meio social e familiar e, do ponto de vista institucional, criar unidades chamadas setores, com “uma equipe psiquiátrica plurivalente e várias instituições, que variam do hospital psiquiátrico clássico a ambulatórios, hospital-dia, hospital-noite, apartamentos terapêuticos, etc”.

A consecução dessa proposta foi se dando ao longo dos anos, considerando-se as especificidades dos setores. Na prática, observou-se que a implantação da política de setor dependia fundamentalmente da equipe e das condições encontradas. Assim algumas experiências foram bem sucedidas e outras nem saíram do papel.

Desviat (2002:34) avalia, na consecução da reforma psiquiátrica francesa, alguns problemas decorrentes da sua concepção particular de assistência, centralizada em um sistema liberal de saúde. O panorama registrado pelo Relatório Massé, de 1992, confirma a “sobrevivência do hospital psiquiátrico”, apontando o receio de que a evolução da psiquiatria na França ocorra em dois tempos: “uma psiquiatria ‘de ponta’, no hospital geral, hipermedicalizada e claramente biologicista” e num outro tempo, “no hospital psiquiátrico, uma psiquiatria encarregada de gerir a cronicidade”.

Uma estimativa atual da política de setores, segundo Cavalcanti (1997), aponta que ela perde terreno e talvez tenha seus dias contados. A autora sinaliza várias causas

para tal fato, entre elas a expansão dos setores privados e a política neoliberal que, cada vez mais, desobriga o Estado com relação à assistência pública.

A administração dessa política de setor também é considerada, na medida em que o internamento continua sendo mais bem pago que uma intervenção extra-hospital; não houve diminuição de leitos e nem solução para os casos dos *resolving door patients*<sup>104</sup>.

Houve também resistência dos próprios profissionais, nem sempre dispostos a modificar seus hábitos de trabalho. Todas essas questões foram produzindo crises às quais se acrescem as inúmeras tentativas tecnocráticas, que vêm sendo feitas, no sentido de atomizar o campo da psiquiatria segundo as sintomatologias apresentadas.

Para Desviat (2002: 34), a situação de qualquer hospital psiquiátrico, “do Primeiro ou do Terceiro Mundo, de 20 anos ou de três dias atrás” é a mesma, “o mesmo cheiro, os mesmos enfermos recentes misturados, os mesmos pacientes crônicos e o mesmo desarraigamento do presente sanitário e social”.<sup>105</sup>

Apesar das crises, a Política de Setor continua, ainda hoje, sendo a política oficial de assistência ao doente mental, na França.

### 3.3.2– A Reforma Psiquiátrica Italiana: a Psiquiatria Democrática<sup>106</sup>

Nada melhor para iniciar a exposição sobre a reforma italiana do que a fábula citada por Basaglia que, penso, traduz o espírito da Reforma, dá sentido claro, visibiliza aquilo por que Basaglia lutou.

Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e de onde passou a impor ao homem sua vontade, privando-o assim de sua liberdade. O homem, estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então dá-se conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: “No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela, a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa, de agir autonomamente”. “Em vez da liberdade ele encontra o vazio”, porque “junto com a serpente saíra a sua nova ‘essência’, adquirida no cativeiro”, e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano da sua vida. (Basaglia, 1991: 132).<sup>107</sup>

<sup>104</sup> Pacientes em alta que retornam frequentemente com recaídas, o que se torna extremamente oneroso.

<sup>105</sup> Desviat refere-se ao hospital de St.-Anne, considerado *baluarte da psiquiatria francesa*.

<sup>106</sup> Alguns autores a nomeiam Psiquiatria Antiinstitucional. Encontrei as duas formas e optei por esta.

<sup>107</sup> Posteriormente, reencontro essa fábula citada por Amarante (2000b), reafirmando o seu sentido de referência na trajetória basagliana.

Penso que essa fábula dá a dimensão do caráter político implícito na reforma italiana: não se trata somente de *tratar* o doente, mas de criar condições, para que ele *vomite a serpente* e possa resgatar a sua liberdade de ser, de ser diferente inclusive... E a criação dessas condições, na realidade, implica em desmontagens, ultrapassa o hospital psiquiátrico e se remete à própria sociedade: suas instituições e seus aparatos de exclusão. Requer um aprendizado da convivência às vezes radical com a diferença e, muito, muito trabalho, na medida em que também somos todos escravos de serpentes...

Para Basaglia (1991:101-2), as instituições são marcadas pela divisão entre “os que têm o poder e os que não o têm”, trazendo como conseqüências “práticas de violência e exclusão” nas relações sociais. Afirmo ainda que a sociedade atual, como uma forma de não expor sua violência e abrir discussões e conflitos em seu próprio seio, refina os mecanismos de exclusão. Delega aos técnicos este exercício, que é executado com maestria, legitimado muitas vezes, pela aura de cientificidade e neutralidade, que “faz com que o objeto da violência se adapte à violência de que é objeto, sem sequer chegar a ter consciência dela”.

É nesse sentido que questiona as práticas ortopédicas, que silenciam os conflitos, calando “as reações do excluído em relação ao excludente”, minam as resistências e adaptam o indivíduo “à sua condição de objetos de violência”, (1991:103-110), o que aponta a necessidade de uma reflexão permanente sobre a práxis.

Justifica seu discurso como “antiinstitucional, antipsiquiátrico (isto é antiespecialístico)” porque transcende o terreno da psiquiatria; amplia-se para o sistema institucional, atingindo “as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica - que atua como sustentáculo dos valores dominantes -, para depois se tornar crítica e ação política”, (1991:9).

À realidade dramática do manicômio, não cabem respostas somente técnicas; estas não produzem transformações e acabam por sustentar os processos de exclusão que continuam tendo a instituição hospitalar como seu espaço *formal*. A loucura continua prisioneira do estigma, do lugar em que a sociedade a coloca.

Desta realidade decorre a afirmação de Basaglia (1991:129) de que a transformação da realidade manicomial passa, necessariamente, pela saída “do território exclusivamente psiquiátrico” construindo “na sociedade as condições para que ela, como espaço real da vida humana, participe da solução”. Implica, em última análise, na transformação da própria sociedade, lutando contra o desrespeito ao ser humano, às

condições miseráveis de vida, à desumanidade e a segregação produzida pelo sistema asilar, ou seja, nos implica a todos, profissionais de saúde ou não.

A proposta basagliana considera que “a doença não é a condição objetiva do doente, mas o que o faz *assumir o aspecto que tem* reside na relação com o médico que a codifica e com a sociedade que a nega”. Na sua visão (1991:109), “a objetivação<sup>108</sup> do homem em síndromes, operada pela psiquiatria positivista” com efeitos de exclusão para o doente “confirmado como categoria fora do humano” advém de uma ciência que exclui aquilo que não compreende.

Segundo Amarante, (2000b:77), a partir de críticas ao cientificismo da psiquiatria, Basaglia propõe uma transgressão a um modo de *praticar* a ciência positivista, no sentido de “afrontar cientificamente o problema do doente mental” colocando “entre parêntesis<sup>109</sup> a doença e o modo no qual ela foi classificada, para poder considerar o doente no seu desenvolver-se em modalidades humanas que, propriamente enquanto tal, devemos procurar avizinhar-nos”.

Para este autor (2000b:79-8-92) colocar a doença entre parêntesis não significa “negação da existência da doença”, mas “uma recusa à aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico”. Constitui-se como “um processo, a um só tempo provisório e permanente”, no sentido de que objetiva tanto a emergência “do sujeito, seus desejos e sentimentos obscurecidos pelo conceito de doença mental” quanto “a discussão do saber psiquiátrico em toda a sua extensão”.

A doença entre parêntesis possibilita ainda *desvelar* aquilo que não lhe é próprio, mas que decorre da condição de institucionalização do doente. Basaglia (*apud* Amarante, 2000b:80-83) nomeia isso que se “sobrepõe à doença, que surge como consequência do processo de institucionalização, que homogeneiza, objetiva e ‘serializa’[...]a todos aqueles que entram na instituição” como “duplo da doença mental”. Para ele, o “primeiro e mais fundamental ato terapêutico” é “enfrentar esse duplo, desmontar as incrustações, revelar o sujeito que sob ela se mascara e se coisifica”. O conceito de duplo é um revelador da “função, alienante, violenta, iatrogênica da psiquiatria, mas, fundamentalmente, coloca em questão sua função terapêutica”.

---

<sup>108</sup> Define essa objetivação como localizada “no interior da relação entre doente e terapeuta, no interior, portanto, da relação entre o doente e a sociedade que delega ao médico sua cura e tutela”.

Para situar a posição de Basaglia penso ser interessante trazer, para esse contexto, recortes da história profissional de Basaglia. Nas palavras de Amarante (2000b:65), quando Basaglia assumiu a direção do “Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia”, extremo norte da Itália, ele vinha de uma experiência de trabalho na Universidade, “completamente diferente e distante da verdadeira assistência pública”.<sup>110</sup>

A instituição psiquiátrica descrita por Basaglia (*apud* Desviat,, 2002:42) dá a dimensão do choque sentido: “um imenso receptáculo cheio de corpos que não podem vivenciar a si mesmos, e que estão ali, ‘a espera de alguém que os ocupe’ para fazê-los viver de uma outra maneira, na esquizofrenia, na psicose maníaco-depressiva ou na histeria: definitivamente coisificados”

O impacto deste encontro produz a busca de outras alternativas, num movimento de transformar a realidade asilar, tornando o manicômio um hospital que curasse. Aproxima-se, num primeiro momento, do modelo de comunidade terapêutica inglês (Maxwell Jones) e do movimento de psicoterapia institucional, preconizado por Tosquelles.

A aproximação dessas novas alternativas e a sua prática lhe mostrou “o caráter absolutamente superficial[...]de medidas reformadoras do asilo”. Não basta “descristalizar as funções dos três pólos da vida hospitalar (doentes, enfermeiros e médicos)” criar uma organização interna, uma ordem “nascida de suas exigências e de suas necessidades”. Não adianta mudar a instituição hospitalar, se existe um lá fora que permanece igual, que impossibilita um processo de reinserção gradual, cuidadosa “desses elementos que não sobreviveram ao esforço, que não participaram do jogo” e que por isso foram excluídos (Basaglia, 1991:115).

O trabalho de Basaglia e sua equipe no hospital de Gorizia, por dez anos, produziu efeitos surpreendentes nas relações, posições, movimentação dos doentes, equipe, causando novas circulações. Estas transformações que se deram do interior para o exterior, impunham o passo seguinte e uma interrogação insustentável que dizia respeito ao fato de transformar o hospital em um espaço de liberdade “para fazer o quê? Para

<sup>109</sup> O colocar entre parêntesis refere-se ao sentido da *epochè* husserliana, que permite a construção do fenômeno na inter-relação observador/observado, incluindo a ambos nessa construção. .

<sup>110</sup> Esta afirmação me chama a atenção e me interroga porque aponta o distanciamento entre Universidade e *vida real*, que sustenta o desconhecimento da crueza das experiências que aí se dão. Traz questões com relação à formação profissional, ao papel que ocupamos nos circuitos de transmissão. Considerando o *estado da arte* em que se encontra a saúde no Brasil esta uma questão no mínimo preocupante, se olharmos para a realidade mais ampla, contextualizada nos cenários e exigências da contemporaneidade, discutida no capítulo 2, referente ao Trabalho.



permanecer no recinto do hospital sem ter nenhum direito etc?”, conforme Gallio e Constantino (1993:94)

Amarante (2000b) mostra, no percurso de Basaglia, as influências, a consistência teórica dos argumentos e das ações que ele vai construindo, advindos do seu encontro com a realidade institucional, de sua formação e, penso, de uma luta constante para se manter *livre da serpente*.

Ao mesmo tempo fica clara a sua *não* possibilidade de concessão ao que já existia, visto como *reformismo*, uma maquiagem encobridora, que tornaria a instituição talvez mais humana, contudo excludente, sustentando a cronificação de comportamentos descrita por Goffman (2003:289).

Como resposta à sua estigmatização e à privação que ocorre quando entra no hospital, o internado frequentemente desenvolve certa alienação com relação à sociedade civil, e que às vezes se exprime pelo fato de não desejar sair do hospital. Essa alienação pode desenvolver-se independentemente do tipo de perturbação que levou o paciente a ser internado, e constitui um efeito secundário da hospitalização, que muitas vezes tem mais significação para o paciente e seu círculo pessoal do que suas dificuldades originais.

Neste sentido, a ruptura com aquilo que estava instituído era uma imposição, eu diria, imposição ética evidenciando, ao mesmo tempo, a coragem que tal empreitada demanda, pela solidão que as rupturas provocam e pela sustentação da posição de não colocar um “projeto terapêutico” neste lugar. Basaglia (*apud* Amarante, 2000b:65) nomeava sua experiência como “aventura psiquiátrica no sentido de invenção e superação das verdades científicas”, que trazem mais questões que respostas.

Ele assim descreve o processo de transformação que se opera na instituição

A realidade de hoje não é a mesma de amanhã: desde o momento em que a fixamos ela se desfigura ou fica superada. Trata-se simplesmente da elaboração conceitual de uma ação prática que foi amadurecendo à medida que o sistema de vida concentracional cedia lugar a um estilo mais humano de relações entre os componentes da instituição. Os problemas e as maneiras de enfrentá-lo foram-se modificando gradualmente, conforme se ia esclarecendo o campo específico em que se agia, com sua gradual dilatação para um terreno mais vasto. É o que interessa em nossa ação cotidiana, (1991:128).

Para ele a construção de uma “relação mais autêntica” entre equipe e paciente, é condição de possibilidade de mudança e tem como passo inaugural a instauração de “uma relação de tensão recíproca para romper os laços de autoridade e paternalismo”, presentes no hospital psiquiátrico, sustentando “a institucionalização”.

O exercício dessa *aventura* requer, permanentemente, a disposição “de inventar a cada dia as possibilidades de encontro, o que significa[...]seja para os operadores, seja

para os usuários, a possibilidade de escolher entre diferentes percursos,” (Gallio e Constatino, 1993:112).

Penso que uma das questões revolucionária trazidas por este movimento diz respeito ao trabalho de construção que na proposta de Basaglia, me parece permanente, não só do ponto de vista do conhecimento, mas da subjetividade. Penso que sua proposta não supõe *tabulas rasas*, mas exige que o conhecimento que cada um traz/constrói não se cronifique e se transforme num *tamponador*.

Gallio e Constantino (1993: 112), apontam a diferença entre a instituição como *establishment*, — definida e regulamentada, e a instituição continuamente reinventada, lugar de trocas, comércios, que envolve o uso (e a decifração?) de muitos códigos, o relacionamento com as leis dos vários espaços, os limites, as novas fronteiras, sempre em processo de *reconstrução*...

Neste circuito se inscreve o “aspecto terapêutico do trabalho”[...]que consiste em “viver dialeticamente as contradições do real”. A recusa em dar ao problema mental “uma solução técnica[...]enquanto doença”, permite uma aproximação da “experiência[...]do doente, da sua experiência de sofrimento com e em relação à realidade”, o que acarreta uma “busca sistemática e invenção de novos tipos de pesquisa e novas estruturas terapêuticas”, não institucionalizadas por regras e normas (Amarante, 2000b:93-4).

O desafio apontado pelo autor (2000b: 94): está na formulação de “um sistema de referimento que deve ser sistematicamente destruído e transcendido para, assim, tornar-se possível construir/ desconstruindo um novo tipo de relação entre doentes, técnicos e sociedade”. Tal prática reafirma uma relação contratual com o doente, implicando numa permanente invenção de “novas estratégias de mediação que vão desde de estratégias médicas ou psicológicas a estratégias culturais, sociais e políticas”

Para Basaglia (*apud* Amarante, 2002:73-4), a psiquiatria, o manicômio ou os técnicos não podem “ser pensados de forma neutra”, na medida em que pertencem “a um aparato científico que funciona, bem ou mal”, dependendo das contingências administrativas, científicas ou disponibilidade de recursos. A primeira condição de possibilidade da experiência de Gorizia “refere-se ao questionamento dos técnicos, que deveriam rejeitar, desde então, a delegação de poder implícita nos seus saberes”. A maior dificuldade da “renovação institucional” se localiza nos

obstáculos que a equipe terapêutica (e aqui nos referimos também aos enfermeiros) encontra no esforço de renovar a si mesma, com os internos, de modo a permitir a si mesma e aos

internos, readquirir a própria liberdade subjetiva e objetiva, contestando a não-liberdade das leis e dos preconceitos da sociedade (Basaglia, 2002: 39).

Penso que isso não é banal, implica rupturas pessoais complexas, na medida em que esses mesmos técnicos que se dispõem a mudar e arcar com as conseqüências são os

executores materiais[...]da violência que se exerce sobre as pessoas, com o pretexto de, legal e cientificamente, recuperá-los. São esses mesmos operadores que devem refletir sobre suas funções e papéis, sobretudo sobre suas reais possibilidades de transformação, (Amarante, 2002: 74).

A assunção desta posição e compromisso, não oferece garantias de não deserções ao longo do caminho, que sem dúvida é o caminho mais difícil, ir contra o fluxo...

A dimensão da resistência aparece na reação/ relação com os estabelecimentos oficiais de formação. Rotelli (2002:164) afirma que “a maior parte das universidades italianas tem se colocado em oposição à reforma”; as alianças com outras faculdades, como a Faculdade de Direito, são mais fáceis do que com a Faculdade de Medicina, salvo três ou quatro, que se organizaram e ofereceram um bom trabalho comunitário. A relação com a Universidade em Trieste foi sempre conflituosa, mas têm havido pressões dos estudantes no sentido de fazerem estágio prático nos serviços de assistência criados pela Reforma. Atribui a esse ato um sentido de mudança nas “cabeças dessas pessoas”.

O processo de desinstitucionalização é complexo e intenso na medida em que

não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituições no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos (Amarante, 2000a:49).

Refere-se tanto à desmontagem da institucionalização, que causa danos ao doente, pelo autoritarismo, coerção e submetimento que lhe impõe, quanto ao poder institucionalizante, que diz respeito às forças, “mecanismos e aparatos institucionais”<sup>111</sup>, que são colocados para operar o processo de institucionalização (Amarante, 2002:84).

Agindo, simultaneamente, no “nível teórico e no nível político”, no campo dos saberes e das práticas, que constituem a psiquiatria, o processo de desinstitucionalização

<sup>111</sup> Basaglia inclui nesta denominação as técnicas modernas, os dispositivos criados, etc, que visam sustentar a instituição, ainda que as transformem humanisticamente. Ver nota 78 de Amarante, p.71.

proposto por Basaglia, questiona a ‘nova psiquiatria’, definida como “um conjunto de técnicas de modernização do saber psiquiátrico, que[...]adota os mesmos esquemas positivistas que renovam o ideal da vocação terapêutica, a camuflar suas verdadeiras funções sociais” (Amarante, 2000b:86-71-2).

A ‘nova psiquiatria’ coloca o seu saber “à disposição para dar consistência e legitimar novas categorias de patologias, de desvios e de condutas anormais” produzidas na contemporaneidade. O mandato social e o *camuflamento* de suas funções lhe permite atuar como um dispositivo de “controle técnico-social[...]mais penetrante e sutil que a psiquiatria tradicional” (2000b:88-92). Transforma as “instituições da violência [...]em instituições da tolerância”, mantendo apartados sociedade/doente mental, na medida em que a “relação loucura e exclusão não é dialetizada”(2000b:89-90-1). O problema mental continua exclusividade da psiquiatria, tratado com respostas técnicas.

Assim, o movimento italiano de desinstitucionalização, enquanto negação da instituição, não é negação da doença mental, nem da psiquiatria, não é resolvido pelo fechamento do hospital psiquiátrico e não “contempla, em absoluto, a idéia de desassistência” nas palavras de Amarante (2002:146).

A negação da instituição, segundo Rotelli e Amarante (1992:44) refere-se a uma negação “do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social”.

A prática indicada pelo movimento italiano circunscreve um outro tipo de inserção, comprometida por natureza, e muito mais exigente enquanto trabalho de sustentação. Propõe um *descredenciamento* do saber-fazer da psiquiatria tradicional, efetuando se uma *desconstrução* não só ao nível das técnicas, mas também dos técnicos. Impõe aos psiquiatras e técnicos de psiquiatria uma renúncia tanto a um saber já pronto sobre a loucura, sobre os seres humanos, quanto ao mandato socialmente reconhecido “de exclusão, segregação e medicalização do sofrimento humano e das formas sociais de produção da anormalidade”. Diz respeito a uma posição ética, razão porque “a ruptura com o princípio da exclusão”[...]“não é um processo, nem prática, nem teoricamente simples” (Amarante, 2000b:100-1); implica ousadias, riscos.

A saída do hospital, a “renúncia ao espaço protegido”, *establihsment*, para arriscar na procura de outros espaços, produz o que Basaglia (*apud* Gallio e Constatino, 1993:124) definiu como ‘*fase da anomia*’, a confusão causada pela perda de fronteiras, perda dos limites, pelo sair de casa. Paradoxalmente é de uma riqueza extrema quanto às possibilidades de invenção/criação de “novos espaços de relacionamento com o doente,

espaços de encontro, busca de alianças, não mais em um lugar cercado por fantasmas”...

Cavalcanti (1997) dividiu o movimento italiano em dois tempos. Num primeiro tempo, a experiencição de transformações no manicômio, possibilitando ao doente, sair do lugar objetalizado que lhe foi designado, resgatando a sua condição de humanidade, o direito de ir e vir, de fazer escolhas, de decidir, devolvendo-lhe uma *postura* frente ao mundo.

O segundo momento demanda uma tomada de consciência política, e é mais obscuro “talvez pelo fato de comportar em si mesmo as contradições que busca resolver” (1997:131). As mudanças vão se fazendo através de atos possibilitadores.

Para a autora, o movimento italiano passou pela fase da “Instituição Negada”, da desconstrução do manicômio. Fundamentada em Leonardis, Mauri e Rotelli (1997:134), afirma que o processo de desinstitucionalização italiano vive, atualmente, a fase da “Instituição Inventada”, inventada por e em cada um dos seus operadores e suas questões: Tratar? Curar? Prevenir? Implica uma prática revolucionária, de construção cotidiana da *práxis*, da habilidade “na arte de espera, a fim de não atropelar o processo”, produzindo “micro-revoluções” dentro de cada um. Esta “talvez seja a única revolução viável e possível, a revolução de tornar as nossas misérias cotidianas um pouco menos dolorosas e um pouco mais solidárias umas com as outras” (1997:142-3).

A experiência de Gorizia e Trieste testemunham viabilidades/ possibilidades na direção das propostas basagliana. Segundo Rotelli e Amarante (1992), a partir de Gorizia começa a ser construída uma posição crítica com relação à instituição psiquiátrica que vai se ampliando e que é reforçada pelos desdobramentos de Trieste.

Em maio de 1978, a justeza desta luta é reconhecida com a aprovação da Lei 180, também chamada *lei Basaglia*: o Parlamento Italiano decreta entre outras medidas relativas à saúde mental, o fechamento dos manicômios e a criação de serviços alternativos na comunidade. A lei restitui a cidadania e os direitos civis ao doente e se constitui instrumento valioso no processo da Reforma; também cria conflitos e transformações.

Para Desviat (2002: 46-7) ainda existem aspectos a serem aperfeiçoados: desenvolve-se de maneira desigual, segundo cada região, sendo que as regiões mais ricas do norte contam com os “dispositivos necessários”. O núcleo basagliano primitivo se mantém em Trieste com Rotelli e Dell’Acqua, atendendo especialmente à

cronicidade, “tanto no espaço de acolhida, como na reabilitação por meio do trabalho”; desenvolve uma ampla rede de serviços.

A montagem da rede de serviços articulada nos centros de saúde mental, que permanecem abertos 24 horas, possibilitou o fechamento dos hospitais e a manutenção dos cuidados com a “população crônica”. As cooperativas de pacientes, transformadas em Empresas Sociais, permitem uma reinserção do doente ao mundo do trabalho “normalizado, ainda que protegido”.

A avaliação de Rotelli e Amarante (1992: 47) é de que recentemente existem propostas de melhoria, no sentido de definir mais claramente “serviços, quadro de pessoal ou de tipologia de serviços alternativos” bem como no sentido de sua maior explicitação, “precisar tempos e formas para a realização das estruturas, assim como também as formas dessas estruturas e as articulações entre elas”.

Dados coletados por De Salvia, no período de 1978 a 19819 (cf. Desviat, 2002), acusam diminuição dos leitos manicomiais, inclusive nas clínicas particulares bem como a diminuição das internações.

Creio que as referências do movimento italiano, sua beleza e seus avanços, nos dão alento na sustentação de crenças e de apostas, para que possamos construir os caminhos possíveis, com têmpera para suportar os percalços.

### **3.3.3- A Reforma Psiquiátrica Brasileira<sup>112</sup>**

A proposta da reforma brasileira, também traz embutida uma ruptura com um tipo de prática psiquiátrica, que valoriza a medicação, a eliminação dos sintomas, que vê a loucura como equívoco, como razão errada, que demanda um lugar e um tempo de internação para ser consertada. Impõe deslocamentos à moda do *pau de chuva* dos índios, que permitam movimentação contínua de novas e variadas formações caleidoscópicas.

É nessa direção que Corbisier (1992) fala da necessidade, já apontada por Freud, de escuta da loucura, em sua polissemia, em sua irreverência, naquilo que nos desconcerta e nos interroga.

A “subversão da noção da loucura” proposta por Freud, (*apud* Corbisier, 1992:10), vê no delírio “uma forma de dar sentido a uma experiência psíquica”. Neste

---

<sup>112</sup> Amarante (2000a) é o meu guia principal nesse percurso histórico do movimento de Reforma.

contexto, propõe a fala como possibilidade de “alívio da dor psíquica”: sua produção não deve ser calada, “corrigida” ou “abolida”, mas “escutada”, “recuperada”, “construída” na sua diferença, na sua singularidade. Propõe uma mudança visceral no olhar e na intervenção sobre o “louco”.

Para a autora (1992:11) não se trata mais de reconduzir o *louco*, perdido na “desrazão”, ao caminho do meio, de uma razão padronizada (no sentido da igualdade pineliana), ou de interná-lo diante da primeira manifestação delirante, nem de padronizar/ aprisionar as pessoas, sua produção e sua história sob um mesmo rótulo, num longo tempo de internação, aí sim, tornando-os todos iguais: “calados, entorpecidos pelos remédios, com efeitos e defeitos decorrentes do[...]tempo passado no manicômio”.

Penso que essa ruptura coloca em questão o saber construído e aplicado a todo tempo, lugar e pessoas, e requer, fundamentalmente, uma posição de escuta, despojada, humilde e disponível dos profissionais – talvez a tarefa mais difícil – e, a partir dessa escuta, ir procurando novas vias de lidar com a loucura, caminhos que vão sendo construídos na medida dos nossos passos, como sugere o poeta Machado: “Caminhante, tuas pegadas são o caminho, nada mais. Caminhante, não há caminhos; faz-se o caminho ao andar” (in: Bohoslavsky, 1997:27). Nesta busca de caminhos se situa a Reforma...

Segundo Amarante (2000a:88), no Brasil, o período compreendido entre a “constituição da medicina mental” até a Segunda Guerra Mundial é considerado como “a trajetória higienista” onde o saber psiquiátrico, “instrumento técnico-científico de poder[...]está a serviço de um projeto de medicalização social”. Caracteriza-se por uma prática disciplinar, que se propõe a organizar espaços, das instituições, das cidades, como “um dispositivo de controle político”.

O autor assinala que o surgimento de uma trajetória não implica na supressão da anterior podendo, duas trajetórias diferentes coexistirem, ao mesmo tempo. Neste sentido divide a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira em três períodos.

O primeiro período, compreendido entre 1978 e 1980, é nomeado como “trajetória alternativa” entendendo-se por alternativa qualquer prática que não esteja sob o rótulo de psiquiatria tradicional, caracterizada pelo asilo. Contextualiza-se em um tempo marcado pelo final do regime militar, pela possibilidade de veiculação das insatisfações, e por um movimento crescente de participação política, como retomada do exercício da cidadania.

Esta conjuntura, de um começo de abertura política, de grande ebulção crítico-cultural, vai delineando a construção de um “pensamento crítico sobre a natureza e a função das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas” (2000a:90). Esse posicionamento vai sendo delineado a partir de leituras e conferências de intelectuais europeus e americanos, das notícias de experiências em psiquiatria realizadas em países da Europa, constituindo-se como referenciais críticos para se pensar as nossas realidades, produzindo uma outra condição para *escutá-las*, possibilitando o *nascimento* do movimento de Reforma.

Segundo Amarante (2000a:75-6), o processo da reforma psiquiátrica não só traduz uma ruptura com o paradigma da psiquiatria tradicional, produzindo uma gama de efeitos que não se restringem ao “campo técnico-assistencial”, mas como processo acontece, simultânea e articuladamente, “nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sicionatural”.

Penso ser importante discutir os sentidos do termo Reforma. Segundo Ferreira (1975:1204), reforma está ligada ao “ato ou efeito de reformar, mudança, modificação ou reformação, forma nova etc”; *re* é um “prefixo latino que significa movimento para trás, repetição, intensidade, reciprocidade, mudança de estado”; *forma* também vem do latim, “diz respeito à forma, no sentido de ter forma, modo de ser, como algo se apresenta, modelo de se fazer alguma coisa[...], ao lado de alinhamento, fila etc”.

Deste modo, assim como reforma pode estar ligada a um movimento de modificação, mudança, uma nova forma, também porta o significado de *reforma*, no sentido de movimento pra trás, repetição, voltar para a *fôrma* (no sentido de formatar).

Deleuze (*apud* Foucault 2003a:72) faz uma crítica à noção de reforma, apontando que ou ela “é elaborada por pessoas que se pretendem representativas”, falam “pelos outros, em nome dos outros, e é uma reorganização do poder, uma redistribuição de poder, que se acompanha de uma repressão crescente” ou ela é “reivindicada, exigida por aqueles a quem ela diz respeito”. Neste caso “deixa de ser uma reforma, é uma ação revolucionária, que por seu caráter parcial está decidida a colocar em questão a totalidade do poder e de sua hierarquia”. Estas são questões que devem ficar como pano de fundo na correção das rotas: a que concepção estamos atendendo?

O tipo de formatação, que vai *desenrolando* a história do movimento da Reforma é uma escolha que atende a minha crença na história como dispositivo de memória e do meu compromisso com o processo de transmissão, enquanto possibilidade de resgate dessa memória, daí a escolha do autor.



O estopim do movimento de reforma foi a crise no DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde, “responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental”, promovida por denúncias sobre irregularidades no CPPII (Centro Psiquiátrico Pedro II), no Rio de Janeiro, trazendo a público a “trágica situação do hospital” (Amarante: 2000a:51-2).<sup>113</sup>

Recebe adesão do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Acontecem reuniões, assembleias, formam-se comissões, ocupando vários espaços e adquirindo visibilidade pública. Organiza-se o Núcleo de Saúde Mental do Sindicato dos Médicos e o Núcleo de Saúde Mental do CEBES. No bojo desse movimento nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) como um espaço de luta não-institucional, de debates, de propostas, de crítica ao modelo manicomial e suas mazelas. Esta crise, em princípio circunscrita, acaba tomando uma dimensão nacional.

O MTSM se caracteriza como um movimento em saúde mental com participação popular, acontecendo dentro de variadas organizações políticas. Segundo Amarante (2000a:57-8), “é no seio do MTSM que se funda um exercício regular e sistemático de reflexão e crítica ao *status quo* psiquiátrico e de onde surgem[...]as propostas teóricas e a práxis de uma nova política de saúde mental”. Seus movimentos são traduzidos na própria opção que fazem por uma forma organizacional não institucionalizada e que se reflete no modo de “conceber e lidar com a loucura, em permanente deslocamento teórico e prático”. Não se constitui como um movimento monolítico e nem linear, como seu próprio percurso o demonstra.

O MTSM tem um pensamento crítico marcado pelas proposições basaglianas. Ocupa espaços importantes nas instâncias decisórias e constitui-se como pólo aglutinador de reivindicações do ponto de vista trabalhista, da formação de recursos humanos, do modelo médico-assistencial, das condições de atendimento, das relações entre instituição, clientela e profissionais.

Segue-se um tempo rico em eventos como encontros e congressos, em vários estados, cujas discussões abrangiam as políticas de saúde, a privatização da saúde, as

---

<sup>113</sup>Amarante descreve com detalhes o movimento, os órgãos que dele participaram e o papel que desempenharam neste cenário, o que também dá uma dimensão da potência do movimento social, na época, marcado por uma sede de participação, de justiça e liberdade, que conclamava a todos; a resposta social era quase que imediata.

instituições psiquiátricas, a relação entre problemas sociais e doença mental; a realidade dos hospitais psiquiátricos vai sendo desvelada.

Os encontros, as trocas vão construindo uma percepção de que as mudanças no sistema de saúde estavam ligadas às lutas de outros segmentos da sociedade, em busca de uma sociedade mais justa e democrática. Começa a tomar forma mais consistente a crítica ao modelo asilar de marginalização dos grandes hospitais públicos.

Segundo Amarante (2000a:56), o tom das discussões do MSTM vai se revestindo de um “crescente caráter político e social”, com uma “postura politizada[...]radical e crítica”, empenhada na defesa dos direitos dos pacientes. Constitui-se uma Comissão Parlamentar de Inquérito para apurar “distorções na assistência psiquiátrica no Brasil” e rever a legislação penal e civil ligada ao doente mental.

Paralelamente a estes movimentos de questionamentos das políticas de saúde em geral, e dos modelos de gerenciamento das instituições públicas, a Previdência Social apresenta uma realidade orientada por uma política de saúde de caráter privacionista, voltada para a compra de serviços de unidades hospitalares privadas, sob forma de credenciamentos e convênios. Alega a necessidade de prestação de serviços/assistência mais qualificados. Essa política é incrementada, a partir do Plano de Pronta Ação, (PPA).<sup>114</sup>

As conseqüências de tal política logo apareceram sob forma de aumento das internações e reinternações, aumento do tempo médio de internação, indo contra as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) o déficit orçamentário nos cofres da Previdência. Instaura-se uma crise institucional de caráter ético, financeiro e assistencial.

É neste cenário, que tem nascimento a co-gestão entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e Ministério da Saúde (MS), no início dos anos 80, constituindo marco na trajetória das políticas de saúde pública. A co-gestão visa redirecionar as políticas de saúde, delegando a assistência, prioritariamente, ao setor público. O Estado incorpora os setores críticos em saúde mental e o MTSM ocupa

---

<sup>114</sup> Um olhar para a história produz certa perplexidade na verificação da recorrência de práticas de *remendo* nas situações críticas, ao invés de produzir ações de base, de estrutura, que produzam transformações efetivas. É curiosa a nomeação que estas situações portam, e como se revelam enquanto intenções/posições: se a assistência está crítica, transferimo-la para outro dono, num plano de pronta ação. Essa *arrumação-maquizada* tem um certo poder/efeito convincente de *canto de sereia* aos mais desavisados. Fica-se na medida paliativa, que às vezes é fundamental, necessária e urgente, mas nunca suficiente na direção da mudança.

espaços nas unidades hospitalares públicas, ligadas ao DINSAM, na área de assistência psiquiátrica.

Amarante (2002a:91) demarca o início dos anos 80, como o segundo momento da Reforma Psiquiátrica, nomeado “trajetória sanitarista”, com ênfase nos “planos de medicina comunitária, preventiva ou de atenção primária”. Esta realidade traz mudanças de rumo nos encaminhamentos do movimento; a postura de um pensamento crítico em saúde é suplantada<sup>115</sup> pela posição de que “a ciência médica e a administração podem e devem resolver o problema das coletividades”. Para tal basta que se organizem os serviços, as dotações de recursos, as instituições e tudo funciona, opera, organizadamente. É um momento nomeado pelo autor como “vigorosamente institucionalizante”, que vai calando discussões de caráter reflexivo sobre as práticas da medicina, o papel dos técnicos e das técnicas.

A co-gestão, considerada marca do período sanitarista, propicia um outro modelo de gerenciamento de hospitais públicos, implementando maior descentralização e dinamismo em um modelo assistencial, debilitado e viciado pelas práticas privatizantes. Um dos objetivos da co-gestão é a diminuição do repasse de verba pública para hospitais privados, trazendo como consequência a necessidade de ampliação dos leitos na rede pública. Este fato começa a revelar as contradições, na medida em que a intenção do MTSM é “desmontar a aparelhagem institucional psiquiátrica” (Amarante, 2002a:63).

As diretrizes estabelecidas para a co-gestão dizem respeito a uma assistência prestada de forma universalizada (independentemente de ser ou não previdenciária); os recursos são utilizados pelos dois ministérios sob forma de cessão, transferências, segundo disponibilidade de pessoal e necessidades dos serviços. Quanto aos recursos financeiros há o estabelecimento de convênios com entidades nacionais e estrangeiras, transformando as atividades de ensino, pesquisa e assistência em atividades administrativas a serem desenvolvidas nos hospitais.

Em setembro de 1981, cria-se o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Pública, CONASP, ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, encarregado de organizar a assistência. Apresenta um plano para a assistência psiquiátrica, sob as diretrizes da Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS, e da

---

<sup>115</sup> Uso o verbo suplantado porque trata-se de um jogo de forças políticas: em momento algum, senti que a posição crítica tivesse acabado; apenas as peças mudaram de lugar, ficando mais ou menos visíveis.

OMS, privilegiando o atendimento ambulatorial, com proposta de sua expansão em torno de 50%.

Coloca todos os serviços de psiquiatria, públicos ou privados, sob a supervisão técnica dos hospitais da DINSAM (Centro Psiquiátrico PedroII-CPPII, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira-CJM), transformados em “pólos de emergência, centros de referência em saúde mental e coordenadores de programas, ações e atividades assistenciais desenvolvidas nas diferentes áreas programáticas que compõem o município do Rio de Janeiro”(2000a:62).

Objetiva diminuir em 30% o número de internações, reduzir de 90 para 30 dias o tempo médio de internação. A principal oposição veio do setor privado representado pela Federação Brasileira de Hospitais, FBH.

Alguns membros do MTSM, optando pela via “institucional”, foram incorporados ao aparelho público, na formulação e gerenciamento das políticas públicas de saúde mental e assistência psiquiátrica, no sentido de viabilizá-las. Enfrentam oposições de alguns setores e acabam formulando políticas “não mais que modernizantes, ou tecnicistas, ou ainda reformistas”, misturando-se com o Estado (2002:67-8).

Outros membros do MTSM, optando por uma “linha predominantemente sindical” entram nas instituições públicas com o objetivo de transformá-las na base, junto com as lutas internas dos demais trabalhadores da instituição.

Na realidade, as duas linhas acabam-se perdendo dos objetivos de transformação da “natureza das instituições psiquiátricas”, na *confusão* com o próprio Estado, comprometem seus projetos originais na luta “pela democratização do País e das instituições” (2002a:69).

A continuação da trajetória iniciada pela co-gestão se faz marcada por um movimento de encontros, conferências em torno da saúde mental. A partir de 1985, boa parte das chefias de programas estaduais e municipais de saúde mental, direção de importantes hospitais públicos e algumas universidades estavam sob a direção de pessoas pertencentes ao MTSM. Este movimento, ao longo do tempo, formou novos militantes, elaborou propostas na direção da substituição de uma “prática psiquiátrica conservadora”, comprometida com interesses privados, por uma “psiquiatria como prática social” (2002a:69).

Era uma época de efervescência política, de movimentos populares diversos, em diversos setores da sociedade, e de embates ideológicos. Do ponto de vista da saúde mental, organizava-se Encontros, Conferências com fins articuladores para “discutir e

rever suas práticas, criar mecanismos e condições de auto-reforço e cooperação mútua” (2002a:69). Esses espaços propiciavam não só a elaboração de redirecionamentos da saúde, como formação de novos quadros.

Paralelamente continuam acontecendo encontros, como o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental do Sudeste, em Vitória-1985, visando um diagnóstico da assistência e posterior formulação de políticas.

O diagnóstico revela uma realidade “predominantemente hospitalocêntrica e privada das internações”, impondo um aumento de “recursos extra-hospitalares, como hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares abrigados, leitos psiquiátricos em hospitais gerais”; objetivando a diminuição dos leitos psiquiátricos em instituições psiquiátricas. Aponta a necessidade da “regionalização, da hierarquização e da integração inter e intra-institucional[...]participação da comunidade” nas decisões e na avaliação das políticas destinadas à reformulação do setor (2000a:71).

Para responder à carência de recursos humanos, são formuladas políticas que envolvem mudanças curriculares, visando a formação de profissionais de saúde, realização de concursos públicos e “isonomia salarial”, privilegiando a aplicação de recursos na rede pública. Outros desdobramentos, se referiam à transformação das instituições asilares, tornando-as mais dignas, ao fortalecimento do papel da DINSAM, ao controle maior do consumo de psicotrópicos, dentre outros.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde é um evento caro à história do movimento da Reforma. Acontece em Brasília em março de 1986, pela primeira vez com um “caráter de consulta e participação popular” (2000a:70). Contava com representantes de várias instituições da sociedade civil, como “associação de moradores e de usuários, pastorais, sindicatos, etc”. Os desdobramentos indicam a organização de conferências sobre temas específicos, como saúde do trabalhador, saúde da mulher, vigilância sanitária, saúde ambiental”, saúde mental, este último proposto por membros do MTSM.

Essa conferência inaugura a concepção de saúde como sinônimo de qualidade de vida, direito do cidadão e dever do Estado. Define alguns princípios básicos, como “universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização”, implicando o Estado “como promotor de políticas de bem-estar social” (2000a:76-7).

Nos meses seguintes aconteceram várias conferências, encontros, debates e embates entre posições e instituições divergentes. Alguns encontros são marcados pela ênfase dada à participação da comunidade na formulação e execução das políticas assistenciais em saúde mental.

Em março de 1987, é realizada a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, pressionando a realização da Conferência Nacional.

Os encontros se sucedem possibilitando uma avaliação, que mostra as muitas dificuldades, referidas a diferenças de ritmo entre os estados, insuficiente integração interinstitucional, expansão da rede ambulatorial que denuncia a carência de recursos humanos, “inexistência de instâncias intermediárias como emergência de funcionamento diuturno e enfermarias em hospital geral” (2000a:74), com predominância de internações em hospitais privados.

Constroem-se propostas que visam a ampliação da rede básica e de ambulatórios, a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, a capacitação do pronto socorro público para atender emergências psiquiátricas, introduzindo, desta forma a “Saúde Mental dentro do sistema geral de saúde” (2000a:77).

Em 1987, criou-se o Centro de Atenção Psicossocial, CAPS, Professor Luiz da Rocha Cerqueira com objetivo de garantir a assistência “de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social”, oferecendo várias atividades, com possibilidades de expansão, por um período de “oito horas diárias, em cinco dias da semana” (2000a:82). Este CAPS influenciou a concepção ou a modificação de muitos serviços no País.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental realizou-se na UERJ, no Rio de Janeiro, em junho de 1987. Recomenda aos trabalhadores em saúde mental o redirecionamento de suas práticas, lutando pela democratização “das instituições e unidades de saúde” e contra “a psiquiatrização do social”. Reafirma a necessidade da participação popular no nível decisório da elaboração/ implementação das políticas de saúde mental, solicitando ao Estado o reconhecimento dos “espaços não profissionais criados pela comunidade visando a promoção da saúde”. Reafirma ainda a priorização dos investimentos em serviços extra-hospitalares e multiprofissionais, como alternativa ao hospitalocentrismo, (2000a:75).

É considerado um marco na trajetória da Reforma: há uma “renovação teórica e política do MTSM” e um resgate do “tom inicial de sua origem” (2000a:80), deslocado agora para estratégias que objetivam tornar a loucura e as instituições psiquiátricas visíveis à sociedade. Demarca ainda o começo de uma distância entre o Movimento e o Estado, promovendo um funcionamento mais independente e, finalmente, possibilita uma aproximação do MTSM com associações de usuários e familiares.

Há mudanças na direção do cenário: o Movimento tem como estratégia principal a intervenção na sociedade visando envolvê-la nos debates sobre loucura e psiquiatria. A brutalidade da instituição psiquiátrica é revelada através da negação instituída no lema “por uma sociedade sem manicômios”, onde o uso proposital da palavra manicômio, funciona como estratégia de denúncia da não diferença “entre o manicômio judiciário e qualquer hospital psiquiátrico”. A “loucura e o sofrimento psíquico” deixam de ser propriedades “exclusivas” dos profissionais de saúde mental, “alcançam o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos” (2000a:95).

O movimento pela reforma psiquiátrica toma força e demarca “o fim da trajetória sanitaria e o início da trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção” (2000a:93)<sup>116</sup>, que propõe uma nova forma de olhar o doente mental, de lidar com a loucura e com o sofrimento psíquico, envolvendo um trabalho cotidiano no sentido de mudar os hábitos, as culturas, a tecnologia e os papéis dos técnicos, introduzindo uma nova abordagem ética da saúde mental.

O II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em dezembro de 1987, na cidade de Bauru abrange três eixos de discussão: por uma sociedade sem manicômios, discutindo “as questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura”. O segundo eixo discutia a organização dos trabalhadores em saúde mental e suas relações com os velhos e novos atores da cena. A análise e reflexão das práticas concretas, objetivando uma posição crítica sobre as mesmas, bem como a sua socialização entre os profissionais, constituiu o terceiro eixo.

Este congresso, que ficou conhecido como o “Congresso de Bauru”, se caracterizou por uma participação intensa e ativa de “lideranças municipais, técnicos, usuários e familiares” (2000a:95). A ele se somaram outros eventos, no Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador.

Em maio de 1989, a Secretaria de Saúde do Município de Santos, faz uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado. A constatação da realidade cruel daquela instituição provocou seu fechamento posterior, fato que adquiriu “uma repercussão nacional”.

Esse ato implanta um “processo inédito”, de criação de um “sistema psiquiátrico completamente substitutivo ao modelo manicomial”. O espaço do antigo hospital foi

---

<sup>116</sup> A contextualização do tempo antecedente à reforma no Brasil, as instituições que dela participaram, o seu início, o tempo atual, as suas injunções, estão muito bem apresentados por Amarante (2002a), com indicação de leitura de aprofundamento, inclusive.

redefinido para comportar “vários trabalhos e experiências com a municipalidade”, criando se ainda os “Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS, cooperativas, associações, instituições de residencialidade” (2000a:83). O processo santista também se constituiu como marco nessa trajetória da Reforma, do ponto de vista da psiquiatria nacional.

Os CAPS e NAPS são tomados como modelos, têm sua implantação regulamentada e financiada pelo Ministério da Saúde. A prefeitura de São Paulo, cria “Centros de Convivência em praças e jardins públicos e o SOS Louco”, visando a prestação de assistência “jurídica e política às vítimas dos hospitais psiquiátricos” (2000a: 83-4).

Surtem novos atores em cena, que vão ajudando na promoção de visibilidade ao movimento, entre eles as associações de usuários e familiares, que em São Paulo se constituiu em torno do Juqueri, os “Loucos Pela Vida”.

No Rio de Janeiro, a SOSINTRA, criada em 1979, volta a participar tanto dos “projetos de cuidado e atenção”, quanto da “luta política” contra a hegemonia do sistema asilar (2000a:81-2). Paralelamente, outras entidades são criadas, como a Associação Franco Basaglia/São Paulo, a Associação Franco Rotelli/Santos, entre outras.

A repercussão positiva da experiência de Santos, que envolveu a “desmontagem” de um hospício e sua substituição por uma “proposta de atenção territorial em saúde mental”, somadas à ampliação do movimento pela reforma psiquiátrica, que, cada vez mais ganha o espaço público e a mídia, vão preparando o terreno para o Projeto de Lei 3. 657/89, apresentado ao Senado pelo deputado Paulo Delgado (PT/ MG).

Este Projeto de Lei propõe a extinção progressiva dos manicômios, públicos e privados, e sua substituição por outros recursos assistenciais; a regulamentação dos direitos do doente, no que diz respeito ao tratamento e à internação psiquiátrica involuntária para garantir a salvaguarda dos doentes mentais. Vários estados aprovaram projetos de lei nesse espírito. Esse projeto tramitou durante anos no Congresso, tendo se transformado em lei somente em 6 de abril de 2001, como Lei 10.216.

Na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, em dezembro de 1992, foram “reafirmados e renovados os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial”, fechando “com chave de ouro” o período em pauta.



As palavras de Desviat (*apud*: Amarante, 2002a:131-2), descrevendo o final desta conferência, assinalam o seu espírito: líderes de “diferentes orientações e posições” se articulam, “movidos pelo propósito comum da desinstitucionalização, pela vontade de realizar as reformas”, o que não só atesta a “vitalidade do movimento”, como “inaugura uma nova forma de entender os processos de mudança”.

Faz menção à “originalidade brasileira” no modo como o “discurso de cidadania” e a “consciência social” são integrados à rede de atuações presentes na construção de programas comunitários ou na invenção de novas formas de atenção, citando exemplos do Rio Grande do Sul e São Paulo.

Na perspectiva do autor, este caráter de mobilização social, além das transformações da assistência psiquiátrica, busca “criar novas experiências para as transformações da vida”. Afirmar que estes são ingredientes fundamentais, principalmente se considerado o momento atual, de uma aproximação, cada vez maior, “do laboratório neuro-físico-endocrinológico”, e um distanciamento “do conhecimento antropológico e clínico do sujeito, em que a psicopatologia é substituída por propedêuticas reducionistas do tipo DSM IV, SCAN, CID 10[...]”. Afirmar ainda que se o movimento da Reforma consegue “conjuguar sua original capacidade social e comunitária, com uma clínica e investigação avançadas[...]” não só terá conseguido “sobreviver, mas[...]criar novas bases para a assistência à saúde mental”(2002a:131-2).

Percorrida essa longa trajetória não só de tempo, mas principalmente de investimentos, tecida em meio a conflitos, articulações políticas, jogos de poder, perdas e retomadas de caminhos, o processo está em andamento. Penso que lembrar a trajetória traz um sentimento de construção de uma história (num país que costuma ser caracterizado como não tendo história e nem memória), ao mesmo tempo em que revela a dimensão das resistências, das dificuldades como partes inerentes ao processo. É preciso que esta história seja mantida na condução/continuação do movimento, na proposição de novos serviços, sob pena de desistências frente aos obstáculos.

Nesse movimento de viabilização da Reforma, surgem várias propostas em direção a uma rede extra-hospitalar caracterizada por diferentes modalidades de atendimento como: Hospital Dia, Centro de Convivência, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Pensão Protegida, Cooperativa, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospitais Gerais (UIPHGS). Não é um movimento que caminha de maneira uniforme, existindo diferenças, nos percursos e nas invenções de novos modos de atenção e cuidado em saúde mental.

Absolutamente dentro do previsto, surgem problemas e penso importantes enquanto existência, para lembrar que é movimento, que se movimenta e que nos cabe dar a direção, a cada passo. O risco da *fôrma* é permanente. Um dos problemas apontados por Amarante (2000a) refere-se à qualidade da assistência, ou seja, o fato de ser um serviço externo, em si, não garante a supressão interna do modelo/funcionamento manicomial dentro de cada um. A psiquiatria tradicional e seus dispositivos podem ser reproduzidos nos novos modelos assistenciais externos.

Relembro aqui a fala de Corbesier (1992), citada anteriormente, quando fala das várias formas de internamento existente e que os sujeitos podem estar internados inclusive numa prática de consultório particular. Reafirmando essa posição trago novamente a referência de Gentis (*apud* Desviat, 2002), aos muros do hospício, encravados na carne de cada um, tal qual escudos e que dilaceram-na quando derrubados. Penso ser esta uma questão séria, que vai além de um conhecimento teórico-técnico: exige um posicionamento ético, reexaminado à cada situação, um trabalho permanente.

É nesse sentido, com esse tipo de implicação, que eu considero que as proposições da Reforma não se referem a aprendizagens de procedimentos técnicos e não se reduz à criação de novos e interessantes dispositivos assistenciais; exigem o que Cavalcanti (1997)<sup>117</sup> nomeia como “micro-revoluções” cotidianas dentro de cada um.

Um outro problema encontrado por Amarante (2000a:83-4), diz respeito ao modo de participação das associações de usuários e familiares, passíveis de capturação/cooptação, podendo se constituir em foco de resistências a serviço de outros interesses.

O terceiro problema refere-se à manutenção do sistema asilar que foi pouco afetado, a despeito da participação da sociedade, da aprovação legal da Reforma, da criação de múltiplas formas de assistência. A doença mental continua sendo uma das principais causas de internação, está entre as causas mais incapacitadoras para o trabalho, ocupando o “primeiro lugar em gastos públicos com assistência hospitalar no Brasil”.

As experiências estão em curso e apontam direções de mudanças; “mostram que os loucos gostam de ser escutados, de ter a sua palavra valorizada; gostam de saber que a sua própria palavra pode ser instrumento para ajudá-los”. A experiência relatada por

---

<sup>117</sup> Aqui também retomo uma referência já feita anteriormente, quando discutia a reforma italiana.

Corbesier (1992:9) na Recepção Integrada do Hospital Philippe Pinel, desenha uma prática onde a equipe não funciona como um *tamponador*, contendo, calando, seja com medicação, força física ou faixas resistentes, seja através do próprio uso da fala pelo profissional, do como é utilizada, impedindo, silenciando as questões. Usa uma imagem bonita da recepção psiquiátrica como “sala de parto, um local onde alguma coisa nova pode nascer” (1992:12)<sup>118</sup>. Em lugar da ação como resposta, coloca-se a palavra, que vai permitir escuta e uma outra maneira de acolhimento.

Goldberg (1996a:90) descrevendo as experiências de La Borde na França, de Setúbal, em Portugal e de Trieste, na Itália, não só aponta a necessidade e a riqueza das trocas, dos intercâmbios, como reafirma os resultados alcançados junto aos pacientes, ainda que partam de pressupostos, de concepções teóricas e procedimentos diferentes. Para o autor esses projetos testemunham a possibilidade de lidar com a *loucura* longe dos estabelecimentos psiquiátricos fechados e totalitários.

No cenário da reforma psiquiátrica, a reabilitação psicossocial tem um lugar de destaque. Para Saraceno (1996), ela “é uma exigência ética”, significando muito mais do que um mero uso de técnicas ou o trabalho de “passar um usuário, um paciente de um estado de incapacitado a um estado de capacidade”. A reabilitação é vista através de uma “perspectiva global” como produtora de efeitos, de mudanças radicais com implicação na política dos serviços de saúde mental, englobando a todos os atores do processo saúde-doença: usuários, família, comunidade e profissionais.

A reabilitação busca criar possibilidades de contratualidade. É definida como um processo “de reconstrução do exercício da cidadania, e também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho como valor social” (Saraceno, 1996:13-4).

Para o autor, a referência na construção da cidadania, está no como as técnicas, os técnicos as instituições, as políticas de saúde funcionam, no sentido de operar “contra[...]ou a favor da contratualidade”. Sugere o que chama de “desafio aos reabilitadores” que seria pensar a palavra entretenimento. Uma de suas acepções é diversão; a outra, na sua raiz latina, significa “manter dentro”. O desafio da reabilitação é lutar “contra o entretenimento para manter dentro” o processo permanente de reprodução da lógica da “cultura psiquiátrica”, baseado na enfermidade (1996:16-7).

---

<sup>118</sup> A autora descreve o funcionamento da Recepção Integrada, sua função e seus efeitos, ilustrando através de dois casos, nascimentos que é uma das acepções de emergência.

Segundo Pitta (1996:19), reabilitação social do ponto de vista instrumental, consiste na criação de um conjunto de meios (programas e serviços), que visam “facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de saúde mental”, possibilitando-lhes a restauração de seus vínculos e o exercício de suas funções na comunidade. Para se pensar reabilitação psicossocial, há que se definir qual será o sujeito dessas políticas e práticas habilitadoras: se “o exército de cronificados dos hospitais” ou se “os milhares de des-habilitados” produzidos pela intolerância e desigualdade social, que vivem à margem, sem nunca ter tido oportunidade de se “habilitar” para alguma coisa.

Reabilitação Psicossocial é, portanto, uma “atitude estratégica”, que envolve além da vontade política, uma disponibilidade “compreensiva” para cuidar de pessoas “vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais”, demandando cuidados “complexos e delicados”. Pode ser referida a uma grande variedade de experiências, que através de uma avaliação entre as necessidades dos sujeitos e os recursos disponíveis do contexto procura acolher “as demandas singulares de cada indivíduo e de cada situação de modo personalizado” (1996:19).

Goldberg (1996b:34-6), descreve a constituição do CAPS-Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, relatando os acertos de rota que foram se fazendo necessários no decorrer do tempo, em função de escolhas de procedimentos que não funcionavam, ou de concepções que enfatizávamos o sintoma, descuidando do sujeito, sua singularidade, sua história ou ainda da estereotipia nas práticas profissionais.

A experiência foi mostrando a necessidade de constituição de um espaço físico, um “lugar” enquanto referência para os pacientes psicóticos. Nesse tempo de implantação também foi possível perceber o “desconhecimento de uma clínica da psicose” enquanto um saber que pudesse subsidiar as propostas.

Ao longo de dez anos de experiência o projeto passou por várias modificações, requerendo um trabalho constante de correção de rotas, como característica de seu próprio funcionamento. O olhar cuidadoso, de modo a perceber melhor a psicose, as variáveis que influem sobre o efeito de melhora ou piora dos pacientes, no um a um, traz à cena exigências de múltiplas intervenções individualizadas, cuidando para não perder de vista a noção de conjunto e o tempo de cada um. Trabalha-se com a “perspectiva de possibilitar, ao longo do processo, o aumento do seu coeficiente de autonomia”. A forma de abordar essas questões depende da formação de cada

profissional, das condições institucionais, “cultura regional, vontade política[...]e da resposta do paciente” (1996b:37-9).

O autor chama a atenção para a necessidade de que esta proposta de mudança, “de forte sentido processual” aconteça vinculada a uma proposta “de ensino e pesquisa, associando-se à Universidade para formar alunos de graduação” dentro desse espírito, (1996b: 42-3). Desenvolve parcerias com a associação Franco Basaglia, AFB.

A reabilitação é pensada como processo que não tem nem “um fim definido” nem um “momento preciso a partir do qual deva principiar”. Tomada dessa perspectiva, reabilitação “consiste em oferecer todas as possibilidades de tratamento que sejam disponíveis”, chegando “até onde o paciente quer chegar”. Dentro desta ótica “tratar e cuidar” são “indissociáveis” (Goldberg, 1996b:45).

Kinoshita (1996:56) assinala as dificuldades que implicam as desmontagens, para além do manicômio, a exigência das práticas, o risco sempre presente de se cair numa “assistência humanizada, mais tolerante[...]porém igualmente excluída e desvalida”, produzindo efeitos paralizantes naqueles que sofrem suas intervenções.

A Reforma na sua consecução, nas suas múltiplas facetas, exige um pensar sobre a clientela, o trabalho, a finalidade do serviço, a preparação da equipe, a partir de duas vertentes: a preparação técnica, que envolve um saber não cristalizado, em construção permanente e não generalizável a qualquer situação ou contexto e a preparação que eu chamaria subjetiva, no sentido de adesão às propostas, que envolve mudanças de postura frente à clientela, desmontagens internas...

Parece-me ser esta uma tarefa permanente, na medida em que não basta só a inclusão de disciplinas nos currículos, ou a difusão dos cursos de especialização, mas, fundamentalmente, exige/produz uma subversão do olhar e da escuta. Implica em uma escolha e em uma aposta, onde não cabe nenhuma economia psíquica.

Esta nova perspectiva de “cuidar” e “ver” a doença mental, de modo não prescritivo, quebra com uma lógica de controle que subjaz ao modelo da Ciência Moderna, sob cujo manto fomos todos construídos. Quebra o seu ideário: conhecer, para prever e controlar.

Seu exercício rompe com uma forma de saber e de prática que, tradicionalmente têm guiado o trabalho no campo da saúde mental: o saber *a priori*, que padroniza o olhar, a escuta, que anula a singularidade, as *garantias* prometidas pelas tecnologias médicas, o ideal de previsibilidade. Requer uma mudança radical no olhar, na escuta e

nas práticas de trabalho das várias categorias profissionais envolvidas com esse campo, provocando uma mudança de paradigma.

O espírito da reforma parece-me, implica uma ética sob tensão onde não há modelos delineados antes. Penso que o poder subversivo de sua proposta está na assunção da impermanência como realidade, o que leva sempre, e cada dia, a rever, repensar, desinstitucionalizar/desconstruir o saber, como movimento permanente, as “pequenas revoluções cotidianas”...

Esta aproximação mais *desarmada* da loucura permite aos profissionais defrontar e questionar as “verdades” transmitidas ao longo das suas formações e penso que estes confrontos, embora tragam dores e incertezas, também descortinam um outro campo de possíveis. Abrem brechas que permitam outros delineamentos de caminhos, construídos na medida do caminhar.

Possibilita a construção de um saber advindo das práticas e a elas retornando, em um movimento permanente, um saber temperado pela sensibilidade de sujeitos *desmaquinizados*, comprometidos com os processos mais do que com a eficiência dos produtos finais padronizados ao gosto da cultura da urgência.

Para além de todas as dificuldades que estes tempos apresentam Saraceno (1996: 18), afirma a necessidade de “crer que há uma esperança, manter a utopia... Esperança utópica como ponto de chegada, ao qual nunca se chega, permitindo manter uma atenção ético-técnica constante”. É um desafio, é uma aposta e nos move. O retorno da eterna falta freudiana...

## 4- O TRABALHO DA ENFERMAGEM <sup>119</sup>

*Insistir na transgressão é deixar-se seduzir pelo impossível. Mas o impossível é o horizonte de Antígona e ei-la pronta a cometer um tríplice crime político: ultrapassar os muros da casa, reduto protegido do feminino; entrar na política pela subversão da lei; e, finalmente, desafiar não só a lei do Estado, que condena seu irmão, mas a lei dos homens, que a condena, mulher, ao silêncio. (Rosiska D. de Oliveira).*

### 4.1- DESENHANDO O CAMPO: o hospital como lugar da práxis

A função primeira do hospital, nos tempos atuais, é internar e cuidar de pessoas que estão adoecidas e que não podem ser cuidadas em suas próprias casas. Beck (2000) o descreve como um lugar destinado e organizado, desde a sua constituição, para conter o mal, ou seja, tudo aquilo que a sociedade estipula como devendo ser debelado ou alijado pela insuportabilidade de convivência.

O mal, hoje, seria representado pela doença e suas conseqüências: tais como “o contato com secreções, excreções, o odor fétido dos corpos doentes, as transformações psíquicas e espirituais provocadas pelos diferentes tipos de doenças” (Beck, 2000:20). Esta tarefa recai, fundamentalmente, sobre a enfermagem, que deve propiciar um cuidado contínuo ao sujeito que ali se encontra internado.

Para Pitta (1990:54), a forma de organização do trabalho, nomeada “organização piramidal”, encontrada nos hospitais, “recupera a disciplina enquanto técnica, docilizando os corpos”<sup>120</sup>, através de “controles e olhares hierarquizados, aproveitando a mesma hierarquia instituída com base no saber”. Os hospitais também têm sido locais preferenciais “onde o avanço científico e tecnológico exhibe maiores marcas, através da sofisticação de técnicas e requintes de equipamentos e insumos” (1990:18).

---

<sup>119</sup> O termo enfermagem foi escolhido por conter ambos os sexos. Nesta seção não nos interessa discutir a marca sexual da profissão, embora os autores continuem afirmando a predominância do sexo feminino nesta categoria profissional. Segundo Miranda (1994), a enfermagem ocupava 50% da força de trabalho em saúde na proporção de 8,5% enfermeiros e, o restante, técnicos e auxiliares de enfermagem. Os estudos produzidos, na sua maioria, referem-se a profissionais enfermeiros (3º grau). Quando o assunto se referir a uma categoria profissional específica, esta será nomeada, fora do bloco enfermagem.

<sup>120</sup> Foucault (2002-2003a) discute o uso das disciplinas, principalmente no decorrer dos séculos XVII e XVIII e o seu funcionando como “mecânica de poder”, na construção de corpos dóceis e disciplinados.

No entanto, para a autora, o que faz, realmente, a diferença na qualidade e eficácia do cuidar é o trabalho dos profissionais que aí exercem sua práxis. Este trabalho envolve tarefas como lidar com a dor, com o sofrimento, assistir processos de nascimento, morte, doenças ou quaisquer situações que demandem cuidados e que têm sido identificadas como penosas. Tais dados, por si só, exigem debruçamentos sobre este espaço e esses trabalhadores...

Segundo Menziers (1970:6)<sup>121</sup>, a manutenção da continuidade do cuidar, no espaço hospitalar, é tarefa da equipe de enfermagem: esta é responsável por executar tarefas “repulsivas, desgastantes e atemorizantes”; sofre “o impacto total, imediato e concentrado do *stress* que advém dos cuidados com os doentes” e, como consequência, dos próprios membros da equipe, defrontando-se profunda e integralmente, com situações de “sofrimento e morte”.

Essas experiências, vivenciadas no cotidiano de trabalho, que constituem o seu ofício, suscitam na enfermagem “sentimentos muito fortes e contraditórios: piedade, compaixão e amor, culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra pacientes que fazem emergir esses sentimentos fortes[...] inveja do cuidado oferecido ao paciente”

Lidar com os sentimentos dos pacientes e parentes é também difícil e carregado de ambigüidade. Ao mesmo tempo em que, o doente e os familiares demonstram afeição, gratidão e se preocupam com as dificuldades de trabalho do profissional, acreditam e confiam no funcionamento adequado do hospital, estes mesmos pacientes, “se ressentem de sua dependência; aceitam de má vontade a disciplina imposta pelo tratamento e pela rotina hospitalar; invejam as enfermeiras pela sua saúde e competência; são exigentes, possessivos e ciumentos”.

Pacientes e parentes ainda projetam no hospital e, especialmente, na enfermagem, outros sentimentos relacionados ao doente, ou à doença, como “depressão e ansiedade, medo do paciente e de sua doença, repulsa pela doença e pelos cuidados da enfermagem” (Menziers, 1970:9-10).

A autora (1970:7-9) faz uma ligação entre as situações que a enfermagem vive em seu trabalho e suas “phantasias”,<sup>122</sup> experiências psíquicas referidas à primeira infância,

---

<sup>121</sup> Menziers (1970) desenvolveu um trabalho de pesquisa, em Londres, em 1970, em um hospital geral, que além de prestar assistência, também funcionava como um hospital-escola para estudantes de medicina e de enfermagem. Mantinha 700 enfermeiras, sendo 150 da equipe qualificada (*seniors*), fundamentalmente, voltada para tarefas administrativas, ensino e supervisão e as 550 restantes (*juniors*) eram estudantes, que, na realidade, constituíam o corpo de enfermagem, do ponto de vista operacional.

<sup>122</sup> Usa esta grafia para diferenciar das fantasias conscientes; baseia-se na teoria kleiniana na leitura desta situação.



que, em função de conter muitos objetos “danificados, lesados e mortos” remetem a uma “atmosfera carregada de morte e destruição”. Nesta leitura, as características presentes no trabalho da enfermagem mobilizam suas “phantasias” e as emoções que as acompanham, por vezes, impossibilitando o trabalho. Traz o caso de uma enfermeira que abandonou a enfermagem assim que começou a trabalhar na área de ginecologia e tinha, em sua história, uma mãe, que havia sofrido muitas intervenções cirúrgicas ginecológicas.

Menziers (1970) aponta uma variável importante para a análise das cenas de trabalho da enfermagem, que devem ser olhadas tanto da perspectiva da descrição objetiva das condições de trabalho, quanto da história pessoal, singular de cada um. Delimita aí todo um espaço de significações subjetivas, singulares, das tarefas e sua forma de execução, que ganham certa independência do local ou das “tecnologias” utilizadas.

Penso ser por essa via de considerações que Pitta (1990) caracteriza o cotidiano do trabalho hospitalar como marcado por cargas de tensão e conflito, que se refletem no trabalho e no trabalhador. Dartington (1997) com uma leitura semelhante a de Menziers (1970) avalia que estas cargas de tensão e conflito no espaço hospitalar atingem a todos, sejam profissionais ou usuários do serviço: por parte do paciente, porque se vê na contingência de depositar seu corpo e, em última análise, sua vida, nas mãos de profissionais que, via de regra, são pessoas estranhas. Para os profissionais as situações também são difíceis de serem vividas, pelos sentimentos que mobilizam, pela responsabilidade colocada em suas mãos.

A carga de tensão é magnificada de acordo com as unidades que compõem o hospital, como emergência, pronto-socorro, CTI, em situações onde, de modo geral, há risco de vida. A própria organização e distribuição do trabalho, os tipos de chefia também podem trazer sobrecarga de ansiedade e *stress*.

Além da carga de tensão pelos motivos expostos, enfermeiros e médicos, pelo fato de habitarem profissionalmente o mesmo território, na especificidade de cada fazer e nas representações específicas advindas, produzem, nas demais pessoas que aí transitam, sentimentos ambíguos; lembram-lhes, segundo Dartington (1997), sua vulnerabilidade, dependência e mortalidade.

Para esta autora, o trabalho hospitalar, porque implica, necessariamente, defrontar-se com as representações inconscientes circulantes nesse sistema, produz um

comportamento direcionado a evitar ligações com o paciente pelo temor de ser dominado por suas demandas emocionais. Ela afirma que

[...]se por um momento, considerarmos a instituição como o paciente é como se a dependência emocional fosse experimentada como a mais perigosa e contagiosa das doenças. Todos estão sob suspeita como portadores em potencial e uma epidemia, possivelmente de proporções fatais, poderá irromper a qualquer momento. (1997:105)<sup>123</sup>

Afirma a dificuldade do *staff* em admitir seu próprio medo, defrontar-se com seus próprios sentimentos. No entanto, o campo produz exigências nesse sentido. Avaliando pela ótica da formação profissional e das formatações, daí decorrentes, vejo que esse defrontamento com seus próprios sentimentos não é muito comum e nem tão preconizado, na academia tecnicista dos tempos atuais e, menos ainda, na vida cotidiana, completamente atravessada pela urgência.

A dificuldade de se deparar com seus próprios sentimentos se estende a todos os profissionais, que trabalham nesse espaço, não se constituindo *privilégio* apenas do *staff*. Se pensarmos pela ótica da responsabilização e da eficácia do trabalho é tão importante o papel do médico que diagnostica e medica quanto o do enfermeiro, técnico ou auxiliar, que propiciam o cuidado em sentido amplo, inclusive do ponto de vista do uso da medicação. Resguardadas as especificidades de saberes e funções, estas não deveriam implicar em lugares de poder, como tem sido evidenciado pela História.

Se pensarmos pela ótica da dor, do sofrimento, todos os profissionais estão, potencialmente, *no mesmo barco* no que diz respeito à possibilidade de serem afetados. Dar-se conta do nível de dependência e fragilidade do paciente, possivelmente, remete cada um a sua história, à verdade de sua própria condição no mundo, ao desamparo, e isto traz angústia. Na realidade, parece que ninguém sabe o que fazer desta ou com esta angústia, razão por que é melhor negá-la. Talvez, na formação, os estágios sejam os espaços possibilitadores desse *encontro*, ainda que demandem disponibilidade de cada sujeito, seja ele estagiário ou supervisor.<sup>124</sup>

<sup>123</sup> If for a moment, we considerer the institution as the patient, it is as if emotional dependency is experiences the most dangerous and contagious of diseases. Everyone is under suspicion as a potential carrier, and an epidemic of possibly fatal proportions is likely to break out at any moment.

<sup>124</sup> Quando me refiro ao estágio como espaço privilegiado e, conseqüentemente, ao papel do supervisor, nesta cena, quero explicitar que penso no supervisor, não como aquele que forma técnicos, mas, fundamentalmente, no seu papel de transmissão de um saber que não se quer fechado, de propiciador de espaços de discussão/ reflexão e, quem sabe, de resgate de um sentimento de espanto e de perplexidade frente às coisas que até então nos pareciam evidentes, retomando a ética freudiana, cf. Oliveira, (1995).

Esse confronto cotidiano com a doença e com a morte vai exigindo a criação de mecanismos de defesa<sup>125</sup>, como condição para os profissionais sustentarem o trabalho e as responsabilidades que lhes são depositadas pelo outro, nesta contingência do estar doente.

As leituras sobre o tema e a aproximação do campo das práticas, mostraram-me que na enfermagem, situações difíceis, constrangedoras vividas no trabalho costumam ser envolvidas por silêncio. Acabam encontrando, como única via de expressão, um certo sentimento de mal-estar, meio indefinido, de um sofrimento psíquico e/ou físico, sem nexos causal, em princípio, que se espalha no corpo e, sutilmente, pela vida...

Nessa categoria profissional, a prevenção parece ser o caminho escolhido para fugir desses confrontos. Vai se realizando através de comportamentos evitativos, sem exigir muito dos outros, contendo sua própria resposta individual, estabelecendo distâncias cordiais, silenciosas, sem riscos de aproximações, o que gera uma prática de administrar as situações de forma austera e modelar.

As práticas, nomeadas por Dartington (1997) como “estóicas” vão sendo instituídas, ampliam-se e provocam uma quase que impossibilidade de trocas afetivas, refletindo-se em vários outros espaços da vida e, certamente, têm parcela considerável nas dificuldades vivenciadas pela enfermagem no seu cotidiano de trabalho. Geram atividades marcadas pelo distanciamento, impessoalidade, indiferença, que vão produzir fragmentação nas relações com os pacientes.

Menziers (1970:13) identificou estas características nas práticas da enfermagem, denominando-as de “mecanismos de defesa socialmente estruturados[que]funcionam simultaneamente, interagem entre si, se apóiam mutuamente”; desenvolvem-se dentro da cultura, da estrutura e do funcionamento da instituição, a partir de “concordância”, mesmo que em nível inconsciente, de seus membros.

Penso ser importante descrever estes mecanismos, não só pela extensão do estudo, mas, principalmente, porque foram *encontrados* no campo da enfermagem, imbricados nas suas práticas cotidianas, fazendo parte do *ofício*. Neste sentido, não causam estranheza, pois são colocados numa via de naturalização que presta grande ajuda ao *trabalho* de velar o sofrimento. Creio ser esta uma das *maquiagens* com que as ideologias defensivas, apontadas por Dejours (1992, 1994, 2001), se travestem.

São eles:

---

<sup>125</sup> Ver Dejours (1992-1994-2001) e Miranda (2000), que também discutem sobre os mecanismos de defesa no trabalho.

-Fragmentação da relação paciente-enfermeira: traduzida em um cuidar, que se reduz a uma lista de tarefas<sup>126</sup>, sendo cada uma delas distribuída a enfermeiras profissionais específicas. Esta prática da organização do trabalho evita um contato mais íntimo e concentrado com “a totalidade de cada paciente e de sua doença”, protegendo a enfermagem da carga de ansiedade que tal contato pode mobilizar.

-Despersonalização, categorização e negação da importância do indivíduo: aqui a despersonalização da enfermeira ou do paciente, produzida pela lista de tarefas, gera uma prática de referência ao paciente pelo número de seu leito, doença ou órgão doente. Há uma uniformização no trato do paciente, enquanto categoria, quase nunca considerando seus desejos e necessidades singulares. Esta prática se revela tanto no modo de arrumar a cama, quanto na determinação da hora do banho, geralmente pela manhã. Os procedimentos, via de regra, são padronizados, sem uma preocupação de adequá-los às condições do paciente. Quando tal acontece é uma transgressão, por conta e mérito da sensibilidade da (o) profissional.

Para a autora (1970:15), o uniforme<sup>127</sup> da enfermeira, que traz pequenas diferenças marcando a hierarquia, simboliza a “uniformidade interna comportamental esperada”, permitindo intercambialidade entre enfermeiras “do mesmo nível de competência”. Trata-se tudo e todos, de modo estandarizado, sem reconhecer necessidades individuais, como se fossem apenas um “aglomerado de técnicas”.

-Distanciamento e negação de sentimentos: consiste em aprender um “distanciamento profissional adequado”, visto como uma certa independência profissional, que implica em controle de sentimentos, dosagem de envolvimento, evitação de “identificações perturbadoras”. Tal postura é facilitada pela “padronização” e impessoalidade com que são tratados os pacientes, reduzindo, ao mínimo, as interações objetivando impedir ligações. A ideia de distanciamento legitima o discurso de que “uma boa enfermeira não se incomoda de mudar”<sup>128</sup>, de enfermagem, hospital, clínica, como se esta prática garantisse o distanciamento psicológico creditado como necessário ao trabalho, (1970:16).

Menziers (1970) aponta o peso da formação nas práticas de trabalho, que faz com que enfermeiras *seniors* determinem essas mudanças, embora se dêem conta da angústia

<sup>126</sup> Lisboa (1998), Lima (1998), Beck (2000) discorrem em seus trabalhos sobre o papel da lista de tarefas na fragmentação do trabalho.

<sup>127</sup> Miranda (2000) discute também o papel do uniforme no contexto de trabalho.

<sup>128</sup> Menziers aponta que uma das razões da pesquisa foi a angústia entre o pessoal da enfermagem e a confusão operacional produzida pelas mudanças frequentes. Miranda (2000) também discute esta prática de mudanças na enfermagem.

que tais mudanças produzem, lembrem-se de *agonias* sofridas no seu próprio treinamento, acreditem na importância de relações estáveis, para a organização do trabalho.

As situações emocionais complicadas são abordadas pela via de técnicas disciplinares repressivas ou conselhos tais como “agüente firme”, “controle-se”. As estagiárias *juniors* queixam-se das enfermeiras *seniors* no sentido de que são visibilizadas somente quando cometem erro e são repreendidas, havendo raramente, um gesto de acolhida nestas situações onde já estão, via de regra, sentindo-se culpadas, assustadas ou angustiadas.

Parece-me que o próprio desenho do campo e da organização do trabalho é montado para, mais que treinar, impor este tipo de postura, frente aos pacientes, ao trabalho, às relações aí desenvolvidas. Tenho ouvido relatos de enfermeiras e auxiliares que vão exatamente nesta direção. *Faz parte natural* do trabalho, a disponibilidade para mudar, como se fora uma missão, pela via da concepção religiosa do termo: vai se atender a uma necessidade, a um *chamado* ao qual só cabe acatar, sem nenhuma rebeldia.

Não há reconhecimento da existência de um sujeito desejante ou ligações específicas com um tipo de clínica, não há consideração pelo que se faz bem: funciona-se num certo automatismo operante, temperado por um sofrimento permanente, às vezes, nem localizado.

-Tentativa de eliminar decisões pelo ritual do desempenho de tarefas: tomar decisões implica, necessariamente, comprometer-se, assumir riscos, trilhar um caminho incerto quanto aos resultados que só serão vistos “no depois”. Há, nesse sentido, uma prática de poupar a equipe na tomada de decisões, montando um trabalho cuja arquitetura está baseada em uma lista de tarefas padronizadas do ponto de vista das instruções, da seqüência, da precisão e dos horários, funcionando à maneira de um *ritual*.

Tal prática é inculcada na formação das estagiárias. Menziers (1970: 19) afirma que entre as *seniors*, há um esforço no sentido de “ritualizar a estrutura de tarefas dos papéis mais complexos” desta equipe e “padronizar o desempenho de tarefas”. Os efeitos da transmissão/ aprendizagens se mantêm atuantes, visto que essas *seniors* foram marcadas pelas tarefas ritualísticas em sua formação.

Isto nos obriga e nos compromete a pensar os espaços de formação como matrizes... As aprendizagens, ou a lições decorrentes desta prática se manifestam claramente no dia a dia de trabalho, na dificuldade (impossibilidade?) de tomar

iniciativa ou decisões, de discernir prioridades. Como consequência um estado permanente de ansiedade ou comportamentos automatizados, ambos, me parece, funcionando na contramão de um bom cuidado.

-Redução do peso da responsabilidade na tomada de decisões, através de verificações e contra-verificações: é prática comum na enfermagem, em qualquer tipo de decisão, banais ou complexas, “consultar, verificar e contra-verificar” a decisão. Esta consulta dá-se em nível de chefia imediata, subordinados, outros enfermeiros, que estejam disponíveis naquele momento. Objetiva reduzir, dissipar o impacto do “peso psicológico da ansiedade”, decorrente da decisão final e há, neste processo, um certo postergamento da decisão ou de sua implementação, (1970:19).

-A redistribuição social colusiva da responsabilidade e da irresponsabilidade: a responsabilidade inerente ao papel desempenhado pela enfermeira gera um custo pessoal alto, no sentido dos conflitos que acarreta, nomeados por Menziers (1970: 20) como conflitos intrapsíquicos. Estes são exemplificados através de fazer, apressadamente tarefas “repetitivas e enfadonhas ou se ligar libidinosa e emocionalmente a pacientes”.

Para *dar conta* da situação, este conflito é transformado, parcialmente, em conflito interpessoal, projetado no outro, atribuindo a responsabilidade/irresponsabilidade a papéis/categorias e, conseqüentemente, às pessoas aí alocadas: as *juniors* são sempre mais irresponsáveis e as *seniors* são sempre mais rígidas e disciplinadoras, isto como “verdade psíquica”, que se faz “verdade objetiva” na medida em que as pessoas vão funcionar, conforme os papéis estipulados para elas. Este mecanismo gera práticas injustas de repreensão, sem um esforço ou uma preocupação de “descobrir o verdadeiro culpado”.

-Obscuridade intencional na distribuição formal de responsabilidade: no estabelecimento dos papéis e na estrutura formal, não há uma definição clara de responsabilidades; tanto o conteúdo dos papéis como suas fronteiras são *obscuros*, principalmente, ao nível das *seniors*, que têm uma carga de responsabilidade mais pesada. As estagiárias, *juniors*, têm suas tarefas listadas, prescritas, mas que podem mudar no transcorrer do dia. Esta possibilidade relativiza a ligação tarefa-responsabilidade a uma pessoa específica e afasta o risco de alguém ser nomeado como o único responsável, mesmo que seja a enfermeira-chefe.

-Redução do impacto da responsabilidade pela delegação a superiores: a delegação de responsabilidades não é comum no sistema hospitalar: a chefia acaba assumindo uma

gama de tarefas que poderiam ser executadas por subordinadas. Na prática, esta situação revela-se através de uma discrepância entre um “baixo nível” de tarefas executadas em comparação com a “competência pessoal, preparo e posição na hierarquia” das pessoas envolvidas. Os mecanismos de “projeções múltiplas”, entre subordinadas e chefes constituem o solo para estas práticas (1970:24-5).

-Idealização e subestimação das possibilidades de desenvolvimento pessoal: há uma expectativa de eficiência contínua dos serviços de enfermagem gerando, como contrapartida, uma ansiedade permanente e a crença de que “as enfermeiras nascem, não se fazem” enfatizando aqui o caráter da vocação.

Esta idealização reflete-se nos treinamentos orientados, basicamente, para a comunicação de informações e técnicas imprescindíveis. Nesta perspectiva não há espaços de acolhida para questões decorrentes da relação com pacientes ou de suas próprias reações emocionais no cotidiano de trabalho.

Resistência à mudança: as mudanças sempre implicam defrontamentos com o desconhecido, com a imprevisibilidade, o que provoca resistências, que costumam ser acompanhadas de grande ansiedade.

Menziers (1970:28) explica, por essa via, a resistência a mudanças, na enfermagem, mesmo em situações onde está clara a ineficácia do procedimento ou técnica utilizados. As mudanças só ocorrem em situações de *colapso* iminente. Para a autora, “quanto maior a ansiedade, maior a necessidade de reassuramento”, que se manifesta no aumento da prescrição, da rigidez ou de apego ao conhecido, funcionando como “compulsões repetitivas”.

Esta realidade, a que está permanentemente exposta pelas situações do cuidar, mobiliza, na enfermagem, sentimentos contraditórios<sup>129</sup>, subterrâneos, com os quais não sabe/quer ou tem condição de lidar, ao mesmo tempo em que se depara com a impossibilidade de não senti-los. Para a autora, esta vivência cotidiana exige a criação de um sistema social de defesas instituído, viabilizado e visibilizado nas próprias práticas de trabalho. Pouco se faz na direção de propiciar condições à enfermagem para, defrontando-se com situações ansiogênicas, desenvolver competência para lidar, de forma mais eficiente, com sua própria ansiedade, podendo, quem sabe, ir realizando um trabalho de elaboração.

---

<sup>129</sup> Dartington (1997); Palácios (1997); Lisboa (1998) tratam também dos sentimentos contraditórios que perpassam o trabalho da enfermagem.

Menziers (1970) e Dartington (1997), falam de uma realidade londrina, que embora separada por uma temporalidade de mais de 20 anos, é muito semelhante entre si e é muito parecida com a descrita na produção brasileira.

Dartington (1997) aponta a inexistência de mudanças no tratamento de questões mobilizadoras, que à época de sua formação foram cercadas pelo silêncio e que continuam silenciadas hoje. Creio que esta situação também se aplica ao caso brasileiro: nas graduações, estágios, especializações o silêncio acompanha temas ou situações mobilizadoras e difíceis de serem vivenciadas, criando obstáculos à fruição do trabalho.

Dartington (1997:107) avalia o dano que essas situações podem causar, afirmando que se as condições de trabalho não possibilitarem espaços de troca, se as possibilidades de defesas adequadas estiverem constantemente bloqueadas, haverá como resposta o desenvolvimento de sintomas psicossomáticos, a evitação do trabalho, longos períodos de licença, depressão, resignação. Nesta série se circunscreve o desenvolvimento gradual de anestesiamiento da emoção e perda da capacidade de ser responsivo ao ambiente emocional, produzindo um desligamento que é “perigoso para os clientes, pacientes ou colegas, que poderão sentir o potencial de crueldade inerente à indiferença”.<sup>130</sup>

A indiferença parece ter se transformado em uma reação banalizada nos tempos atuais. Dejours (2001), aponta este comportamento responsável pela execução de atos injustos, que prejudicam ou produzem mal ao outro. Fala da contemporaneidade como um solo fértil para essas produções.

Em uma direção semelhante Cohn (2002) argumenta que a indiferença se apresenta como traço estrutural presente no modo de organização e operação da sociedade capitalista contemporânea. Reflete-se nos modos como as decisões são tomadas pelos agentes econômicos e na repercussão ou efeitos em grande escala que produzem, marcados pela indeterminação.

As situações de sofrimento no trabalho, na opinião de Dejours (1992, 1994, 2001), falam de várias maneiras: através do absenteísmo ou do engajamento excessivo a uma tarefa e, muitas vezes, no amortecimento do corpo e do espírito: não pensar, não refletir, não perceber o sofrimento, como condição de sobrevivência. Estudando várias categorias profissionais, analisa comportamentos ou posicionamentos, que embora singulares ao modo de trabalho de cada categoria profissional, têm sentido e objetivos

---

<sup>130</sup> “[...]is dangerous to clients, patients or colleagues, who will sense the potential cruelty inherent in the indifference”.



semelhantes, visando diminuir o sofrimento, funcionando como “estratégias coletivas de defesa” e transformam-se, posteriormente, em ideologias defensivas.

A eficácia da ideologia defensiva está no sentido de mascarar o medo, diminuir o sofrimento e possibilitar o trabalhar, operando através de mecanismos de negação. Por outro lado, se a pensamos como um mascarador do medo, também potencializa o risco real.

Estas ideologias tendem a cristalizar-se, constituindo-se em obstáculos a qualquer proposta de mudanças. Assim, as estratégias de defesa que, em um primeiro momento, funcionam como possibilitadoras do trabalhar, protegendo, num certo sentido, trabalho e trabalhador, num segundo momento, transformam-se em ideologia defensiva e passam a funcionar como *tamponadores*, trazendo, como conseqüência, o empobrecimento do trabalho, criando resistência às mudanças, produzindo adoecimentos...

Apesar de Dejours tratar de categorias profissionais específicas, no que diz respeito à criação de estratégias coletivas de defesa, principalmente, em seus estudos de 1992 e 1994 e referir-se aos trabalhadores franceses, creio que se pode ampliar a existência das estratégias ao mundo do trabalho, em geral, abarcando aí as várias categorias profissionais. O que pode variar, parece-me, são os modos de expressão das estratégias, que vão se estruturar segundo a cultura organizacional, as categorias profissionais envolvidas e suas formações, os tipos de trabalho executados nas organizações, o tempo e lugar onde se dão.

No que diz respeito ao trabalho da enfermagem, penso que sentimentos contraditórios, ambigüidades, vão estar sempre presentes neste campo, como parte do trabalho, pelo próprio objeto, pelo modo como este trabalho acontece.

Diante desta inexorabilidade há, pelo menos, dois caminhos: tentar driblar esta ambigüidade ou o mal-estar daí decorrente, da maneira que se conseguir, correndo o risco de cristalização das estratégias coletivas de defesa descritas por Menziers (1970), Dejours (1992, 1994, 2001) e Dartington (1997).

O segundo caminho, mais difícil, seria o defrontar-se com esses sentimentos e, a partir daí, buscar outras saídas que não a cronificação, o endurecimento como destino inevitável. Permitir-se esse confronto não é tarefa simples, nem fácil e, eu diria, nem prazerosa: dói, mas, ao mesmo tempo, pode criar têmpera para os enfrentamentos e as mudanças necessárias e, quem sabe, a possibilidade de viver, de transformar as situações de trabalho, tornando-as mais satisfatórias. Esta posição fala de aposta.

Considero que o silêncio em torno do sofrimento produz o distanciamento, a indiferença e a impessoalidade aqui apontados como parte do fazer da enfermagem e funcionando exatamente dentro do espírito e da função das estratégias coletivas de defesa. A produção escrita sobre o trabalho desses profissionais desvela uma prática assentada em rituais, hierarquias e trabalho prescrito, que cumpre o seu papel na *produção* de uma economia psíquica, como assinalado anteriormente. Através da manutenção do “*status quo*”, evitam-se mudanças, evita-se o desconhecido; evita-se o defrontamento com a impossibilidade de previsão e controle das situações.

Por outro lado, não se pode esquecer que formas de trabalhar, que facilitem o distanciamento, minimizem a interação e, conseqüentemente, a ligação, costumam ser positivadas como um índices de independência profissional, que caracterizam a *boa enfermeira*. Esta modalidade de conduzir o trabalho permite a objetividade no trato, e penso que, hipoteticamente, satisfaz a várias demandas: coloca o trabalho dentro do modelo preconizado pela ciência moderna, tornando-o objetivo, neutro e eficaz; diminui a possibilidade de apego e, conseqüentemente, de responsabilização e sofrimento; profissionaliza o cuidar, que abdica do caráter maternal-religioso... Atende ao modelo profissionalizante do ideário da enfermagem. Seria uma forma de sair do modelo vocacional de enfermagem, mais marcado pelo caráter missionário?<sup>131</sup>

Silva (1998), avaliando o trabalho da enfermagem por um outro prisma, analisa a divisão e o parcelamento de tarefas no hospital geral como conseqüência e, ao mesmo tempo, reprodução da lógica taylorista neste espaço, ocultada sob o discurso do trabalho em equipe. Para ela, este discurso e esta forma de operar, em última análise, colocam obstáculos à criação de outras possibilidades, à invenção de novos caminhos... Constata, em suas observações, uma prática de fazer rápido a tarefa, interpretando esse comportamento como uma forma de fazer menos coisas e envolver-se menos.

Dejours (1992), estudando o trabalho de telefonistas francesas, considera, para esse contexto, o fazer rápido como uma estratégia de defesa, usada para liberar-se da angústia, que o trabalho propicia. Embora ambas as situações sejam lidas como tentativa de esquiva do trabalho através do fazer rápido, as possibilidades e/ou conseqüências de intervenção de uma ou outra leitura produzem efeitos absolutamente diferentes: pela via da preguiça, da malandragem, do desleixo ou pela via da insuportabilidade da situação...

---

<sup>131</sup> Esses são os nomes dos dois modelos identitários da enfermagem apontados por Daher (1995), que serão discutidos na seqüência do capítulo.

Creio que ambas as vias estão a dizer coisas sobre o trabalho, sobre sua dor e a nós cabe o trabalho de *decifração*, mais que de julgamento, embora o modo como julgamos a situação implique, absolutamente, no seu destino. Isso nos compromete...

Miranda (1996a) questiona também a aplicação desta lógica taylorista, que institui uma linha de produção nas práticas da enfermagem, apontando-a como impossibilitadora de um bom cuidado, embora reconheça que possa ser eficaz, do ponto de vista da produtividade.

Miranda<sup>132</sup> relata uma situação acontecida na enfermagem em que uma paciente, com dificuldades para dormir, tinha o seu melhor horário de sono pela manhã, justamente o horário destinado ao banho. A equipe de plantão resolveu deixá-la dormir; quando o médico chegou para a consulta a paciente não estava banhada, o que provocou críticas à equipe de enfermagem.

Esta situação coloca em questão o que seria um bom cuidado, através de que ótica esse critério é estabelecido? Transgredir a norma e assumir os custos são decisões pessoais, que implicam pensar, ousar, apostar e escolher... Dependem muito mais da posição subjetiva do profissional, de sua sensibilidade, do que de uma aprendizagem objetivada e normativa.

Vejo um certo uso da norma pelo viés da economia psíquica, que nos poupa pensar, decidir, criar. Apenas colocar a engrenagem para funcionar, sem expectativas ou surpresas. Esta é a lógica subjacente à organização científica do trabalho, que disciplina e controla, corpos, movimentos, emoções e se apresenta de modo bastante confortável a uma parcela do mundo produtivo, vestindo como luva, espaços que exercem práticas estóicas. O modo como o trabalho é concebido e organizado desvela, em sua origem, suas intenções e propostas, a despeito dos discursos ou das vitrines, nas quais ele é exposto, do quão bem feito, limpo e asséptico ele se apresente na contemporaneidade. Subterraneamente, o sofrimento fala.

As formas de o sofrimento falar têm sido pouco escutadas, ao longo dos tempos. No campo da psicologia, o espaço do trabalho tem pertencido, tradicionalmente, à área da Psicologia Organizacional, que na sua objetividade psicométrica centra suas tarefas na medição e na avaliação, seja para recrutamento, seleção ou treinamento de pessoal. Não costuma se dispor a ouvir algo, para além daquilo a que se propõe.

---

<sup>132</sup> Essa comunicação se deu sob a forma de comentário em uma reunião de trabalho.

Esta forma de se postar, aqui e em outras áreas de saber, acrescentada à urgência que marca o nosso tempo, faz com que tudo entre, rapidamente, na série da normalização ou da naturalização, paralisando qualquer movimento e/ou possibilidade de mudanças. Esta tendência encontra solo fértil numa sociedade pulverizada em guetos, *tribos*, mediada por valores diversos, sem espaços coletivos de discussão e trocas, o que facilita a adesão acrítica e as naturalizações.

Cria se solo propício à constituição do império da descartabilidade e dos modismos relâmpagos, que fazem da contemporaneidade um espaço sem referências. Na cultura da urgência<sup>133</sup>, exige-se apenas um *funcionamento eficaz* do ponto de vista quantitativo da produção visível, preferencialmente sem história, sem memória, desgarrado de si...

No espaço do trabalho ocupado por discursos sindicais, não cabia falar do sofrimento, que só pode ser dito no singular implicando riscos de cair num discurso/prática *individualista burguês*, fora do âmbito das propostas coletivas dessa entidade.

No entanto, como o sofrimento teima em falar, não há como tapar os ouvidos, suas muitas falas produzem efeitos, adquirem visibilidade, mesmo que através do adoecimento que pára o trabalho ou das estratégias de defesa, que, na tentativa de ocultar a dor, ao mesmo tempo, revelam-na.

Estas estratégias, usadas para encobrir a dor tanto daquele que a sente, quanto daquele que a vê ou a escuta, acabam estendendo uma *venda* sobre o sofrimento e o mal-estar: a doença é medicalizada, normatizada, a rotatividade é vista como fazendo parte do trabalho e o tempo engole as sobras.

Não há interrogações, apenas se constata. No caso da enfermagem, segundo Miranda (2000), são identificados adoecimentos e aposentadoria especial, com tipos de clínica, mas não há o estabelecimento de nexos causais. As constatações não têm força de denúncia ou de conscientização, no sentido de reivindicar situações de trabalho mais adequadas, possibilitadoras de um bom cuidado e de um bom cuidar-se.

As escolhas dos modelos de trabalhar em saúde, ou das suas possibilidades de transformação, vão falar de formações, de crenças, de apostas e vão produzir interferências diretas em todas as pessoas que transitam nesse território, seja no papel de usuários ou de trabalhadores desse campo...

---

<sup>133</sup> Cf. Aubert (1999).

#### 4.2- A “CONSTRUÇÃO” DA ENFERMEIRA: engendrando as marcas...

O nome enfermeira foi usado no feminino, propositalmente, em função da profissão, em seu início, ter sido destinada a mulheres e ainda hoje ser majoritariamente exercida por mulheres, com fortes marcas do que se construiu socialmente como *feminino* que, nas práticas de trabalho, são tomadas como referências identitárias.

Pensava, a princípio, fazer uma breve síntese, mas na medida em que lia, me sentia cada vez mais interrogada pela profissão; neste sentido, optei por construir um trabalho mais amplo na direção de possibilitar a outros profissionais como eu, estrangeiros ao campo, uma visão compreensiva desta categoria profissional. Retiro-me do lugar de *juízo*, para poder pensar o trabalho do *sofrimento*, que faz parte do fazer dos profissionais de enfermagem.

Miranda (1994, 1996b)<sup>134</sup>, Rocha (1994) e Daher (1995), afirmam que a formação de enfermagem está assentada nos princípios da primeira escola de treinamento de enfermeiras: Escola Nightingale de Treinamentos para Enfermeiras (Nightingale-Training School for Nurses at Saint Thomas Hospital), em Londres, criada por Florence Nightingale, em nove de julho de 1860.

Creio ser interessante, mesmo que sob forma de parêntese ao texto, apresentar a etimologia das palavras *nurse* e enfermeira, como dados para serem significados... Segundo Miranda (1994:14) a palavra *nurse*, forma reduzida de *nourish* (nutrir), registrada em língua inglesa, pela primeira vez, no ano de 1526, tinha o sentido de “mulher que amamenta ou que cuida”; na língua francesa, o termo *infirmière*, significa “pessoa que cuida dos doentes numa enfermagem clínica de hospital” e data de 1398; na língua portuguesa, enfermeira vem do latim *infirmare*, no sentido de enfermar, ficar doente.

Estas acepções não são neutras e vão estar presentes no imaginário ocupacional<sup>135</sup> não só definindo escolhas como também lugares sociais.

<sup>134</sup> Miranda (1996b), contextualiza de modo muito interessante a concepção de enfermagem idealizada por Florence Nightingale na Inglaterra vitoriana. Ambas as situações, a idealização e o contexto, marcam a ferro e fogo a profissão, marcas estas que repercutem até os dias atuais. Detalha aspectos da vida de Florence Nightingale, que possibilita maior compreensão sobre o modo rigoroso como ela concebeu a enfermagem.

<sup>135</sup> Utilizo esta noção de imaginário ocupacional, desenvolvida por Bohoslavsky (1977), referindo se ao *lugar* e à valorização/desvalorização social de cada profissão, em função de prestígio, poder, status, ganho econômico, enfim, do que se espera obter com a profissão. Esta valorização sofre oscilações segundo as épocas, embora existam profissões que se mantêm tradicionalmente valorizadas.

Até o século XIX, a enfermagem não possuía um estatuto profissional, sendo considerada uma *função* ligada à atividade hospitalar. O fato de estar ligada à mulher, colada aos seus papéis de administradora do lar, mãe e aos predicados que acompanham essa função, faz com que a enfermagem apareça mais como “arte, vocação e sacerdócio do que como profissão”, mantendo nas escolas e hospitais, um “espírito vocacional e submisso”, na visão de Rocha (1994:4).

Para Miranda (1994), a criação da escola Nightingale foi um marco no sentido de instituir um treinamento profissional, rompendo com a tradição do cuidar da enfermagem que, até então, não passava por nenhum órgão de capacitação sistematizado ou oficial. O padrão curricular concebido por Nightingale constituiu-se como modelo hegemônico da formação da enfermagem. Traz em seu bojo questões referentes à importância e a necessidade de capacitação técnica no cuidado com o doente colocando em foco o papel do órgão de formação, tanto no *risco* delineado quanto no *bordado*<sup>136</sup> daí advindo.

A importância de tal ato só pode ser avaliada se retornarmos ao contexto de origem, onde a prática de cuidado com os doentes era considerada *dom*, que além de nato, prescindindo, portanto de aprendizagens, pertencia ao sexo feminino, o que de certo modo explica o peso majoritário de mulheres nessa profissão, do seu nascimento aos dias atuais.

Ainda na perspectiva de *revolução*, a autora cita a delicadeza e, ao mesmo tempo, a complexidade das discussões acerca da origem sócio-econômica e cultural das mulheres, candidatas a enfermeiras, trazidas à cena através das exigências impostas pela escola.

A profissionalização da enfermagem, segundo Miranda (1994), Daher (1995), Oliveira e Alessi (2003) efetiva-se através da criação de duas categorias distintas: as *nurses*, pertencentes a classes sociais menos abastadas; tinham um preparo menor e, a elas, eram destinados os trabalhos manuais, a administração direta do cuidado do paciente no cotidiano, como banhos, inclusive os banhos no leito, as trocas de roupas pessoais, da cama e a administração de medicamentos.

Responsabilizavam-se pelo fazer, tendo o hospital como lugar de moradia e trabalho durante o período de formação. Julgo que, do ponto de vista das obrigações de

---

<sup>136</sup> Lanço mão de expressões usadas no título de uma outra obra de Miranda (1996b).

trabalho, no nosso contexto, corresponderia à categoria nomeada técnicos e auxiliares de enfermagem.

Na outra ponta, estavam as *lady-nurses*, categoria profissional composta por pessoas oriundas das classes mais abastadas, da burguesia ou da aristocracia inglesa, com melhor preparo técnico-científico.

Embora também fossem treinadas para o cuidado direto, suas atividades, comumente, tinham cunho administrativo, no que se refere ao espaço hospitalar, abrangendo ainda tarefas ligadas ao ensino e supervisão das serviçais e das *nurses*. Penso corresponderem ao que seriam aqui as enfermeiras.

Para as autoras, na prática, a distinção de tarefas e de formação revelava (e continua revelando) a divisão saber/fazer e seu par correspondente poder/submissão, no próprio campo da enfermagem.<sup>137</sup> Reflete-se diretamente nas práticas, no modo de concepção, realização e distribuição de tarefas, e de poderes.

Tal situação transparece no diálogo de dois auxiliares de enfermagem, sendo que um deles está se graduando:

Auxiliar: “Tadeu, você trabalha muito, está sempre querendo ajudar. Quando você virar enfermeiro, vai ser bem melhor, pois você só vai mandar, não vai mais fazer”.

Tadeu: “Enfermeiro mesmo, para mim, é o que está mais próximo do doente, que o conhece pelo nome e que divide as tarefas com o pessoal auxiliar”

Auxiliar: “Este tipo de enfermeiro, eu ainda não tive a oportunidade de conhecer, é muito raro (Daher, 1995: 87-8).<sup>138</sup>

Esta diferenciação entre candidatas, bem como suas diferentes destinações, determinadas *a priori*, só podem ser compreendidas se contextualizadas na realidade do seu tempo de criação, quando a enfermagem, norteadada pelo *espírito cristão*, era exercida quase que exclusivamente por religiosas.

Posteriormente, a concepção de doença como mal moral provocou o afastamento das religiosas encarregadas das tarefas assistenciais no hospital e a assistência passou a ser prestada por “pessoas leigas, semi-analfabetas, grosseiras, ex-presidiárias e prostitutas” (Daher, 1995: 30). Essas pessoas encarregavam-se também da faxina, lavagem de roupa, limpezas em geral, com longas jornadas de trabalho em troca de um

<sup>137</sup> Recentemente, (ago/2003) ouvi comentário de uma aluna de pesquisa se referindo à fala de um médico, novo em um Posto de Saúde que afirmava gostar dali porque as enfermeiras trabalhavam na assistência, não eram *enfermesas*, no sentido de ficar só no serviço burocrático-administrativo.

<sup>138</sup> Usarei, neste capítulo, para situar reflexões ou contextualizar argumentos, relatos de enfermeiros, alunos de enfermagem - veteranos e calouros - e familiares, apresentados por Daher (1995). Estes relatos permitem uma maior compreensão daquilo que marca e constitui essa profissão. Os depoimentos estão em itálico, como uma forma de diferenciá-los de outras citações.

lugar para dormir. Esse período ficou conhecido como *período negro da enfermagem*, retratado através de algumas personagens de Dickens<sup>139</sup>.

Carrasco (*apud* Beck, 2000), vê, no autoritarismo e na hierarquização do grupo profissional, motivos para a crise da enfermagem, visto que, à enfermeira, cabe o planejamento da assistência, trabalho intelectual, cuidando dos pacientes mais graves, enquanto, ao auxiliar, cabe a execução do trabalho manual, o *botar a mão na massa*, que é menos valorizado socialmente.<sup>140</sup> Atribui a essa crise, a perda de interesse pelo bem-estar do paciente, a diminuição da auto-estima, a impossibilidade de reflexão e trocas nesse espaço, o que vai produzir uma naturalização desse mal-estar, como parte do *ofício*.

As questões levantadas por Menziers (1970), Miranda (1994, 1996a-1996b), Dartington (1997), referentes à formação e prática da enfermagem nos diversos contextos, são atuais, necessárias e carentes de discussões, tanto no que concerne aos processos de transmissão, quanto às práticas.

Se deslocarmos estas preocupações para a enfermagem psiquiátrica, nas cenas da Reforma, estas discussões tomam um caráter de urgência. Creio, que o próprio desenho da formação<sup>141</sup>, se constitui obstáculo silencioso, fator de resistência, a um trabalho que se propõe construído em e pela equipe, que se quer multidisciplinar, segundo as proposições basaglianas.

A arquitetura do campo profissional da enfermagem espelha a divisão social de classes e, conseqüentemente, as relações de poder existentes na sociedade. Determina, *a priori*, um modelo de relação, de distribuição e execução das atividades, com valorações diferenciadas, produzindo reflexos no aspecto monetário, na valorização do saber, na visibilidade ou no reconhecimento social. Causa interferências na posição, disponibilidade, autonomia desses profissionais responsáveis pelo cuidado direto com o paciente, independente da especificidade de sua doença ou do tempo de internação.

<sup>139</sup> Citado por Miranda (1996b), que se refere às obras *Life and adventures of Martin Chuzzlewitt e Oliver Twist*, tomando essas obras como retratando uma realidade do cuidado com os doentes e da enfermagem da época, o que produzia fundas repercussões negativas na imagem da enfermeira.

<sup>140</sup> Daher (1995) menciona a diferença como geradora de conflitos entre enfermeiros, técnicos e auxiliares, nomeando os primeiros de *profissionais* e os outros de *ocupacionais*. Creio que a própria nomeação revela a diferença de valorização...

<sup>141</sup> Penso que, esta problemática da formação se encontra, senão em todas, na maioria das formações, que não preparam seus profissionais para um trabalho em equipe, que implica, fundamentalmente, na aprendizagem da escuta (o que é, no mínimo, curioso, em se tratando das profissões em jogo neste tipo de trabalho). Penso que também existem questões corporativistas fortes reforçando esta surdez. Também por esse aspecto, considero o movimento da Reforma, revolucionário, na medida em que traz à tona questões dessa natureza.



O modo como se processa a *construção* da enfermagem cabe perfeitamente na descrição de Foucault (2002-2003a: 119) acerca dos efeitos da utilização de processos disciplinares na “fabricação dos corpos submissos”. Afirma que esses processos disciplinares se travestem numa multiplicidade de formatações, localizações, funcionando em instituições variadas e atendendo a demandas diversas. A disciplinarização define a maneira e determina as técnicas, a rapidez e a eficácia com que o indivíduo deve operar; a organização científica do trabalho encontra aí solo fecundo.

Miranda (1994:27) coloca o processo disciplinar na série da “medicina científica e da racionalidade científica moderna do século XIX” que tem, no espaço hospitalar, um *locus* por excelência possibilitando a sistematização e organização do saber médico, que passa a se constituir como discurso de verdades sobre saúde e doença, sobre normal e patológico.

Analisando as relações no sistema hospitalar, identifica a existência de um poder “polimorfo”, sutil e eficaz, que “não é apenas repressivo, que proíbe e castiga, mas que diz sim, que concede, que possui uma positividade e, como conseqüência, uma produtividade”. Este poder, instituído através do processo de disciplinarização, está assentado no tripé “vigilância, controle e registro”, cuja eficácia é visibilizada na docilidade dos corpos no espaço hospitalar, quer seja dos profissionais (na seqüência hierárquica), quer seja dos doentes, (1994:29).

Este poder “microfísico” segundo Foucault (2003a) que penetra o tecido social, tem como objeto o indivíduo singular e como objetivo diminuir a força política e aumentar a utilidade econômica.

Eu diria que esta eficácia, que manipula os funcionamentos na direção desejada, produz efeitos devastadores na capacidade de criar, pensar, sonhar: formata tudo na dimensão do previsível, do controlável, empobrece a vida. Adestram-se, competentemente, corpos e almas...

A formação proposta pelo “sistema nightingaliano”, como já foi afirmado, serviu de modelo para a maioria das escolas surgidas posteriormente, envolvendo ensinamentos “técnico-científicos”, estágio prático, exigência de uma sólida “formação moral”, considerando os aspectos “físico, intelectual, a origem sócio-econômica e a aptidão profissional” (Daher, 1995:32-38). Tenciona “produzir” profissionais competentes, teórica e moralmente, dentro de um ideário, que para sua realização

pressupunha candidatas à profissão, que fossem “religiosas, puras, dóceis, submissas, com retidão de caráter e caridosas”.

A dimensão da exigência, o papel de tais requisitos para a formação da enfermeira é assim descrito por Miranda (1996b:16)

As candidatas ao curso, sua procedência social, seus hábitos de vida, seu comportamento no espaço público e no privado, e a proibição draconiana à expressão da sexualidade e à vida sexual, eram atributos tão necessários para tornar-se enfermeira quanto o era a formação profissional.

Uma das determinações do sistema nightingaliano era de que a candidata a enfermeira fosse solteira e assim continuasse: “[...]as mulheres selecionadas e treinadas para serem enfermeiras tinham que **abrir mão da condição de serem mulheres**<sup>142</sup>; sua missão era a de provar que a mulher pode ser uma boa enfermeira” (1996b:152).

A exigência do celibato, segundo Daher (1995), explica o grande número de enfermeiras solteiras; manteve-se em vigor, no Brasil, até a reforma universitária de 1968. A alegação, que sustentava esta intimação estava assentada na exigência de disponibilidade para o trabalho, pela chance de dobra de plantão, de trocas constantes nas escalas ou da própria estruturação do curso, que funciona em tempo integral. A realidade da formação e do exercício profissional eram vistos como incompatíveis com o casamento.

A construção e o exercício desse ofício, originalmente, fez-se sob o regime de internato, obedecendo a uma rígida hierarquia e disciplina, impostas por olhares atentos e orientação firme da diretora e da instrutora, com horários, espaços e tempos rigorosamente definidos para as atividades que deviam ser realizadas.<sup>143</sup> As exigências para a seleção da enfermeira mantinham-se pelo período de formação, daí o seu peso nas formatações estóicas, que caracterizam essa profissão.

Miranda (1994) contextualiza esse desenho da enfermagem no circuito da influência do puritanismo na mentalidade inglesa, que tinha como norteadores de conduta o autocontrole, a sobriedade, visando metas espirituais. A realização de tais propósitos exigia firmeza e constância emocional, bem como controle do envolvimento

<sup>142</sup> Grifo da autora.

<sup>143</sup> Miranda (1996b) cita o “Boletim Moral”, oficializado por Nightingale, como *Folha mensal de caráter pessoal e das realizações de cada enfermeira*, de alguma forma presente até hoje, nas escolas de enfermagem, pelo menos no Brasil. Daher (1995) também afirma a função de controle, deste Boletim sobre a conduta das alunas, possuindo tanto valor quanto o Boletim Técnico, nas decisões relativas à correção ou permanência da aluna na profissão.

e de sua expressão. Estes dispositivos de contenção e controle vão formatando e modulando os discursos e as condutas.

A constituição da enfermagem é tributária dessa época; suas marcas revelam-se até os dias atuais, nas práticas estóicas, na dificuldade de lidar com sentimentos, na dessexualização e na própria refratariedade a mudanças. Para Miranda (1994:13), “a ética do órgão formador atual” determina o comportamento da enfermeira: “antes de tudo assexuada, *anjo branco*; se possível, silenciosa, generosa e firme; no mínimo discreta e incansável, gentil e atenciosa, porém competente, objetiva e pragmática”.

A eficiência desta cartografia no sistema de formação sob estrita vigilância e controle do tempo, dos espaços, das atividades, dos corpos, somados aos requisitos técnico-científicos e morais, exigidos das candidatas, continua produzindo efeitos na profissão. Suas marcas fundadoras são mantidas à revelia das mudanças acontecidas, do tempo da fundação até os dias atuais, das mudanças nos currículos e nas práticas, a despeito do desejo de transformação com relação ao ideário da enfermagem. Por outro lado, essa realidade coloca em cena, novamente, a dimensão/extensão/eficácia dos processos disciplinares.

No Brasil, a primeira escola de enfermeiras dentro dos princípios nightingaleanos foi criada pelo Decreto 15.799 de novembro de 1922<sup>144</sup>; começou a funcionar em fevereiro em 1923, como “Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública” (DNSP), tendo como campo de estágio o Hospital Geral de Assistência, ligado ao DNSP, cujo presidente era Carlos Chagas.

O objetivo da escola segundo Rocha (1994:7) era formar enfermeiras brasileiras, tecnicamente preparadas, com a *missão* de melhorar o padrão dos serviços de saúde do país. Essas enfermeiras seriam encaminhadas às chefias dos serviços de Saúde Pública, “exercendo atividades de ensino e supervisão dos agentes de enfermagem oriundos das classes mais pobres e encarregados dos serviços manuais”.

Os professores eram estrangeiros, coordenados por Mrs. Ethel Parsons, que chegou ao Brasil em 1921. Pertencia ao Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller, chefiando a Missão Técnica de Cooperação para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil.

---

<sup>144</sup> Há controvérsias entre autores acerca desse fato. Miranda (1994) relata a criação de uma outra escola, que teria sido a 1ª escola de enfermagem, no Brasil, em 1890, junto ao Hospício Nacional dos Alienados, conforme apontado no capítulo 3. Esta escola não obedecia aos princípios nightingaleanos, mas ao modelo francês.

Essa escola foi moldada no rigor dos padrões nightingalianos, considerados os mais elevados da época cujos princípios básicos são apontados por Miranda (1994:43):

1- grande preocupação com a conduta pessoal das alunas no sentido de postura física, trajes e comportamentos;

2- recomendação para que a direção da escola estivesse a cargo de enfermeiras e não de médicos,

3- “exigência de ensino teórico sistematizado e autonomia financeira e pedagógica” (alunas com diploma de Curso Normal). As professoras ainda impunham que apenas “moças brancas” frequentassem o Curso de Enfermagem.

O ato legislativo, lei 452/37 de cinco de julho de 1937, incorpora a Escola Anna Nery à Universidade do Brasil, hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro; A escola Anna Nery difunde-se como modelo para outros estados via Departamentos Estaduais de Saúde Pública. Em 1955, a lei nº. 2604/55 *disciplina* o exercício da profissão de enfermagem, em função do aumento destes profissionais nos serviços de saúde.

Para Ferreira (1995:48), nas primeiras décadas do século XX, o incremento na assistência médico-hospitalar, a partir de descobertas científicas, trouxe para a prática da enfermagem a incorporação de novos conhecimentos e técnicas, chamadas “as técnicas da enfermagem” ou “arte da enfermagem”: consistiam de procedimentos executados, passo a passo, especificando-se o material a ser utilizado.

Estas técnicas passaram a integrar o ensino formal de enfermagem, principalmente nos Estados Unidos, onde o “foco central” do trabalho dessa categoria foi deslocado do doente para “as tarefas ou procedimentos que deveriam ser realizados para atendê-lo”.<sup>145</sup> Julgo que esta postura, em nome da eficácia, objetividade e controle, introduz, silenciosamente, a organização científica do trabalho nas práticas da enfermagem.<sup>146</sup>

Na opinião de Miranda (1994) o processo de criação da Escola de Enfermagem visibiliza a dimensão da importância e da expectativa com relação ao seu papel estratégico na nova política de saúde pública, que começava a ser delineada, no Brasil, na década de 20. Tem como doutrina, o sanitarismo, sob influência americana, em substituição a posição higienista da escola francesa, o que desfoca o centro de atenções científico-culturais da Europa (França e Alemanha principalmente) para os Estados Unidos. A partir daí, as posturas e práticas na área de saúde vão ser marcadas por

---

<sup>145</sup> Ferreira (1995) aponta discussões sobre a influência norte-americana no campo da enfermagem no Brasil.

<sup>146</sup> As conseqüências da introdução da organização científica do trabalho nas práticas da enfermagem são levantadas por Miranda (1996b) e Silva (1998), cf. apontado anteriormente.

gerações de cientistas, que trocaram universidades francesas e alemãs por universidades americanas e inglesas.

Embora sob influência americana, a prática sanitária era também atravessada pelo discurso ideológico da higiene que vai produzir um modelo de saúde pública controladora do tecido social.

As moças recrutadas pela equipe de Mrs. Ethel Parsons pertenciam à classe social abastada e o convite tinha como argumento o discurso de servir à pátria, ajudando a debelar as inúmeras epidemias, que assolavam o Brasil. O discurso fundador se vê aqui refletido, acrescido de um cunho nacionalista e vai sendo sustentado ao longo dos anos, *maquiando-se* conforme as demandas dos diversos tempos.

Em 1953, utilizando como veículo o jornal da cidade de Niterói, a Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, hoje, Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, fez um convite “às moças no sentido de seguirem a mais nobre e bela profissão da mulher, a de enfermeira” (Daher: 1995:47).

O artigo que acompanhava essa convocação referia-se à necessidade do conhecimento técnico<sup>147</sup> adquirido nas escolas de enfermagem, através das aulas teóricas e dos estágios práticos nas várias clínicas; não bastava mais boa vontade, abnegação e piedade no exercício da enfermagem.

Paralelo a esse discurso *técnico* era veiculado um discurso *vocacional*, expressando o objetivo da escola de “também incentivar vocações entre as nossas patricias, que talvez as tenham latentes, porém precisadas do que se pode chamar uma lapidação para melhor *servir ao próximo*” (1994:49).<sup>148</sup> O artigo ainda apontava a grande demanda de profissionais e a necessidade de que as enfermeiras técnicas preparassem, supervisionassem e orientassem auxiliares de enfermagem em cursos mais rápidos.

A idéia de uma vocação latente, que precisa ser lapidada tem o sentido de uma *convocação* a qual só resta acatar... Este mesmo sentido é apreendido no significado de vocação retirado de dicionário: “Ato de chamar, escolha, chamamento, predestinação, tendência, disposição, pendor,[...]” (Ferreira: 1975:1469).

<sup>147</sup> Segundo Almeida (*apud* Daher 1995), as técnicas da enfermagem, sequenciais e ritualizadas, constituíram uma das primeiras manifestações sistematizadas do seu saber, daí a ênfase dada pelas escolas à formação técnica e a identificação da profissão pela ótica do *saber-fazer*.

<sup>148</sup> Grifo meu. Penso que a expressão desnuda o caráter religioso do ideário profissional, visto que ela costuma ser atribuída, como missão, aos religiosos.

Daher (1995:72) cita um artigo de Molina intitulado “O Espírito Cristão de Servir da Enfermagem”, que apresenta um conteúdo tão sugestivo quanto o título revelando, em nível de discurso, o sentido de missão que atravessa este ofício: “Indubitavelmente, a profissão de enfermeira nasce de uma vocação que surge de um chamado de Cristo, reclama dedicação completa aos doentes, consciência clara e firme autoridade moral”, ilustrando a concepção de vocação enquanto chamado, predestinação.

Em 1965, a “Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional) construiu uma cartilha intitulada: “Ser Enfermeira... já pensou nas oportunidades?”, com a finalidade de divulgar a profissão. Esta cartilha enfatizava o status profissional, nível superior, esclarecia sobre possibilidades ocupacionais, cursos extracurriculares, especializações; trazia uma bibliografia de Florence Nightingale e uma chamada (ou um *chamado?*...): “seja você uma enfermeira para fazer pelo Brasil o que Florence Nightingale fez pelo mundo”(Daher, 1995:45).

Para dar a dimensão do peso de Florence. Nightingale na construção/manutenção da enfermagem, basta atentar para o modo como a sua história é relatada na produção da maioria dos autores, colorida por uma aura mítico-religiosa e heróica. Vinha de uma família abastada e era uma mulher culta. O início de seu treinamento se deu em instituições religiosas baseadas em “disciplina, humildade, submissão e solidariedade” (cf. Daher, 1995: 28), “abandona” o conforto de sua família para cuidar dos pobres e doentes sob um discurso de estar atendendo a um “chamado”, cumprindo uma “missão”.

A junção desses ingredientes vai constituir o modelo que Daher (1995) nomeia como “modelo vocacional”<sup>149</sup>, que abarca qualidades identificadas como “morais”, apreendidas do meio social e bastante ligadas a atributos do feminino na sociedade ocidental, como já mencionado aqui anteriormente.

Na minha análise, tal concepção marca a ferro e fogo a práxis dessa categoria profissional: trabalha-se *no que* e se vai para *onde* a necessidade determinar, tal qual uma religiosa, sem entrar em questões subjetivas de satisfação, gostos, expectativas pessoais ou escolhas, retratando o que eu chamaria espírito missionário cristão.<sup>150</sup>

<sup>149</sup> Objetivando maior clareza e concisão no uso dos termos, tomarei emprestado de Daher, daqui para frente, essa expressão *modelo vocacional*, quando me referir a esse aspecto *divinizado*, missionário contido na enfermagem.

<sup>150</sup> Miranda (2000) discute essa dessubjetivação no trabalho, que faz com que se disponha a atender as necessidades dos outros, do trabalho, a aceitar mudanças de clínica, independentemente, de sentimentos ou desejos. Para ela, este comportamento funciona como um mecanismo de defesa. Menziers (1970) também compartilha desta opinião.

Penso que essa postura frente ao trabalho-missão implica um alto custo psíquico, e se constitui como um dos fatores responsáveis pelo sofrimento encontrado nesta categoria profissional. Mesmo tomando esta postura de despojamento religioso da enfermeira, como mecanismo de defesa, os elevados índices de adoecimento e mal-estar relatados causam espécie no que diz respeito a sua eficácia. Curiosamente, *esse estado da arte* a não parece suficiente para produzir interrogações ou buscar nexos causais entre os fatores e os efeitos: se do próprio trabalho, se pessoais, relacionais, dos compromissos *abraçados* na formação...

Julgo que esta concepção de vocação, como chamado, tem um efeito anestésico frente às interrogações, aos descontentamentos, aos desejos... Funciona como um *tamponador*. Não reverbera, não alavanca movimentos de subjetivação, não produz questionamentos com relação às condições de trabalho.

As queixas, quando manifestadas, são vividas como inoperantes, não têm efeitos visíveis, razão pela qual não vale a pena o esforço gasto no exercício de manifestá-las. As insatisfações, as várias gradações do sofrimento que, certamente estão presentes no dia-a-dia do trabalho, são calados na palavra, embora várias produções de enfermagem e conversas com enfermeiros me mostrem que esse mal-estar se fala pelo corpo, através das muitas doenças e licenças e das aposentadorias especiais presentes com certa frequência nesta categoria profissional, como já foi indicado antes.<sup>151</sup>

O fato de ser uma profissão feminina, em sua concepção e, majoritariamente, no seu exercício, também contribui, a meu ver, para a sustentação do silêncio, através de comportamentos de aceitação, obediência, disponibilidade para servir, características que, em nível de discurso e creio, ainda em nível de prática, têm marcado o feminino, mesmo que sob novos discursos e roupagens. Estão presentes na formação, implícitas nos processos de transmissão ou explícitas nas convocações...

Nos dispositivos formais, graduações, especializações e supervisões e informais, notícias sobre a profissão, veiculadas por qualquer espécie de mídia e nas histórias contadas pelas próprias enfermeiras, há um tipo de transmissão subjacente, à margem do discurso oficial moderno, que sustenta o discurso tradicional ou o modelo vocacional da enfermagem.

---

<sup>151</sup> Não encontrei nas minhas leituras esses dados transformados em números. Este fato me intriga porque o dado quantitativo, neste contexto, seria fundamental como visibilizador desta realidade.

Este modelo se revela também nos depoimentos e na descrição das práticas de trabalho. Representa o trabalho da “doce e afetuosa enfermeira”,<sup>152</sup> como um trabalho de doação abnegada, de cunho religioso, valorizando o trabalho prescrito.

Visto que a obediência à hierarquia faz parte do ideário e vem compor a série, as responsabilidades são atribuídas ao “Outro”, conforme aponta Menziers (1970). Esta posição traz como consequência uma prática de trabalho cuja arquitetura, normas e decisões vêm de cima, não são discutidas coletivamente, nem compartilhadas.

Decorrentes desta situação comportamentos de boicote, descompromisso com o trabalho, sob a forma de falta de iniciativa de pensamento e ação. A expectativa de um superior que pensa, resolve, se responsabiliza e assume o controle se algum imprevisto ocorrer anestesia os corpos, os dóceis corpos... Se por um lado isso significa *economia psíquica* para o sujeito que se amolda a práticas dessa natureza, por outro o fragiliza, leva-o a sentir-se incompetente. Não se vive o ônus do trabalho, mas também não se vive o seu ganho, do ponto de vista do reconhecimento pelo outro; ao mesmo tempo há mágoas por esse não reconhecimento<sup>153</sup>.

A ambigüidade trazida por essa realidade multifacetada o confronta, permanentemente, com o imponderável e, as muitas maneiras de lidar com ele, em última análise, determinam os diferentes e singulares destinos dados ao trabalhar, por essa categoria profissional.

A complexidade da formação da enfermagem está na sua montagem mais *subterrânea*, que articula um criterioso espírito humanitário cristão, a funções do feminino, sob um discurso politicamente correto; Daher (1995:71) afirma que no “tripé caridade, mulher e igreja estão fincadas as bases da enfermagem”.

A *desmontagem* deste discurso é delicada; mobiliza, põe em questão uma gama de sentimentos e posições consideradas *nobres* pela sociedade e pelas religiões, como disponibilidade para servir ao próximo, capacidade de doação, submissão, humildade, docilidade...

Parece-me que a profissional enfermeira tem que lutar em duas frentes amalgamadas, pelo fato de ser mulher e de ter escolhido essa profissão. O discurso

---

<sup>152</sup> Uso o termo no feminino e não a referência à profissão, enfermagem, com a finalidade de ser fiel aos depoimentos recolhidos por Daher (1995), sejam eles proferidos por homens ou mulheres, o que me aponta o peso do gênero na profissão.

<sup>153</sup> No grupo de auxiliares e técnicos de enfermagem, muitas vezes foi feita esta alusão ao não reconhecimento do seu trabalho, tanto por parte do supervisor, quanto da família do paciente; diziam que os médicos eram sempre responsabilizados pela melhora do paciente, que embora eles se dedicassem, nunca tinham mérito.



dessas *convocações* se articula magistralmente à construção dos papéis femininos tradicionais.

Em uma pesquisa feita por Salem (1980:83), com mulheres de classe média alta, o trabalho era vivenciado mais como algo “de fora”, como extensão do seu papel materno, não se apropriando dele como meio de realização ou crescimento pessoal. Para a autora a atividade da mulher “[...]fora do lar é sempre retraduzida para compor com aquela desempenhada no lar: por meio desse mecanismo, o papel da mulher no domínio público é reincorporado a seu papel no domínio privado”. Julgo que algumas profissões ditas femininas, e majoritariamente exercidas por mulheres, sustentam essa afirmação de Salem (1980) ainda hoje, e a enfermagem é uma delas.<sup>154</sup>

Na enfermagem esse discurso de extensão dos cuidados maternais ainda tem força de apelo. A via da filantropia como um viabilizador do trabalho de mulheres, também continua presente, ainda que de modo subjacente aos discursos. Tudo isso somado a uma *vocação* com forte matiz religioso compõe um cenário propício à manutenção do discurso fundador embora retocado por linguagem e discussões mais contemporâneas.

Como uma saída do estereótipo profissional tradicional revelado no modelo vocacional descrito anteriormente, Daher (1995) aponta a existência do que chama de modelo profissional moderno, baseado em princípios científicos e ênfase na técnica. Para a autora esse modelo evidencia características desejáveis a uma formação profissional que permita defrontar-se com o mercado de trabalho de forma mais competente, valorizar o reconhecimento profissional e constituir um lugar profissional diferenciado.

Esse modelo descarta a idéia de missão ou de chamado; penso que corresponde a uma outra concepção de vocação<sup>155</sup>, que considera a subjetividade e a história de cada um. Pensa vocação em processo, em permanente fazer-se, tendo como ingredientes a própria história do sujeito e tudo que a constituiu/constitui, contextualizada num mundo dinâmico e preñado de sentidos.

Particularmente gosto desta concepção de vocação não só porque ela me faz sentido, mas porque desvela realidades que tenho visto e vivido em minhas experiências

---

<sup>154</sup> Dados da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), de 1995, afirmam que 94% dos profissionais de enfermagem são mulheres e na Universidade Federal Fluminense (UFF), no ano de 1993, 88,7% dos calouros eram mulheres; em 1994, o percentual feminino foi de 83,7%. Estes dados estão em Daher (1995). Aqui, foram colocados para se ter uma idéia numérica, não sendo fundamental para a questão, sua atualidade.

<sup>155</sup> Esta concepção de vocação guia o trabalho de orientação clínico-vocacional proposto por Bohoslavsky (1977); encontra-se também em Müller (1998).

de vida e trabalho, além de descortinarem novas, muitas, outras possibilidades muito mais próximas da plasticidade que percebo/aposto no homem...

Estes dois modelos vocacionais coexistem hoje, aparecem mesclados nos discursos de profissionais, alunos, veteranos ou calouros e guiam as práticas da enfermagem na atualidade.

Apesar da afirmação de Daher, (1995), de que entre alunos calouros e familiares o modelo vocacional está mais aflorado e entre alunos veteranos e enfermeiros, ele está mais camuflado aparecendo mais o modelo profissional/moderno, os depoimentos apresentados mostram, em ambos os grupos, uma forte mistura dos dois modelos. O depoimento de uma enfermeira recém formada revela esta dimensão de mesclamento dos dois discursos:

*Sou constantemente chamada para resolver problemas. Em relação aos pacientes, aos médicos, aos alunos, que aqui fazem estágios, aos familiares dos pacientes e em relação à equipe de enfermagem. Não nos ensinaram a dizer NÃO. Devemos estar sempre prontas para ajudar, para servir. Algumas colegas até me chamam de Anna Nightingale ou Florence Nery, já que segundo elas, represento a associação de Anna Nery e Florence Nightingale. Mas mesmo assim o reconhecimento social é do médico(Daher, 1995: 69).*

O espírito de doação, disponibilidade e amor, parte inerente dessa formação, foi e continua sendo transmitido e *reatualizado*, através de mitos de Nightingale e de Anna Nery e dos rituais. Nesta série o *ritual da lâmpada* que remete ao modo como Florence Nightingale prestava cuidados aos feridos de guerra, hospitalizados, a qualquer hora do dia ou da noite, neste caso, com um lampião nas mãos, razão por que passou a ser chamada *Dama da Lâmpada*. A lâmpada<sup>156</sup> constituiu-se em um símbolo presente em situações significativas da formação da enfermagem através de broches e impressos.

Um outro ritual destacado como marcante na formação da enfermeira era a *Cerimônia de Recepção da Touca*, que indicava a passagem do ciclo básico para o ciclo profissional.<sup>157</sup> Nesta cerimônia as alunas vestiam o uniforme a ser usado em suas aulas práticas; bastante parecido com o uniforme das religiosas, sugeria, segundo Daher (1995:22), uma “sacralização da futura enfermeira e a sua conseqüente assexualização”.

<sup>156</sup> Curiosamente, a lâmpada tem a forma da lâmpada de Aladim...

<sup>157</sup> Essa cerimônia não é mais realizada, atualmente, nas escolas de enfermagem, mas a experiência continua sendo transmitida através de relatos carregados de emoção por aqueles que a vivenciaram e que geralmente são mestres ou pessoas, que ocupam lugar de transmissão ou posição de respeito na categoria.

A touca, recebida nesta cerimônia, era colocada sobre os cabelos curtos ou presos com redes, o que, para Miranda e Sobral (apud Daher, 1995) simbolizava, ainda, uma “disciplinarização e domesticação” da sensualidade representada pelo cabelo solto.

Participar desta cerimônia produzia grande efeito, descrito como marco na vida acadêmico-profissional:

*Aguardávamos com muita ansiedade a chegada desse dia, ou seja, a ansiedade vinha de muito antes, quando nos preparávamos. Eu lembro perfeitamente como chorei de emoção, tanto no dia de minha cerimônia como no dia de minhas colegas. Quem chegava a esse dia jamais o esquecia e nunca mais seria a mesma pessoa (in: Daher, 1995:17).*

Para Daher (1995:37), “por trás da chama da lâmpada ou por baixo da touca está a enfermeira idealizada por Florence Nightingale: mulher jovem, pura, fiel, que deve evitar pensamentos e ações perniciosas, idealista, leal, caridosa, compreensiva e dedicada” Estes preceitos vão sendo repassados, através de livros e manuais de enfermagem, nas cerimônias, nos hinos e juramentos, nas narrações emocionadas de enfermeiras/professoras, que viveram esses rituais em sua formação. Imprimem marcas no modo de inserção do sujeito na sua práxis, tracejando, compondo o que costuma ser chamado socialmente de “perfil profissional”.<sup>158</sup>

Os efeitos dessas aprendizagens, construções, exigências, têm um papel de peso nas formatações, revelados, em depoimentos como os de uma aluna caloura, duas enfermeiras e uma aluna veterana, apresentados nas suas várias nuances, misturando o velho e o novo, descompassados e contraditórios (e, claro, transmitidos...)

*Tenho uma tia que é enfermeira. Para ela, ser enfermeira é doar-se de forma total, tanto é assim que ela não se casou, sempre viveu em função da enfermagem. Diz ela que quando começou a trabalhar, o salário era tão pequeno que não ligava, deixava juntar meses para retirar do banco. Minha família toda a admira muito. Acho que eles pensam que enfermeira deve ser assim. Se bem que isto está mudando, pois eu não quero ser como ela. Ela parece ser realizada profissionalmente, mas vive muito só”(Daher, 1995: 61).*

*“Aquele espírito de Florence, de tentar resolver todos os problemas, de estar sempre sorridente, pronta a ajudar, nunca dizendo “não” esta presente no nosso dia-a-dia”.*

<sup>158</sup> Embora seja de uso comum o termo perfil profissional para se referir ao conjunto de características de uma profissão, definindo condições de pertencimento, penso que este termo deve ser usado com cuidado, porque dá uma idéia de cristalização, tem valor de inexorabilidade de funcionamento em bloco, numa mesma formatação. Nesta concepção, fica fora da cena a singularidade de cada sujeito, que é justamente aquilo que vai fazer com que cada um possa dar tinturas e sentidos específicos a seus atos, apesar do rol de características comuns. Por outro lado, a idéia de perfil profissional, neste sentido de já determinado *a priori*, atende a esta sutil aura de vocação divina, de *chamado*, que tem atravessado a formação da enfermagem ao longo dos tempos, compondo o modelo vocacional.

*“Os professores não nos ensinaram a questionar. Muitas vezes vi coisas erradas e ficava na minha. Tinha o maior medo de falar e ser ridicularizada, agora eu estou um pouco mais segura e já discordo quando acho que alguma coisa não está correta”.*

*“Não posso entender uma enfermeira rude com os doentes. Ela deve ser doce e serena em todos os momentos, é isto que a escola ensina. Ser portadora de amor e carinho, não precisando para isso ser submissa” (Daher, 1995: 25).*

Os discursos anteriores, embora em tons diferentes não apresentam grandes divergências entre si; o exercício ou a proximidade da prática parece não interrogar o suficiente, nem produzir estranhamentos com relação aos requisitos ou posicionamento profissional. Da mesma maneira, o que se espera socialmente da enfermagem, veiculado no depoimento da aluna caloura, continua próximo à enfermeira idealizada por Nightingale.

Bem diferente é o depoimento do aluno veterano; seu discurso é enfático e transgressor desse modelo idealizada da enfermagem:

*“Eu não quero ser anjo-da-guarda de ninguém. Nem quero ser para-médico, para nada. Quero ser profissional competente e respeitado como os demais”. (Daher, 1995: 61).*

Esta diferença de tom me recoloca a marca do gênero nesta profissão. Estaria a apontar a diferença de processamento do ideário da enfermagem a partir de referenciais do masculino e neste caso com assertividade, sem submetimentos, ou doações?<sup>159</sup> O fato de enfermeiro ascender mais rapidamente aos cargos de chefia e de poder do que a enfermeira estaria inscrito na questão de gênero? Estaria reproduzindo a naturalização/valorização dos papéis e ou funções reconhecidas como pertinentes ao mundo feminino e masculino e as facilidades ou dificuldades daí decorrentes?

Miranda (1996b:198), analisando a construção da enfermagem, atribui à personalidade de Florence Nightingale o desenho estabelecido por ela na *Nightingale-Training School for Nurses at Saint Thomas Hospital*, em 1860, e o mérito de 37 anos depois, em 1897, proibir-se na Inglaterra a contratação de enfermeiras não diplomadas para trabalhar em hospitais públicos.

Para a autora, Florence Nightingale foi uma mulher notável, não só pela sua história pessoal de ousadia e força como mulher, mas pelo que sua obra produziu de modificação em um contexto adverso, onde o modelo de enfermagem era representado

---

<sup>159</sup> Penso que um estudo sobre a influência do gênero nas práticas da enfermagem poderia ser esclarecedor para uma maior compreensão desta categoria profissional.

por um perfil negativo. Nesse contexto, o ideário criado por Florence Nightingale não podia fazer nenhum tipo de concessão no delineamento da formação. Ele tinha, de certa forma, uma missão: transformar uma mentalidade de cuidado e toda uma visão preconceituosa/desqualificadora com relação a este tipo de trabalho, transformar a representação social da mulher enfermeira, criar-lhe outras possibilidades.

Segundo Miranda (1996b) Nightingale foi capaz de perceber, em plena era vitoriana, que a enfermagem poderia ser uma das possibilidades de reconhecimento, permitindo à mulher *escapar* da sua destinação social: casar e ter filhos, ou seja, de “ser uma mulher normal sem ser casada e sem ser mãe, no século XIX”.

No entanto, acredito que a contemporaneidade nos convoca a repensar o modelo original, naquilo que ele possa acarretar de fechamento, de obstáculo à fruição de um trabalho mais satisfatório. Este repensar talvez implique pequenos/grandes deslocamentos de olhar e de posturas, de posições subjetivas daqueles responsáveis, encarregados da transmissão, seja em que espaço for... Afinal, não estamos mais na era vitoriana e nas implicações tanto profissionais quanto de gênero, presentes no contexto de criação da enfermagem.

As questões referentes ao *como* do trabalho da enfermagem são enfocadas, criticamente por Dartington (1997), justo por este prisma da formação, que *constrói* a expectativa de que a enfermeira não pense, não reflita sobre seu trabalho, sua eficácia e significação, enfim, não questione. Não cabem espaços de reflexão em um trabalho dominado pela necessidade, tradição e obediência que caracteriza a cultura hospitalar. Para ela, esta expectativa de não pensar da enfermeira também tem que ser analisada à luz da questão de gênero, que marca grande parte da mão de obra feminina.

A autora relata que no período de formação profissional, em seu primeiro contato no hospital, com um paciente todo entubado teve a sensação de que o paciente estava sendo torturado pelos profissionais; quase desfaleceu e o sentimento que veio em seguida foi de extrema vergonha por ter se portado dessa maneira; tinha então dezoito anos.

Também nessa época, deu-se a sua primeira experiência com a morte, através de um paciente com aparência saudável, bonito, de dezenove anos, com quem logo estabeleceu uma relação amigável, até porque ele representava a ligação com o mundo fora do hospital. Havia sido admitido para exames; sofria de leucemia e, em pouco tempo, morreu. Ela soube da doença por meio de uma amiga que ouviu a conversa da freira responsável por aquela ala de internação. Diante da morte do rapaz, a freira deu-

lhe informações gerais sobre leucemia, dizendo-lhe, gentilmente, que com o passar do tempo, ela se acostumaria.

Estas experiências aconteceram em Londres na década de 70. Vinte e cinco anos depois, Dartington, voltando a um outro grande hospital-escola como o da época de sua formação, agora como instrutora de um grupo de trabalho de consulta para enfermeiras deparou-se com questões e dificuldades muito semelhantes às da sua época de estudante. O silêncio, velando a dor e o sofrimento, continuava presente, marcando a formação e as práxis.

Continua, hoje, não existindo<sup>160</sup> na academia um espaço de supervisão, que possa ser continente dos sentimentos do estudante de enfermagem diante de suas primeiras experiências impactantes com a sexualidade, o sofrimento e a morte...

Santos (1997:19) em um trabalho realizado com enfermeiras de Ribeirão Preto encontrou, entre os sentimentos vivenciados diante da morte, a impotência, manifestada em presença da morte de crianças e jovens, de pacientes a quem se apegaram pelo longo tempo de internação ou em casos em que houve muita solicitação da família.

A culpa, outro sentimento presente, manifestava-se em situações onde a enfermeira, em função da própria estrutura hospitalar, via-se na contingência de “enganar” o paciente, de esconder coisas dele. O outro sentimento, a raiva, surgia como decorrência da impotência e da culpa e, muitas vezes, é direcionada aos médicos, que não só “dirigem o processo terapêutico” e, neste sentido, controlam a liberação de informação, como fogem da situação de pós-morte, que fica a cargo da enfermeira.

Estes sentimentos são “vivenciados com muita dor. O mecanismo de defesa mais comumente encontrado foi a negação, por “ação ou palavras”, através de verbalização sobre a necessidade de “ser forte”, “trabalhar como se nada tivesse acontecido”, “trabalhar ativamente em outras tarefas”, “cuidar do resto da enfermagem”.<sup>161</sup>

A autora também identifica, entre as enfermeiras, comportamentos de evasão, embora estes sejam, comumente, atribuídos aos médicos. Costumam referir-se à morte, através de “eufemismos” como o paciente “vai a óbito”, “tem uma parada cardíaca”,

<sup>160</sup> Não sei se esta continua sendo a realidade da formação em Londres, mas penso que continua sendo uma realidade na formação de enfermagem no Brasil; as exceções reveladas na preocupação/produção de alguns profissionais confirmam a regra.

<sup>161</sup> As enfermeiras foram convidadas pela autora, que é professora da escola de enfermagem, mas não é enfermeira (é socióloga e psicóloga), para um encontro que reuniu 42 enfermeiras de um hospital-escola, respondendo a perguntas que versavam sobre o tema “morte na experiência dos profissionais de saúde”.

“SWAT negativo”.<sup>162</sup> Se não há esperanças, a referência é “paciente fora das possibilidades terapêuticas”, está com a “síndrome de JEC” (Jesus está chamando).

A morte é significada como ruptura de vínculos ou como fracasso, e as enfermeiras se dizem despreparadas para enfrentá-la ou se perguntam “quem dá apoio para a enfermeira, que vê a morte todos os dias?” ou ainda “a enfermeira profissional se torna fria; não está preparada para se envolver”(Santos, 1997:19-20). A autora pontua, como uma marca da sociedade industrial capitalista, o silêncio tecido em torno da morte, que revela a sua negação.

Por tratar-se de uma categoria de trabalhadores de saúde, que lida cotidianamente com a doença, com o sofrimento, espera-se uma maior percepção de seu próprio sofrimento; tal não acontece. Também aqui, como em outras categorias de trabalhadores citadas por Dejours (1992-1994-2001) em seus estudos, é no adoecimento a via pela qual o mal-estar no trabalho fala, ganha visibilidade. O sofrimento fala pela via do corpo que, de alguma forma, desfunciona.

Esta situação é revelada<sup>163</sup> em várias produções sobre enfermagem no Brasil. Dartington (1997) relata também uma experiência conjunta com uma “psicoterapeuta em treinamento” na realização de grupo com “enfermeiras qualificadas” da unidade de fígado.

A idéia do grupo surgiu em função de *stress* entre as enfermeiras, manifestado através de queixas diretas, de longos períodos de licença, de pedidos de demissão ou de transferência para outra unidade. No total de 12 enfermeiras apenas cinco compareceram.

A proposta inicial era começar com relaxamento, mas diante da impossibilidade de relaxar e da fala de duas enfermeiras, acerca do medo que tinham do que poderiam *botar pra fora*, a psicoterapeuta propôs que elas falassem. Os assuntos versavam sobre o número de mortes entre os transplantados de fígado depois de tempos no CTI, sobre a angústia dos parentes, sobre sua própria exaustão.

Na medida em que as falas foram acontecendo, pode aparecer a dificuldade maior entre as profissionais, que era a de reconhecer o ódio e o ressentimento que sentiam pelos pacientes que se opunham aos seus esforços e cuidados, que as impediam de *curar*, como os alcoólicos, os drogaditos, que retornavam sempre para tratamento. Estes

---

<sup>162</sup> Referência ao seriado da TV.

<sup>163</sup> São feitas referências sobre o fato da dor encontrar essa via de se falar, mas as pesquisas sobre adoecimentos, quando existem, referem-se à questão da morbidade, sem entrar no seu mérito. Como exemplo, a pesquisa desenvolvida por Reis, La Rocca e Silveira (2003).

sentimentos independiam do seu conhecimento intelectual sobre a complexidade da adição.

Dartington (1997:107) faz uma pontuação importante, dizendo que nossos conhecimentos intelectuais fazem pouca diferença quando estamos confrontados, no nosso dia-a-dia, “com a desesperança de uma persistente autodestruição nos outros”.<sup>164</sup>

Penso que podemos ampliar essa reação para qualquer tipo de situação radical... Freud (1974[1915]: 324-5) já discutia essa relação entre intelecto e sentimentos e suas conseqüências: “[...]nos enganamos ao considerar nossa inteligência uma força independente, e ao negligenciar sua dependência em relação à vida emocional”. Afirma ainda que frente à resistência emocional, “as pessoas mais sagazes se comportam sem compreensão interna (insight), como se fossem imbecis”<sup>165</sup>, recuperando essa compreensão quando a resistência é superada.

É nesse contexto de dificuldades variadas, que vejo a importância de espaços grupais. Creio que a existência de um grupo, que se encontra e fala sobre seu trabalho, suas dores e alegrias, pode propiciar um mínimo de condição de defrontamento, de compreensão, no mesmo sentido do insight proposto por Freud, sobre o seu próprio mal-estar e, a partir daí, perceber os seus *respingos* no outro, no trabalho, no próprio trabalhar, nos espaços da vida. Os efeitos que o grupo pode provocar não são definíveis *a priori*, muito menos previstos.

Na minha experiência com grupos de técnicos e auxiliares de enfermagem na Instituição A, pude perceber, num primeiro momento, uma *revinculação* com o trabalho, manifestada através de muitas propostas de atividades para os pacientes ou do falar mais dos seus incômodos com a Instituição ou com procedimentos do trabalho; alguns profissionais, percebendo mais suas próprias dificuldades e, uns poucos solicitando ajuda no sentido de *tratar-se*.<sup>166</sup> Os efeitos acontecem...

Penso que a concepção do trabalho, as crenças e expectativas, que tecem seu solo desde a origem, os paradoxos presentes na sua construção obstaculizam o acolhimento da dor do trabalho. O espaço de fala, quando aberto, acaba também funcionando como resistência, quando essa fala é direcionada no sentido de informações, do ponto de vista teórico ou pela via dos procedimentos técnicos, ensinando como lidar, objetivamente, com os sentimentos do paciente ou os próprios.

<sup>164</sup> [...]with the hopelessness of persistent self-destructiveness in others.

<sup>165</sup> Sobre estas questões, vide também Freud (1974[1915-1930]).

<sup>166</sup> Estas questões são discutidas no capítulo 5 desta tese.



Nesse modelo, não cabe nenhuma possibilidade de reflexão, nenhum aprofundamento sobre sentimentos, situações, modos de trabalhar. Essa prática, na realidade, transforma-se em um convite à esquiwa, evitando e/ou negando tudo aquilo que pode transformar-se em dor.

Há a expectativa de que os profissionais enfermeiros se acostumem e que a própria repetição naturalize os eventos, não mais produzindo afetamentos sobre eles. O processo de transmissão vai acontecendo, ensejando as repetições, através do exemplo, por gerações de formadores. O trabalho da formação realizando-se... Para Menziers (1970) e Dartington (1997), esse tipo de postura engendra, sustenta e perpetua a instituição de sistemas de organização defensiva contra a ansiedade no sistema hospitalar.

Não há movimentação no sentido de criar espaços, que possam acolher, ajudar estudantes e profissionais a lidarem tanto com as experiências difíceis do trabalho, quanto com seus próprios sentimentos, suas reações emocionais, sua relação com os pacientes. Pergunto-me se é possível aprender a cuidar, na dimensão plena desse termo, se se sofre de tanto *descuido*, quando da época de sua formação...<sup>167</sup>

Vários estudos sobre enfermagem referem-se à formação, como uma aprendizagem de contenção: aprendem que é proibido se emocionar, chorar, porque isso poderia atrasar o trabalho, sobrecarregar o colega, impressionar a família, enfim, a demonstração de sentimentos na frente dos outros é desaconselhada. O distanciamento continua sendo uma boa medida para a relação e é considerado índice de um bom trabalho e/ou trabalhador.<sup>168</sup>

Passos (in Beck, 2000) também identifica o controle das emoções, como fazendo parte do modelo de saber correspondente aos traços masculinos, baseados na objetividade e neutralidade. Confirma a presença dessa lógica perpassando o ensino da enfermagem no Brasil, responsável por discursos que veiculam a contenção, o distanciamento, como estratégias de evitar o estabelecimento de ligações, refletindo-se na forma de operar o trabalho. Esta lógica masculina está presente no discurso de Lisboa (1998:44): “nossos corpos foram treinados na enfermagem para ser corpos de homem, rijos, duros e racionais”.

---

<sup>167</sup> Monteiro e Moraes (1999), relatam a boa aceitação entre os alunos de enfermagem, desta prática de falar sobre os sentimentos/dificuldades, questões relacionadas à morte, sexualidade, sofrimento, dor, que vão estar presentes no seu dia a dia de trabalho. Penso ser este um apontamento interessante no sentido da aproximação de temas-tabu na formação da enfermagem.

<sup>168</sup> Lisboa (1998) discorre com bastante clareza, sobre essa questão. Vide também Menziers (1970), Miranda (2000).

Institui-se, na aprendizagem de comedido, propalada na formação, um paradoxo de difícil administração, se pareada à questão de gênero, que também constitui marca de peso, nesta profissão.<sup>169</sup> Aqui são enfatizados comportamentos ligados a maternagem na medida em que, segundo Lisboa (1998), esses profissionais têm como função manter o doente bem cuidado, limpo, confortável, como uma mãe faz com seu filho. Por ser uma profissão eminentemente feminina, ligada ao cuidar, transforma-se em extensão do papel maternal e, portanto, pressupõe afeto, proximidade, cuidado no espaço de trabalho, indo na contramão da lógica masculina de contenção.

Os discursos e ações são matizados pelo espírito de submissão, sacrifício, abnegação destituída de gratificação, disponibilidade para o outro. Essas características, atribuídas ao gênero feminino, também estão representadas na figura da mãe. A ligação enfermeira-mãe, presente no imaginário social, é desvelada na fala de uma aluna caloura de enfermagem: “*enfermeira é como uma mãe na hora da consulta*” (Daher, 1995:50).

Tal ligação é reforçada pelo mito de Anna Nery, que atuou como enfermeira voluntária nos hospitais, durante a guerra do Paraguai, para estar mais próxima dos seus próprios filhos, que lutavam na guerra. Ficou conhecida como a “mãe dos brasileiros”.

Daher (1995: 64) em estudos realizados em tempos diferentes (1993-1995), lista características da enfermagem, recolhidas em pesquisas de campo com alunos calouros e veteranos, com profissionais já formados e com alguns familiares. Encontra em ambos os estudos uma adjetivação bastante semelhante na representação da enfermagem: “compreensiva, serena, delicada, digna, humilde, dócil, carinhosa, amorosa, fiel...”

Por outro lado, há uma associação da enfermeira ao mundo do pecado e do prazer, herança do *tempo negro da enfermagem*. A ambigüidade na representação da enfermagem, apresentada como um certo estigma, pode ser vislumbrada nos relatos de dois alunos, homens, veteranos,

*Enfermeira é aquela pessoa que busca equilíbrio, que leva harmonia e amor para os doentes, estando sempre pronta a ajudar a todos que dela precisar. É símbolo de paz. É também vista como aquela figura que busca companhia. Entretanto, ela deve se dar ao respeito e não deve deixar que falem dela.*

*Muitos acham que a mulher e a enfermeira são mais angelicais e mais sensíveis para lidar com as pessoas, principalmente, com os doentes. O homem, o médico é menos sensível. Mas por outro lado, tem aquele pensamento de que a enfermeira é sensual, cheia de mistério e sempre à procura de experiências novas (Daher, 1995: 58)*

<sup>169</sup>Daher (1995), Ferreira (1995), Dartington (1997), Lima (1998), Lisboa (1998) e Beck (2000) tratam das questões de formação e gênero presentes nas falas e nas práticas de trabalho dos enfermeiros.

de uma mãe de aluna:

*Queria que minha filha seguisse a carreira de professora porque é mais ligada à mulher. Me preocupo com a escolha dela porque enfermeira sempre foi mal vista pela sociedade, além de trabalhar pesado. Pode ser que com a faculdade isto esteja mudando. (1995:66)*

de duas alunas, uma caloura,

*É importante que tenha conhecimento. Não pode ter o título e agir como auxiliar de enfermagem. Tem que mostrar o que sabe, se impor, saber o seu lugar. Enfermeira tem uma fama ruim e muitos pensam assim, você sabe do que estou falando, não sabe? Talvez seja porque a profissão tem muitas mulheres e poucos homens. Em outras profissões, onde há muitas mulheres como professora e secretária também acontece isto. (1995:66)*

a outra veterana:

*Minha mãe diz que esta profissão pode até ser, agora, de nível superior e ter especialização, mas que enfermeira continua a ser vista como a que gosta de seduzir médico, lá isso é. (1995:66)*

Os relatos refletem a ambigüidade e desvalorização que acompanham a profissão de enfermagem, construídas no imaginário social. Penso que decorrem da sua forma de nascimento, de sua destinação profissional, profissões para mulheres, da sua história ao longo do tempo, e todos os preconceitos/representações/medos que acompanham os processos de adoecimento e as questões/interditos, que envolvem o manipular o corpo do outro.<sup>170</sup>

Daher (1995:75) aponta o que considera uma ambigüidade estrutural da profissão enfermagem: pureza, atributo do feminino, e impureza ligada à doença e suas conseqüências. Essas duas atribuições antagônicas se defrontam e se misturam no exercício profissional, que implica tocar, manipular o corpo do outro, lidar com suas excreções. Neste sentido a escolha desta profissão, na realidade, introduz uma transgressão nos “padrões culturais pensados para as mulheres nas sociedades ocidentais modernas”.

Já Miranda e Sobral (*apud* Ferreira, 1995:97) e Miranda (1994) apresentam uma outra possibilidade de ler esta situação. Apontam a enfermagem “como a única profissão assistencial que tem permissão da sociedade para tocar o corpo do homem e fazer cuidados físicos íntimos, como por exemplo, a higiene corporal”. Afirmam, ainda,

<sup>170</sup> Daher (1995) faz uma análise da estrutura do Curso de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, da alocação das disciplinas pelos semestres e suas conseqüências no modelamento dos profissionais, reforçando os estereótipos e os mitos. A leitura desses dados pode ser bastante esclarecedora para se pensar a formação e suas marcas nas práticas de trabalho desta categoria profissional.

que esta permissão “assegura à profissão um poder incontestável” sobre o corpo do cliente hospitalizado.

Nos relatos colhidos por Ferreira (1995:99), esta permissão, traduzida em necessidade do ofício, abre “todas as portas que levam ao corpo do doente hospitalizado”, sem qualquer tipo de questionamento. O nível de automatismo dos usos de poder sobre o corpo do outro, nas práticas de saúde, pode ser apreendido no relato de uma enfermeira:

*Na Unidade Coronariana, eu nunca tinha feito um exame físico específico para paciente cardíaco[...]aí um médico falou que ia mostrar como fazia: chegou, tirou o lençol do paciente, abriu o camisolão dele[...]deixou o homem nu na frente de todo mundo. Aí, eu virei p'ro paciente e disse: seu fulano, ele pode me ensinar a fazer exame físico no senhor? E fui pegar o biombo. Aí, o médico me olhou rindo[...] Eu fui perguntar ao paciente se ele aceitaria que eu fizesse o exame e os médicos fiaram rindo de mim (in: Ferreira, 1995:100).*

Para a autora, a permissão social implica em acatamento automático do paciente, como se fora relação causa-efeito; diante de pacientes, que se recusam a ser manipulados, o profissional lança mão da possibilidade de dar alta como “mecanismo disciplinador”, o que revela tanto o uso de poder do profissional quanto o nível de assujeitamento do paciente.

A esta ameaça pairada no ar, soma-se à prática da vigilância e do registro dos comportamentos. Para além da sua necessidade óbvia, também são transformados em fatores de ameaça, têm efeito coercitivo e disciplinador no hospital, diminuindo qualquer tipo de reivindicação do sujeito hospitalizado.

O modo como essa permissão é operada (e aí me refiro a todos os profissionais do campo de saúde hospitalar, principalmente) não só acaba legitimando *exercícios de poder no cuidar*, extremamente invasivos e *descuidados*, como a coloca no lugar de grande aliada das práticas disciplinadoras no sistema hospitalar, muitas vezes, estranhas ao que se considera um bom cuidado. Tais usos de poder, se pensarmos agora pela ótica do profissional, para serem praticados exigem, produzem, reforçam um constante exercício de blindamento/distanciamento/negação das emoções...

Pergunto-me quem é o vencedor nestes contextos? Vem-me como resposta possível que o único vencedor aí, se é que existe, é a organização científica do trabalho que se vê operada com eficiência, rapidez, economia e *asepsia*. Os *engarrafamentos* ficam dentro das pessoas, hospitalizadas ou trabalhadoras, produzindo efeitos no um a um, que são constatados, às vezes classificados, *tratados* através dos mecanismos

usuais: medicamentos, o recurso a altas ou a licenças. Curiosamente esses *engarrafamentos* quase nunca são interrogados/interpretados; às vezes podem se constituir em motivos de pesquisa interessada em traduzir a morbidade do ponto de vista percentual.<sup>171</sup>

Daher (1995:52-3) aponta, ainda, que nas práticas de trabalho se reproduz o par contrastivo médico-enfermeira, construindo para a enfermeira, no imaginário ocupacional, uma “identidade complementar, auxiliar à do médico”, o que pode ser observado em depoimentos de três alunas, duas calouras e uma veterana:

*Enfermeiro para mim é um auxiliar de médico, um auxiliar com mais qualificação. Era isso... Tava ali e tal... Muita gente mesmo tendo curso superior não sabe quem é o enfermeiro, pensa que é um auxiliar e pronto. Eu jamais pude imaginar que enfermeiro fizesse pesquisa*

*Eu não podia imaginar que enfermeira fizesse pesquisa. Para mim ela atuava só em hospitais, dando uma boa assistência técnica e muito carinho, auxiliando o médico.*

*Eu acho que o acadêmico de medicina já entra no hospital com certa superioridade, já entra altivo, deixando logo claro que é médico. Eu não sei se ele aprende isto com os professores ou se já traz isto da sociedade. Acho até que a sociedade já impõe isso para ele, então, ele chega e logo se impõe. Com o aluno de enfermagem é diferente, ele precisa dar duro para se impor.*

e de um familiar:

*Para mim, como mãe de futura enfermeira, eu vejo o seguinte: sempre a sociedade vai ver a enfermeira como a ajudante do médico, mas se ela souber se impor, mostrar que tem conhecimento ela poderá ser vista de forma diferente, não sendo vista apenas como auxiliar, como já tive a oportunidade de ver em hospitais.*

Tais depoimentos dão a dimensão de um certo sentimento de desvalia, subjacente à profissão. Acho, no mínimo, interrogadoras as referências da aluna veterana acerca da diferença de postura entre os alunos de medicina e de enfermagem, no que diz respeito à assunção de uma posição de superioridade, bem como a interrogação quanto ao modo de aprendizagem desses papéis, se advinda da sociedade ou dos seus próprios professores.

Uma fala que me produziu indagações, quando participei do grupo de supervisão de enfermagem na Instituição A, referia-se à relação com o saber: *funcionamos,*

<sup>171</sup> Cf. apontado anteriormente, o estudo de Reis, La Rocca e Silveira (2003), faz um levantamento dos motivos do afastamento do trabalho. O olhar é nosológico, mas penso que, ainda assim, este tipo de estudo constitui-se um avanço: coloca no cenário esta categoria profissional. Esta pesquisa foi realizada em conjunto, abrangendo o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (BH/ MG), Faculdade de Medicina da UFMG (BH/ MG) Laboratório de Estatística e Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, Spain. Realizou-se no Serviço de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (SAST) de um hospital universitário.

*segundo a equipe de plantão,* <sup>172</sup> de modo mais organicista, tendo a nosologia e a medicação como guias da prática ou de modo mais psicodinâmico, onde se atentava mais para os processos psíquicos, as vivências, o sofrimento de cada paciente, tomando a teoria psicanalítica como referência.

Penso que a análise de Daher (1995) sobre o currículo, a alocação de disciplinas no Ciclo Básico do Curso de Enfermagem da UFF, <sup>173</sup> a postura de alguns professores podem lançar luzes sobre situações como as especificadas aqui.

A autora (1995: 101) afirma que o início da construção da identidade profissional, nos dois ou três primeiros semestres do curso, “se efetiva, na prática, com conteúdos e com professores, que não guardam relação com a enfermagem”.<sup>174</sup> Mesmo os professores com algum engajamento têm dificuldade de identificar os conteúdos próprios à enfermagem e os próprios professores enfermeiros, em número reduzido, não se identificam como tais e, sim, como professores da UFF.

Afirma ainda que os laboratórios para as práticas, também possuem material escasso, muitas vezes, danificado e em condições precárias para a aprendizagem. As disciplinas são oferecidas por departamentos do Instituto Biomédico e os professores são quase todos médicos, sem ligações com o curso de enfermagem. Esta arquitetura não facilita em nada e ainda é acrescida, *dramaticamente*, pela fala/posição dos professores em sala de aula reproduzida no relato de alunos:

*Não sei o que o aluno de enfermagem vem fazer aqui no Biomédico, eles entram e saem sem saber nada. Eu nem sei direito o que devo ensinar para as turmas de enfermagem. Acabo ensinando o mesmo que em medicina, apenas não aprofundo.*

*Não posso me aprofundar senão vocês não entenderão nada.*

*O negócio de vocês é aprender apenas os músculos dos braços e das nádegas, onde aplicação injeções. O resto é bobagem e perda de tempo.*

*As turmas de enfermagem são turmas com QIzinho, não dá para aprofundar o conteúdo, é dar apenas as noções (Daher, 1959: 102).*

<sup>172</sup> Fala de uma enfermeira no grupo de supervisão de enfermagem da Instituição A, em 1988. Esta fala, quase literal, foi repetida por uma aluna, estagiária de pesquisa, que a ouviu de uma enfermeira, em uma sessão clínica da IB, onde faz estágio.

<sup>173</sup> Em 15 de dezembro de 1994, o MEC estabeleceu, através da portaria 1171, o novo currículo para a formação do enfermeiro, incluindo os conteúdos mínimos e a duração do curso, fato que, segundo autores, provocou um movimento de revisão curricular em várias faculdades de enfermagem.

<sup>174</sup> Essa estrutura e os dados observados são datados: até o ano de 1995. Para os objetivos desse trabalho não importa tanto a atualidade desses dados, visto que os coloco até porque penso que sejam desconhecidos para os *estrangeiros* à área de enfermagem e os que se interessam pelos processos de formação, no que eles implicam de *formatação* profissional e suas seqüelas.

As entrelinhas e as linhas destas afirmações vão engendrando a *natural* superioridade do saber médico, em relação à *natural* inferioridade do saber da enfermagem. Essa desvalorização vai sendo construída já na formação, entre os próprios alunos de ambas as profissões, que repetem as posturas de seus mestres, (afinal, a transmissão acontece, em detalhes), permite a compreensão do saber *à deriva*, denunciado na afirmação da enfermeira, no grupo de supervisão da Instituição A.

A própria idéia do *par contrastivo*, utilizada por Daher (1995), acaba produzindo uma relação desqualificatória: não há *parceiros* no campo, mas subordinados (nomeados auxiliares) e dirigentes. Os sentimentos, respaldados e reforçados socialmente, *revelam-se* com sutilezas, na linguagem e nas práticas, e estão sub-repticiamente presentes nos processos de transmissão, sendo repassados nas próprias formações, seja na medicina ou na enfermagem.

Penso que, teoricamente, este deve ser um fato especialmente complicador no trabalho em Saúde Mental atravessado pelas proposições da Reforma que prega o avesso desse tipo de relação.

O cuidar envolve, para além da saúde, o tocar o corpo do outro<sup>175</sup>, entrando em contato com sua intimidade e isto, segundo Menziers (1970: 6), mobiliza tanto na enfermagem (que executa os cuidados), como nos pacientes (que *sofrem* os cuidados) “fortes desejos e impulsos libidinais e eróticos que podem ser difíceis de controlar”. Creio advir daí uma fala corrente na enfermagem de que *enfermeiro não tem sexo*.<sup>176</sup> As imagens da enfermeira uniformizada, os modelos veiculados pela mídia, falam dessa *dessexualização*.

Ferreira (1995) discute os olhares da enfermagem sobre o corpo do doente, dividindo-os em três grandes linhas de pensamento: a racionalista, que pensa o corpo objetivado, fragmentado do ponto de vista de um funcionamento mecanicista, tal como uma máquina. Este olhar influenciou tanto na forma de cuidar como na constituição dos saberes sobre o corpo, que se fizeram sob a égide da dualidade cartesiana.

Um segundo olhar, nomeado como visão holística, postula a existência de uma ligação e uma interdependência entre os fenômenos físicos, psicológicos, biológicos, sociais e culturais. Neste ponto de vista, o homem é visto como um ser integrado: corpo,

---

<sup>175</sup> Este procedimento traz à tona a questão da sexualidade, aludida em algumas passagens anteriores, e somente aqui desenvolvida como objeto de discussão.

<sup>176</sup> Fala recolhida no grupo de técnicos e auxiliares de enfermagem da Instituição A, proferida por um profissional homem.

espírito, mente, contextualizado em um ambiente físico social, considerando as marcas daí advindas.

O terceiro modo de olhar o corpo, denominado histórico, o vê como constituído, modelado e controlado por intervenções disciplinares advindas das diversas instituições e saberes, que compõem a sociedade, objetivando atender a fins econômicos, políticos e sociais.

Dessa perspectiva, penso que as práticas da enfermagem, na atualidade, são conduzidas tanto pelo olhar racionalista, quanto pelo histórico, que vão determinar uma direção para o fazer desta categoria. Esta mistura somada à ênfase atribuída aos *procedimentos* podem gerar um cuidado invasivo, legitimado e sustentado pelo discurso de neutralidade e objetividade da ciência moderna e da organização científica do trabalho<sup>177</sup>. O depoimento de uma enfermeira fala por si...

*A idéia é que eu, como enfermeira, possa fazer o que eu quiser, mesmo sem permissão porque faz parte do cuidado. Eu aprendi a fazer isso; tenho poder pra isso[...]Eu acho que é um poder muito grande que a gente tem sobre o corpo, de expor, de mexer, tocar, de fazer[...]se eu vou realizar cuidado de enfermagem, quem vai dizer que eu não posso? (Ferreira,1995: 93).*

Este depoimento está dentro do que Ferreira (1995) identificou como um tipo de intervenção/representação, que vê o corpo do cliente como um corpo a ser domado, sobre o qual vão incidir usos de poder, caracterizados por práticas de *acesso livre* ao corpo doente, uso de técnicas de vigilância, controle e registros do dia a dia no hospital.

Segundo a autora, estas práticas produzem nesses corpos um comportamento marcado pela obediência e submissão, corpos disciplinados, atendendo ao funcionamento de dominação-submissão, que caracterizam e sustentam o sistema hospitalar. Há, no dizer da autora, uma “licenciosidade obrigatória” nas manipulações exercidas no corpo do paciente internado, cuja permissão social só acontece no interior da instituição hospitalar.

Um segundo tipo de intervenção trata o corpo do cliente como um espaço do fazer, percebendo-o como em pedaços, constituído de “partes doentes”; a ênfase é colocada na tarefa. Ferreira (1995: 120) nomeou estas representações sobre o corpo do cliente como o “corpo-tarefa”. O manuseio deste *corpo hospitalizado* está inscrito nas

<sup>177</sup> Um exemplo dessa objetividade científica está no estabelecimento da “distância íntima” para o contato entre as pessoas (profissional e paciente), que é de 40 cm, segundo Ferreira (1995).



rotinas de trabalho e, neste contexto, o corpo do cliente vai sendo percebido como um “espaço de prática fragmentado”:

*O corpo do paciente não é pra mim como se fosse um corpo, é como se fosse qualquer (pausa) é que se eu falo assim, como se fosse um objeto... Pode dar uma conotação estranha, mas é como se fosse algo que está precisando melhorar, eu preciso fazer um conserto ali e eu faço.[...]Pra mim, você perguntar como eu vejo o corpo do paciente é um pouco difícil, porque eu não vejo como um corpo.*

Embora, em nível de discurso o saber da enfermagem se proponha a ver o homem como um ser integrado, do ponto de vista “biopsicosócio-espiritual”, sua prática, influenciada pela exigência de cientificidade, é guiada pelo “modelo biomédico cartesiano”, reducionista e mecanicista, focalizando sua atenção e cuidado sobre a parte do corpo doente, visto como máquina que quando “sofre ‘avaria’, necessita ser consertado”, perdendo a visão do corpo-pessoa (Ferreira, 1995: 119-120).

As marcas da formação fazem-se presentes, no depoimento de uma enfermeira:

*[...]eu acho que a reflexão é importante e o vivenciar também. Eu acho que a gente tinha quer trabalhar mais isso, desde cedo. Eu acho que isso é coisa de Faculdade e eu não aprendi isso na Faculdade. Acho que a gente tinha que trabalhar o próprio corpo na Faculdade, se tocar, se conhecer, ter vergonha perante o outro, pra poder saber a vergonha do outro e a gente não tem isso, a gente se preserva muito. A gente não tem aula nenhuma[...], as professoras não discutem o corpo, elas ensinam a gente a cuidar do corpo (Ferreira, 1955: 129).<sup>178</sup>*

Há um espaço de silêncio, uma divisão de tarefas entre a equipe, um excesso de atividades nas práticas cotidianas, que produzem uma automatização de ações e um bloqueio do pensar. A ênfase está colocada na tarefa, fragmentada e dividida entre vários profissionais, o que leva a uma forma mecanizada de lidar com o corpo do paciente (literalmente um ser passivo), destituindo-o de sua sexualidade, que é invisibilizada. O sexo do paciente também sofre este processo de invisibilização: é “encoberto” pelo “véu da ajuda e do cuidado”, não havendo distinção entre pacientes do sexo feminino ou masculino, segundo os discursos da enfermagem (1995: 129).

*Eu lembro do meu tempo de aluna que uma vez[...]a professora me colocou com um rapaz de 18 anos. Eu era menina naquela época[...]aquilo me deu um choque[...]aí o menino olhou pra mim, olhou pra professora e disse: isso não vai dar certo! [...]quando eu fui levá-lo ao banho, claro, aconteceu a ereção[...]. Aquilo me traumatizou demais, eu não gosto*

<sup>178</sup> É interessante a análise feita por esta autora, acompanhada dos depoimentos dos profissionais. Creio que os fragmentos usados são suficientes para passar a noção do peso da formação, que vira um grande complicador nas práticas. Recomendo esta leitura para as pessoas que trabalham na área de saúde e que estejam sendo interrogadas por questões semelhantes.

*nem de lembrar, fiquei sem ação e o garoto também. Eu só me lembro que eu joguei uma toalha nele e sai do banheiro[...].*

— *Você conversou com a professora sobre o que aconteceu?*

— *Não, não havia margem pra isso. Não se conversava sobre esses assuntos. A gente tinha que cuidar do paciente, independentemente do sexo e a professora não queria nem saber se tinha problema ou não com relação a isso.*

*A gente aprendeu desde pequena que o corpo é um tabu e o sexo também, aí você chega na Faculdade de Enfermagem e tem que manipular o corpo do outro, os órgãos genitais, então, no início, é um pouco difícil.*

*[...]a professora dizia que a gente tinha que cuidar do paciente e não podia ter vergonha, porque enfermagem não tem sexo. Isso era quase como uma lei[...] (Ferreira: 150-1).*

É interessante perceber nessa trajetória, paradigmática, o trato com a sexualidade e novamente o papel da formação nas práticas de trabalho. Penso que afinar a escuta é um compromisso daqueles que estão no campo, responsáveis por tarefas de ensino e supervisão, para que estas questões possam ter outros destinos que não se transformarem em automatismos e por vezes, exercícios de crueldade, com o paciente e consigo mesmo...

Lembro-me da minha perplexidade quando, no primeiro dia do grupo com os técnicos e auxiliares de enfermagem, ouvi a expressão “*enfermeiro não tem sexo*”. Esta perplexidade retorna quando me deparo novamente com a reafirmação desta frase no depoimento citado e seu complemento: “*Isso era quase como uma lei*” e a constatação de que esse *script* transmitido nas formações é, segundo Miranda e Sobral (*apud* Ferreira, 1995: 151), uma “*máxima profissional universal*”.

Penso que as conseqüências dessas aprendizagens, transmitidas como decretos, se presentificam em falas como a da professora, em Vitória<sup>179</sup>, afirmando que não discutiam questões sobre sexualidade, morte, assuntos tabus, porque não sabiam como lidar com essas questões. Este silêncio instituído frente a situações de dor, constrangimento, mal-estar, me parece um campo propício à *deformação* do cuidar.

Miranda e Sobral (*apud* Ferreira: 151), confirmam minhas especulações com relação ao silêncio e as dificuldades no trato da sexualidade. Afirmam que a sexualidade é transmitida sob forma de um discurso “*tecnicista-higiênico-biologicista*”, não havendo espaços, nos campos de estágio, para a sua discussão. Conseqüentemente, o profissional não está preparado para “*interagir de forma terapêutica com a sexualidade do outro, e talvez, com a própria*”.

Ferreira (1995: 150), ainda sobre o papel da formação na condução de questões relativas à sexualidade, afirma que quando estas questões “*emergem da prática*”, as

<sup>179</sup> Discussão acontecida como efeito de uma mesa redonda da qual participei em Vitória, em maio de 2000, na Semana de Enfermagem do HUCAM, promovida pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo.

professoras enfermeiras “ignoram o assunto, escamoteando o acontecido, através de um discurso que visa a legitimar que a[o] enfermeira[o] deve voltar a sua ação para o cuidado, que é prestado por um corpo assexuado a outro corpo também destituído de sexo”. Este trabalho de contenção é auxiliado pelos mecanismos disciplinadores do hospital e da formação; ambos ajudam a *velar* a sexualidade, sua e do outro.

Na formação da enfermagem a veiculação da sexualidade, em nível de discurso teórico, se dá apenas pela via da higiene, da técnica de cuidado, da procriação ou da patologia. A ênfase, segundo Ferreira (1995), é acentuada na sua função reprodutiva, conforme livro texto bastante usado nos cursos de formação profissional e que fala da sexualidade neste tom: “A libido, ou o impulso sexual, é uma poderosa força de motivação do ser humano, uma vez que é necessária à sobrevivência das espécies” (Du Gass, *apud* Ferreira, 1995: 147-8). Segundo sugestões desse mesmo autor, a sexualidade deve ser tratada investigando o “histórico de funcionamento sexual, exame físico dos órgãos genitais, testes de laboratório e os exames gerais”. Esta concepção pragmática, científica e objetivada vai se construindo e constituindo a estrutura hospitalar, modelando não só as práticas de trabalho aí desenvolvidas, mas fundamentalmente concepções e olhares. Daí decorre todo o resto...

Miranda (1994: 38) afirma que a sexualidade, nas práticas assistenciais é vista pela ótica da reprodução ou das patologias, o que pode ser percebido no relato abaixo:

[...]as necessidades sexuais não existem, ou estão ambivalentemente ligadas à questão da limpeza e da higienização dos órgãos genitais. Como profissional purificada pela ausência de sexualidade, herdada de suas origens, a enfermeira nega a condição involuntária de possuir uma sexualidade, através do alibi das tarefas a serem executadas e do princípio de causa e efeito, dentro instituição.

Relatos de alunos de psicologia, que estagiam em hospitais psiquiátricos, apontam o mal-estar e paralisação em torno de questões que envolvem diretamente a sexualidade, nos tempos atuais. Como exemplos, o molestamento sexual de um paciente que tem impossibilidade de reagir, executado por outros pacientes, no período noturno, ou do auxiliar de enfermagem com ereção peniana, que fica olhando a paciente se masturbar. Este assunto circula, produz revolta, mas nenhuma ação: dificilmente são levados para as supervisões pelos atores que presenciaram as cenas...

E as cenas se repetem na prática cotidiana, na medida em que esta sexualidade se *revela*, continuamente, vindo a se constituir como fator complicador no cuidado deste corpo hospitalizado/objetalizado, que se transforma num corpo-revelado. Neste contexto

cuida-se da forma como for possível a cada um. Os cuidados mais *sensíveis* são tributados à sensibilidade de cada profissional ou à busca de ajuda diante de dificuldades. Os dispositivos institucionais do hospital ou da academia, via de regra, não se constituem como parceiros de um bom cuidado.

Para Ferreira (1995: 157-8-161), o dar conta destas situações é construído sob forma de estratégias que “vão da ordem da repressão à fuga”. A ereção peniana é representada como a “maior ameaça à ordem do trabalho hospitalar”, ameaçando “o binômio saber-poder das[os] enfermeiras[os]” sobre os corpos dos clientes hospitalizados. Dificultam o cuidado com o corpo do cliente, produzindo um mal-estar de tamanha intensidade, que requer um “esforço coletivo” em sua repressão. O depoimento ilustra o fato:

*Tem um caso aqui, de um cliente que as auxiliares (de enfermagem) e as enfermeiras chegaram a um ponto que não podiam nem pensar em trocar o jontex dele. Não agüentavam mais, porque, todas as vezes que elas iam trocar, ele apresentava ereção e ficava tremendo e elas pensavam que aquilo era desrespeito em relação a elas e trocar o jontex do (nome do cliente) era um desespero: ninguém queria mais. Ai ensinaram ele na “marra”. Ele tinha dificuldade de coordenação motora e foi uma “barra”, mas todo mundo forçou ele a aprender a trocar(1995:159).<sup>180</sup>*

Esse cliente aparece em mais dois relatos de enfermeiras, que apontavam a dificuldade que foi ensiná-lo a usar o jontex. Do ponto de vista dos relatos não aparece nenhuma percepção da crueldade envolvida naquele procedimento ou do constrangimento que a situação pudesse produzir no cliente.

As estratégias encontradas para lidar com essa situação, segundo Ferreira (1995), podem ser de fuga física: diante de uma manifestação visível da sexualidade, a enfermeira se afasta e, algum tempo depois, retorna e continua o procedimento. Pode fugir pela invisibilização: “eu finjo que não vejo”, nomeado como fuga pelo “escamoteamento da visão”. Também se foge através da “brincadeira”, onde se “finge” que não entendeu a situação.

Os relatos todos têm, em comum, a fala do constrangimento da enfermagem em lidar com situações que envolvem a sexualidade; quase nunca do constrangimento do cliente, pivô e prisioneiro destas situações. Na realidade, outros modos maquiados de lidar com a sexualidade, continuam denunciando as dificuldades e o silenciamento no

<sup>180</sup> Depoimento do único enfermeiro-homem, que compôs a amostra da pesquisa de Ferreira (1995). Este relato parece-me o que se aproxima de uma difusa percepção do caricato, do estranho da situação, denunciado pelos termos e pelo tom que dá à sua fala. Por outro lado, em seu relato ele se exclui, absolutamente, da cena.

seu entorno, tanto quanto a estratégia de jogar éter ou um *paninho em cima* para cobrir, como se o “longe dos olhos”, tivesse um poder mágico contra o desconforto provocado por sua presença.

Penso que a visibilização da sexualidade do cliente, dentre os muitos efeitos *causados*, produz ainda uma outra operação: a enfermeira, deparando-se com a sexualidade do outro, percebendo-se, de alguma maneira na cena, necessariamente tem que desconstruir a aprendizagem de *dessexualização* à que foi submetida/submeteu-se, construiu para o seu trabalho, quando de sua formação. Esta *dessexualização* de alguma forma, ajudava/legitimava a manipulação, por vezes, cruel e invasiva, sobre esse corpo-objeto, fragmentado do cliente. No entanto, este corpo submetido, fala, reage, para além da palavra cassada e a *obriga* a se defrontar com a própria sexualidade, com sua emoção. Abre-se uma outra perspectiva, mais *perigosa* porque menos passível de controles e previsões, mas talvez mais humanizada. Trata-se de considerar no espaço de trabalho, sentimentos, subjetividades em mão dupla, causando e sofrendo efeitos.

Miranda e Sobral (*apud* Ferreira:1995: 167) afirmam que a dificuldade está na possibilidade do encontro, do conhecimento e emoção decorrentes, visto que “a emoção abre a porta para o desconhecido e pode não ser fácil disciplinar o desconhecido”. O defrontamento com esta realidade, por si só, produz efeitos, sejam quais forem os encaminhamentos dados à situação.

Os depoimentos apresentados *revelam* no real do trabalho uma gama de sentimentos ambíguos, subterrâneos, desconfortáveis e *poderosos*, enquanto efeito, presentes no ato de cuidar, fazendo marcas, permanentemente, pela simples razão da nossa humanidade e da *inerência* da sexualidade, de estarmos situados em um tempo, uma cultura e uma sociedade específicos. As estratégias de silenciamento, invisibilização, fuga ou negação não conseguem cumprir a contento a sua função de encobrir, desaprender, esquecer. O recalcado sempre retorna...

Penso que o problema não está no sentir, mas no calar-se, na não existência de espaços de fala, na não possibilidade de trocas. A sexualidade continua, ainda hoje, tabu nas práticas da enfermagem. Diante da ereção peniana de um paciente em um procedimento de assepsia, ainda são ensinadas condutas descritas aqui como “pontos de fuga”, que mantêm o silenciamento e a contenção.

Em relação à dimensão/intensidade do mal-estar produzido, há pouca produção e quase nenhuma discussão: continua não havendo espaços para refletir, sobre a sexualidade do paciente, e muito menos sobre como isso reverbera em cada um. Neste

sentido, a expressão *enfermeiro não tem sexo*, mantida como *máxima profissional universal* ai continuar reforçando e sustentando a negação dos sentimentos, do mal-estar e impedindo qualquer reflexão, resistindo a qualquer ato que aponte na direção de mudanças. Afinal esse é o papel da ideologia defensiva...

As variadas aprendizagens de contenção não podem ser pensadas desvinculadas das práticas de trabalho. No contato com o paciente os enfermeiros defrontam-se o tempo todo, com sua dor, com sua fragilidade, com a desesperança, com a ameaça da morte... Isso produz sofrimento, angústia, frustração. Olhando por esta ótica, talvez, as aprendizagens de contenção sejam pré-condição de sustentação do trabalhar e, neste caso, se constituiriam como mecanismos de defesa.

Seguindo o percurso do mecanismo de defesa, exposto por Dejours (1992-1994-2001), se num primeiro momento viabiliza o trabalhar, no tempo seguinte, dependendo de sua intensidade, transformado em ideologia defensiva, pode se constituir foco de resistência a mudanças. No contexto da enfermagem, parece-me, vai engendrando práticas de trabalho *sem alma*, mecanizadas, duras, que, além de não trazerem satisfação, se colocam na contra-mão de um bom cuidar.

As práticas prescritivas na enfermagem acabam criando distorções, na medida em que poupam ao sujeito a tomada de decisões e o conseqüente comprometimento daí advindo; levam-no a evitar trilhar um caminho incerto cujos resultados só poderão ser vistos no depois.

No entanto, o dia-a-dia revela-se como o avesso da *bandeja com*: aí não cabem receitas, bulas ou padronizações garantidoras; a prescrição não dá conta do acontecer do trabalho e o profissional se depara com situações e decisões não previstas, para as quais não foi preparado... O sofrimento comparece e a venda,<sup>181</sup> que sobre ele é colocada se *desvenda* pelo corpo, nas queixas de ordem física (coluna, hérnia, problemas ginecológicos), nas doenças psicossomáticas, na depressão, nas perturbações do sono, no abuso de drogas, no absentéismo, nas licenças médicas...<sup>182</sup>

Segundo Miranda (2000), enfermeiras e/ou auxiliares de enfermagem *duram*, profissionalmente, em torno de dez anos, quando trabalham em Emergências, Centro de Terapia Intensivo, Centro Cirúrgico ou Psiquiatria; as doenças que produzem

<sup>181</sup> Lisboa (1998) interpreta esse velamento do sofrer como tendo origens nos mitos corajosos/heróicos de Ana Nery e Florence Nightingale, *mulheres fortes, guerreiras*.

<sup>182</sup> Palácios (1997), Lima (1998), Lisboa (1998) Beck (2000) estudam essa produção de mal-estar que se *fala* de várias maneiras, pelo corpo pelas faltas, pelos adoecimentos.

afastamento, cuja incidência é alta, são hipertensão, diabetes, insônia, lúpus e obesidade.<sup>183</sup>

Estudos com população periférica de Paris, composta de profissões absolutamente diversificadas, tendo em comum o não trabalho e o subemprego, apontaram para Dejours (1992), a criação de mecanismos de domesticação, contenção e controle da doença, ou seja, *aprende-se* a viver com a doença. Esta só obtém reconhecimento se marca o corpo, se os sintomas adquirem visibilidade e evidência. A procura por tratamento só acontece se a doença começa a impedir a continuidade da vida profissional ou atividade doméstica, quando pára o fluxo do trabalho.

Considerando as enormes diferenças culturais e as conseqüências que daí advêm, parece-me que os modos de lidar/reagir às situações de doenças entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, não são muito diferentes dos demais trabalhadores.

Parece-me que o se permitir adoecer está em uma relação direta com o contrato de trabalho, sendo que para o PS a licença médica sempre vai produzir uma precarização, que se transforma em inviabilização de adoecer, na medida em que o sujeito não tem sequer o amparo do INSS. Neste contexto, os acidentes de trabalho constituem-se fonte de extrema ameaça.

Tal perspectiva é confirmada pela pesquisa de Reis, La Rocca, Silveira et al. (2003), citada anteriormente, sobre “Fatores relacionados a absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem”, encontrou uma diferença significativa de afastamentos por licença entre profissionais estatutários em comparação com os nomeados como empregados, regidos pela CLT (Regime de Consolidação das Leis do Trabalho). Os autores interpretam a diferença expressiva no uso da licença pelos estatutários, pela ótica da estabilidade, que daria maior segurança a esse trabalhador, não colocando em risco o seu emprego. Esta pesquisa englobou enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem; tal categoria foi escolhida porque há poucos dados sobre o “perfil de adoecimentos” entre seus trabalhadores, embora seja reconhecida a sobrecarga física e emocional a que estão sujeitos, no dia a dia de trabalho.

Os autores citam também outros estudos, que afirmam a redução da incapacidade laboral pelo medo da dispensa do trabalho, confirmando a afirmação de Dejours (1992) de que o sujeito só pára, se a doença o faz parar...

---

<sup>183</sup> Também aqui não há dados numéricos, que possibilitem uma idéia da dimensão de tais adoecimentos.

A pesquisa, embora trabalhe com variáveis objetivas, retiradas de prontuários, referenciadas na CID 10, vizibilisáveis, tratadas estatisticamente, sem muito espaço para avaliar a organização do trabalho ou o tipo de clínica e seus efeitos subjetivos nas práticas cotidianas, tem o mérito de denunciar a carência e a urgência de pesquisas nessa área e com essa população, que alcança um número expressivo de 780.000 profissionais.

Penso, às vezes, se o nosso descaso com determinadas situações, que são óbvias, não estaria funcionando como mecanismo de negação, sob a mesma lógica missionária, extremamente onipotente em relação às expectativas/exigências implícitas no trabalho desses profissionais, o que nos impede de ver, de pensar, de estranhar acontecimentos, repetições, atribuindo tudo ao ofício ou às idiossincrasias dos profissionais...

Araújo, Aquino e Menezes (2003), realizaram outra pesquisa em um hospital público, em Salvador, visando avaliar a relação entre “Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem”. Os resultados apresentaram uma “prevalência global de DPM[distúrbios psíquicos menores]de 33,3%” o que, na análise dos pesquisadores, indica problemas de saúde mental na população em pauta.

As altas exigências do trabalho, acrescidas do não controle sobre o mesmo, são consideradas responsáveis pela maior incidência de distúrbios psíquicos, havendo grupos funcionais mais susceptíveis a DPM. Nesse estudo, as enfermeiras que exerciam funções de chefia, por assumirem o gerenciamento dos conflitos e insatisfações aí ocorridos funcionavam como elo de ligação entre a equipe de enfermagem e os médicos, confrontando-se com o poder médico. Esse grupo funcional apresentou maior susceptibilidade a DPM, embora tivesse autonomia e controle sobre o trabalho e, portanto, poder disciplinar sobre os demais membros da equipe.

Sem dúvida que há dificuldades e insatisfações reveladas, de diversas maneiras, nas práticas de enfermagem, sejam elas tributadas aos percalços e heranças da formação ou ao próprio trabalho. Vários estudos <sup>184</sup> apontam, dentre as dificuldades relatadas, a fragmentação trazida pelos plantões, o excesso de trabalho, a falta de reconhecimento, o isolamento, a dupla jornada.

No entanto, para a maioria dos autores, apesar do *stress* e da angústia da vida institucional, a enfermagem também encontra espaços de prazer e realização no seu

---

<sup>184</sup> Ver Menziens (1970), Miranda (1994,1996), Dartington (1997), Palácios (1997), Lima (1998), Lisboa (1998), Silva (1998) e Beck (2000).



cotidiano de trabalho, em situações nas quais se sentem úteis e importantes, quando atendem às necessidades do outro, diante da melhora de um paciente, quando sentem que estão fazendo a coisa certa, quando são reconhecidos pelo médico, pelos pacientes...

#### **4.3- A ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: recortes de uma prática**

##### **4.3.1- Um pouco da história...**

A enfermagem psiquiátrica entra no hospício, segundo Rocha (1994:7), com o objetivo de “vigiar, controlar e reprimir”, sob o controle das religiosas, administradoras desse espaço. As atividades repressivas, executadas pela enfermagem, eram determinadas pelos médicos, salvo em situações de excepcionalidade onde a enfermagem mesma tomava as decisões. Instituiu-se o uso freqüente de força física nas suas práticas, muitas vezes, fora do circuito de conhecimento do próprio médico, mas sob ciência das religiosas. As informações eram monopólio dos enfermeiros, *portugas*<sup>185</sup> e religiosas.

Talvez como decorrência desta marca fundadora, a enfermagem psiquiátrica, diferentemente de outras clínicas, tem um número bem maior de enfermeiros homens em seus quadros.

Segundo relatos dos auxiliares de enfermagem no grupo da Instituição A, os enfermeiros homens têm mais força e são mais respeitados pelos pacientes. Penso se nestas afirmações de hoje, também não estariam resquícios das práticas psiquiátricas de origem, executadas por homens, baseadas na contenção do doente, através do uso da força, que tinham nos *portugas* seus operadores, e nas Santas Casas de Misericórdia e, posteriormente, hospitais psiquiátricos seu *locus*. Isto também nos aponta uma certa dimensão das marcas.

Oliveira e Alessi (2003:4), também reafirmam o papel da enfermagem na “organização do espaço asilar/hospitalar”, resgatando a figura do enfermeiro Pussin como “um importante ideólogo e colaborador de Pinel, nas intervenções reformistas[...]em Bicêtre e Sapetrière.”

<sup>185</sup> *Portugas* era o apelido dado aos sujeitos que cuidavam dos loucos nos porões da Santa Casa De Misericórdia. Eram sempre do sexo masculino, de origem portuguesa e não tinham formação; a força era o *atributo profissional* exigido e indispensável.

No Brasil, a primeira escola de enfermagem foi criada pelo Decreto nº 791 de 27/09/1890, no rastilho da organização do hospício moderno: Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, inspirada no modelo francês e ligada ao Hospital Nacional de Alienados, o antigo Hospício Pedro II, inaugurado em 1852, conforme apontado no capítulo 3.

O objetivo da escola de enfermeiros era preparar profissionais para trabalhar em hospitais militares e hospitais psiquiátricos, cuidando dos alienados em espaços e práticas médico-cientificamente orientadas. Até então, não havia formação específica, a capacitação acontecia nas próprias práticas de trabalho. A escola propunha-se, ainda, a instruir e profissionalizar mulheres e meninas pobres e abandonadas e, segundo Miranda (1994:96), proteger as órfãs da Santa Casa de Misericórdia “da miséria, da ignorância e do vício” transformando-as “em criaturas úteis, pelo trabalho”.

Para Oliveira e Alessi (2003), a opção pelo modelo francês foi motivada por escolha precisa: além de disciplinar e subordinar ao médico um segmento *perigoso* da população, evitava os conflitos e ingerências ocorridos entre médicos e religiosas. Garantia a supremacia da direção/intervenção médica nesse espaço, sem correr riscos: tanto se considerada a população alvo desta escola, quanto a sua estruturação, que não fazia referência à direção, ao corpo docente, aos meios econômicos ou a normatização do trabalho. O decreto de criação especificava “os objetivos, currículo, duração do curso, condições de inscrição e de matrícula, título conferido, garantia de preferência de emprego e aposentadoria aos 25 anos”, segundo Moreira (*apud* Miranda, 1994:97).

Com a nomeação de Juliano Moreira para a direção do Hospício Nacional dos Alienados, em 1902, após algumas crises, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras foi reinaugurada, em 1905, com 16 alunos homens e 7 mulheres. Em 1921, a Escola de Enfermagem ganhou novo Regimento Interno e passou a se chamar Escola de Enfermeiros e Enfermeiras Alfredo Pinto, continuando anexa ao Hospício Nacional de Alienados. Em 1941, uniu-se ao Serviço Nacional de Doenças Mentais, na Avenida Pasteur, ligando-se, diretamente ao Ministério da Saúde, em 1967.

É interessante apontar na existência desta escola, a possibilidade de capacitação para mulheres pobres e órfãs. Além de constituir-se como alternativa de profissionalização, trazia-lhes a possibilidade de ascensão e valorização social, no contexto de final do século XIX, início do século XX. Por outro lado, uma escola de formação de enfermagem psiquiátrica, que aceitava mulheres, era de certo modo um

gesto ousado para a época, uma entrada num reduto ou em uma clínica até então só permitida ao homem ou às religiosas.

O modelo de enfermagem psiquiátrica, desenvolvido nos hospitais, orientado por médicos, fugia aos moldes nightingaleanos, da enfermagem moderna. Segundo Miranda (1994), seria difícil, no século XIX, encontrar mulheres, que se dispusessem ou lhes fosse permitido trabalhar com o louco, principalmente considerando o nível de escolaridade exigido, correspondente ao 2º grau.

Por outro lado, a população dos hospícios não se constituiu como “objeto de interesse” de Florence Nightingale, quando da construção da enfermagem moderna. O relato de uma enfermeira que participou da entrada formal da enfermagem no hospital psiquiátrico, pós década de 40, reafirma a posição de Miranda (1994:118-9): “as características do louco não encantavam, em nada, Florence Nightingale”, na medida em que a loucura era um “tipo de doença que não matava” e o “louco”, um tipo de doente que não é subjugado, que não é obediente, que não agradece.

Como o modelo de enfermagem nightingaleano não previa os cuidados com o doente mental, também no Brasil, a implantação deste modelo de enfermagem, através da criação da Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1923, excluía esses doentes dos cuidados da enfermagem moderna, embora o regimento interno contivesse uma disciplina nomeada “A arte da enfermeira em doenças nervosas e mentais”, que não era ministrada.

Na realidade, criaram-se duas formações funcionando, concomitantemente, na enfermagem: a psiquiátrica, acompanhando o processo de medicalização dos asilos, no modelo francês, e a formação para trabalhar em hospitais gerais, dentro do modelo nightingaleano, enfermagem moderna.

No nascedouro dessas duas diferentes modalidades de clínicas, a praticada em hospitais psiquiátricos e a correspondente ao hospital geral, instala-se, paralelamente, uma divisão de classes sociais na profissão: as alunas das escolas nightingaleanas eram oriundas de classe social abastada, do ponto de vista cultural e econômico, enquanto as alunas da Escola Alfredo Pinto, preparadas para trabalhar nos hospitais psiquiátricos, eram originárias de classes pobres, sendo o curso visto como meio de ascensão social.<sup>186</sup>

---

<sup>186</sup> Não sei se este fato interferiu de algum modo no desenvolvimento da prática da enfermagem psiquiátrica; nada encontrei neste sentido, nas produções sobre enfermagem. Não sei se essa divisão teve algum papel na postergação da entrada efetiva da psiquiatria nos cursos de graduação de enfermagem.

Havia, no entanto, um traço comum a esses dois modelos de formação, representado pela disciplinarização, dos corpos e das práticas, que penso, marca a ferro e fogo, esta categoria profissional e, por consequência, suas práticas.

A partir dos anos 40, o ensino de enfermagem psiquiátrica nas escolas Carlos Chagas, Anna Nery e Escola Bahia, passa a ser ministrado por um psiquiatra, incluindo “a parte teórica, as patologias e as síndromes psiquiátricas, organizadas segundo o modelo organicista francês e alemão” (Miranda, 1994:103).

Não havia estágios em hospitais psiquiátricos; estes eram visitados, rapidamente, produzindo pânico e conseqüente fuga da enfermagem psiquiátrica enquanto campo de trabalho. Os conhecimentos sobre os doentes mentais eram adquiridos através de informações dos médicos, através de descrições das patologias e, às vezes, por mera imitação/descrição do comportamento dos loucos, dramatizada pelo professor-médico.

Aprendiam técnicas da enfermagem psiquiátrica como contenção, aplicação de injeção, medicamentos, eletrochoque com as enfermeiras que prestavam uma “assistência muito custodial”, variando desde os cuidados de higiene até recreação. O papel exercido pela enfermagem, no hospício, era de coadjuvante, executando as ordens disciplinares instituídas pelo médico/alienista, ator principal nesta cena.

O depoimento de alunas da década de 40, falando sobre sua formação em psiquiatria e descrevendo o funcionamento dos hospitais da época era chocante. As condições dos hospícios eram descritas com adjetivos como apavorantes, terríveis, horríveis e os doentes eram mal cuidados tanto do ponto de vista terapêutico quanto do ponto de vista ético, como cidadãos.

Esses dados apontam a dimensão e a complexidade do trabalho a ser feito cotidianamente nos corações e mentes... Não há como não se considerar esta história, nas proposições de estratégias de mudanças das ou nas práticas, quaisquer que tenham sido os motivos. Tal cuidado me parece fundamental no contexto da Reforma considerando o papel desses profissionais na sua viabilização e sustentação.

A Escola de Enfermagem Anna Nery, considerada por muitos autores como a primeira escola brasileira de enfermagem *moderna*, só incluiu efetivamente em seu currículo disciplinas referentes à doença mental, no ano de 1949 (Lei 775/49, que tornava obrigatória a disciplina “Enfermagem psiquiátrica” nas graduações de enfermagem), passando a ter como área de estágio, o Centro Psiquiátrico Nacional Engenho de Dentro.

Para Miranda (1994:115-117), a enfermagem psiquiátrica brasileira, na realidade, não nasceu em função de um projeto de melhoria no cuidado do doente mental, mas alicerçada por “questões político-ideológicas”. Nasce como “subproduto do jogo de ‘cabo de guerra’ entre o Poder Clerical” e o “novo Estado republicano”, que se apoiava na voz da categoria médico-psiquiátrica. As práticas aí desenvolvidas tinham um cunho de ordenamento da cidade e controle sobre a “mestiçagem, a promiscuidade, a pobreza e a degenerescência”[...]transmitidas “dentro de um discurso científico, organicista, nos moldes da racionalidade científica moderna européia”.<sup>187</sup>

A enfermagem entra na psiquiatria para compor este desenho de cientificidade do saber/discurso médico-psiquiátrico: sua “docilidade política”, entremeada de “severidade e doçura”, acrescida de “uma certa esfera intelectual para entender o médico e o paciente”, sua capacidade de “administradora da desordem”, sua eficiência na execução das tarefas, fazem-na se constituir “peça-chave na construção desse saber”, (Miranda, 1994:138).

Do ponto de vista da qualificação formal, não lhe era exigido muito mais do que o exercício permanente da vigilância e do controle, através de cadastros, registros e fichas, o que não demandava habilidades técnicas, talvez apenas corpos fortes, robustos. Neste sentido, também destoava da exigência de 2º grau, com a proposta de aprendizagens de habilidades técnicas, veiculadas pelas escolas nightingaleanas, que se disseminavam para além do continente europeu como *arautas* da enfermagem moderna.

Por outro lado, segundo um depoimento de enfermeira, a falta de formação produzia um comportamento de total submissão às ordens médicas, transformando-se num “repetidor” de suas determinações, “pois não tem segurança para criar, para inovar, para modificar, para implantar e até mesmo exigir[...]”(in: Miranda, 1994:117-8). Esta não exigência de condições de trabalho ou de reconhecimento, na visão da depoente, fazia com que eles se vingassem no paciente de “toda a ‘desautoridade’ que o médico tira a eles”, gerando práticas de não permitir visitas, se não gostassem do doente ou de escrever, no relatório, coisas não verdadeiras ou decorrentes de sua interpretação.<sup>188</sup>

<sup>187</sup> Penso que este sentido “eugênico”, não confessado a céu aberto, estava presente nas práticas psiquiátricas da época (e atuais?!?), mas se nos reportarmos à época pineliana, no viés da Revolução Francesa, não consigo não pensar também em um desejo de criar algum tipo de cidadania para o doente mental, um lugar diferenciado de cuidado, como já foi discutido no Capítulo 3 desta tese.

<sup>188</sup> Rocha (1994), faz alusão a essas práticas. Ferreira (1995) também cita este uso de poder, no que diz respeito à alta do doente ou à execução de cuidados, no hospital, o que me leva a pensar que essa prática não é coisa do passado, dos primórdios da enfermagem, e nem está restrita à enfermagem psiquiátrica como no relato acima.

O relato da enfermeira ainda toca na questão da necessidade de terapia, considerando o tipo de trabalho; afirma um não desejo de fazer terapia entre os enfermeiros, contrastando com outros profissionais como o médico, o psicólogo, o assistente social que têm seu terapeuta e não escondem esse fato.

Na minha experiência com o grupo de auxiliares de enfermagem, essa era uma demanda clara para alguns, embora nunca fosse verbalizada publicamente, manifestando-se em conversas na saída do grupo ou nos encontros casuais na Instituição.

Na perspectiva acadêmico-formal, Rocha (1994:10) cita estudos que avaliam a formação da enfermagem psiquiátrica através de exame de currículos, assinalando mudanças mais significativas a partir de 1975. No entanto, um olhar mais atento, segundo a autora, aponta “inconsistências”, comparando as ênfases em termos de cargas horárias das disciplinas originais e das novas disciplinas propostas; os estágios também refletem esta situação, que por sua vez, é reflexo de uma situação mais ampla, referindo-se à realidade dos serviços. Há um hiato entre o discurso que, do ponto de vista “político-ideológico”, procura mediar “os antagonismos sociais” e a prática “centrada na assistência hospitalar e medicamentosa, atendendo[...]às necessidades de ordem econômica”.

Rotelli (2002:169), solicitado a falar da formação da enfermagem de saúde mental na Itália, disse que no passado o critério de contratação passava pelo físico: “fortes e robustas”. Há poucos anos, há uma obrigatoriedade de “fazer três anos de escola de enfermagem profissional”, avaliando a parte de psiquiatria do currículo como bem pequena.

De um modo geral, as escolas de enfermeiros na Europa, têm no hospital seu modelo de formação, com a teoria e a prática *ancoradas* na prática hospitalar. Relata que em Trieste essa formação é complementada com um quarto ano: “um ano inteiro somente de psiquiatria em tempo integral”, com uma carga horária de mil horas, sendo que a metade é reservada à prática e a outra metade é dirigida à formação teórica, “evidentemente com um novo tipo de postura, uma nova forma de trabalhar na comunidade”.

Penso que conhecer e refletir sobre essa história, seus percalços e injunções é fundamental, nestes tempos e nas proposições da Reforma, que sugerem um contato com a loucura mais sem *intermediação* e, mais do que requisitam, exigem mudanças na

posição subjetiva do profissional, que trabalha sob sua lógica, até para sugerir ou corrigir rumos.

Há um mal-estar generalizado que aparece, de forma mais ou menos difusa, nas produções, que tratam das práticas de enfermagem em psiquiatria, dando a dimensão das dificuldades da enfermagem na circulação pelos territórios pertinentes à *Loucura*. É neste solo que a reforma psiquiátrica vai se implantar e creio, produzindo efeitos, muitos, traduzidos na quantidade e, me parece, no teor desta produção mais recente.<sup>189</sup>

Oliveira e Alessi (2003:6), fazendo uma análise das contradições e desafios trazidos ao campo da enfermagem psiquiátrica pelo movimento de Reforma nomeiam o tempo atual como de transição entre a prática tradicional de cuidado, que visava a contenção do doente mental e a “incorporação de princípios novos e desconhecidos, que busca adequar-se a uma prática interdisciplinar, aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações,” numa referência clara às práticas em tempos de Reforma.

Avaliam que o paradigma da reforma psiquiátrica traz mudanças na psiquiatria *pineliana* não só quanto à finalidade do trabalho em saúde mental — “cura/reeducação do louco” — mas de seu aparato instrumental, em termos de equipamentos ou de métodos, colocando em questão o hospício como lugar de reclusão, “os métodos físicos” aí utilizados, a relação de “autoridade do médico/alienista” e a “disciplina e higiene propostas pelos enfermeiros”.

Na opinião das autoras, na enfermagem psiquiátrica, os instrumentos materiais, enquanto equipamentos, são mais evidentes: CAPS, NAPS, hospital-dia, enfermarias e ambulatórios em hospitais gerais. As questões referidas ao que denominam instrumentos “não-materiais”, ou seja, os métodos, as bases teóricas, que sustentam as práticas da enfermagem, produzidas num contexto histórico e a “finalidade do processo de trabalho dos enfermeiros em saúde mental”, produzem interrogações e, mais que isso, exigem mudanças, que reputo como radicais nas práticas de trabalho desta categoria profissional, (Oliveira e Alessi, 2003:6).

---

<sup>189</sup> Muitos artigos, dissertações e teses de produção recente têm tematizado a prática da enfermagem em saúde mental. Essa percepção me foi passada pela leitura da bibliografia dos trabalhos consultados e dos trabalhos pesquisados na Internet; não tive possibilidade de acesso a toda essa literatura, razão porque não posso falar do ponto de vista qualitativo e nem é essa a proposta do presente trabalho. Achei importante a menção porque, a partir do meu debruçamento sobre esse o campo de trabalho pareado com as propostas da Reforma Psiquiátrica, penso que esta produção está, quantitativamente, em relação direta com a interrogação que as proposições da Reforma trazem a este campo e a estes profissionais.

Estas questões demandam a recorrência necessária à história da enfermagem, às vicissitudes da sua constituição, às suas marcas fundadoras: disciplina, submissão e negação da sexualidade, pinceladas pela concepção de um trabalho missionário. Estes ingredientes vão constituir um ideário extremamente altruísta/idealista, cuja prática se depara com enormes dificuldades no seu defrontamento com as realidades do dia a dia de trabalho. Esse debruçamento sobre a história me parece condição prévia a qualquer movimento ou proposta de mudanças.

Para Miranda (1997:5), a visão de ciência racional, cartesiana, que se acredita “neutra face à história, independente face às paixões do sujeito, solidificando sua proposta como única produtora de verdades e postulando-se como isenta de ideologias” reflete-se na formação da enfermagem: produz profissionais competentes do ponto de vista teórico-prático, administrativo, regidos por uma rigorosa disciplina, no que diz respeito ao “cumprimento das regras”. Tais atributos tornam estas “profissionais poderosas[...]parceiras de todos os profissionais do hospital”. Em contrapartida, distanciam-nas da “arte de cuidar”, abrindo mão do “mandato social de cuidado e de toque”, que é deixado a cargo dos auxiliares de enfermagem.

Este delineamento constitui-se em um dificultador na prática da enfermagem psiquiátrica, nomeada pela autora como dolorosa. A modalidade de cuidado em psiquiatria e saúde mental propõe para esse profissional o papel de agente terapêutico, cuja prática está assentada na escuta e compreensão do sentido da fala e do comportamento do paciente, demandando tempo e presença com qualidade.

Discute ainda as condições de possibilidade do trabalho, (1997:5). Aponta que o percentual oficial de “uma enfermeira para cada cem pacientes psiquiátricos[...], talvez possibilite um censo dos pacientes, uma supervisão de má qualidade e não garante sequer ‘um pastoreio gentil’ ou uma ‘doce carceragem dos pacientes’”, o que traz para a cena a questão numérica, quantitativa sim, se se quer um cuidar com qualidade.

Para Miranda (1997:6) o objetivo da enfermagem psiquiátrica é o seu “compromisso com a qualidade de vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico sob seus cuidados”, qualquer que seja o tempo que lhe reste ou o diagnóstico atribuído.

Penso que tais exigências implicam em uma revisão da formação, no sentido de um certo descolamento do modelo de ciência racionalista e asséptica, tanto do ponto de vista das práticas referidas a conteúdos e técnicas, quanto do ponto de vista da transmissão.



As minhas experiências na academia e com a psicanálise, me mostram que mudanças nos currículos produzem poucos efeitos, se não são acompanhadas de mudanças nos processos de transmissão, e não estou falando de tecnologias, mas de sujeitos transmissores, de espaços de discussão, onde caibam dúvidas, onde se possa falar das incertezas, dos medos, de espaços que não tratem os conhecimentos (e não os transmita!) como verdades absolutas, frente aos quais só resta a submissão.

Penso não haver possibilidade de mudança, seja ela institucional/profissional, como doação do Outro, mas como algo que só pode ir acontecendo, se tecida internamente, com transpiração, emoção, dor ou como se diz, nos ditos populares, com “sangue, suor e lágrimas”.

Considerando, como propõe Miranda (1997:6) que cuidar exige “um investimento notável de subjetividade da pessoa que cuida e que acolhe”, não cabe uma transmissão (e uma aprendizagem?) distanciada e asséptica.

Kestenberg (2000:123) relata os efeitos positivos de sua experiência como professora, na graduação de enfermagem, quando mudou a estratégia de apresentação de estudo de casos, no sentido de levar os alunos a refletir mais sobre si mesmos e, a partir daí, poderem ter uma outra compreensão do paciente, não como “casos”, mas como “pessoas circunstancialmente adoecidas”, que fazem, pensam, dizem, sentem coisas, resgatando-lhes sua humanidade, na compreensão de que “as dores da alma, nossas feridas, nos sensibilizam para a vulnerabilidade do outro”.

Para a autora, a expressão das emoções na relação professor-aluno é parte integrante das práticas, que possibilitam o desenvolvimento de competência emocional para lidar com as emoções, suas e dos outros. Produzem deslocamentos de uma postura referenciada na doença, para uma postura de cuidado com a pessoa, construindo uma atenção/preocupação com o modo de trabalhar, com o *como* do uso da técnica e não mais com a técnica em si.

Creio que na prática profissional, seu exercício comprometido requer uma mudança de paradigma: sair da racionalidade neutra, impessoal, previsível da ciência positivista, e compartilhar do que Chauí (1994:252-3) nomeia como “ciência construtivista”, que traz a idéia de ciência como “construção de modelos explicativos para a realidade”, apresentando uma “verdade aproximada, que possa ser corrigida, modificada, abandonada por outra mais adequada aos fenômenos”, ou como Köche (1997:73), que vê a “ciência contemporânea”, como uma atividade semelhante à arte no

sentido da imprevisibilidade, da não existência de “regras para o contexto de descoberta”.

Este modo de ver/fazer ciência, que acolhe a subjetividade, a emoção, a sensibilidade, complementa, enriquece e sustenta a concepção que vê o cuidar como primeira empreitada das subjetividades “uma arte construída por pelo menos dois sujeitos desejantes: aquele que cuida e aquele que é cuidado”, (Miranda, 1987:6). Do ponto de vista da formação, possibilita e requer o desenvolvimento de uma competência técnico-científica, de uma postura crítica, que permita avaliar e discutir a própria prática, num exercício permanente de pesquisa, de construção de sentidos...

Uma afirmação de Dessauant, (*apud* Desviat, 2000:26), completa e explicita o meu sentimento, revela o que penso ser fundamental para que a prática da Reforma, qualquer que seja a categoria profissional considerada, não se transforme em uma série de procedimentos a serem cumpridos tarefeiramente: “Não são os muros do hospital que fazem dele um manicômio. São as pessoas: os que prestam cuidados e os enfermos que vivem nele”.

Esta fala nos aponta o nosso papel, devolve-nos a parte que nos cabe nesta história, que foi e é construída por nós, indicando pistas no sentido de inclusão da subjetividade, da sensibilidade e do cuidado nos processos de transmissão. Penso que a direção ética da mudança está numa relação direta com esta compreensão e compromisso com a formação, qualquer que seja o lugar que ocupemos, na academia ou nas instituições de cuidado.

#### **4.3.2- O Hospital Psiquiátrico como palco**

Segundo Miranda (2000:37), o hospital psiquiátrico é “um continente ficcional” onde pré-existe “a hierarquia e a dureza das relações, dos papéis e da disciplina[...] independentemente “do tipo de psiquiatria que ali se quer realizar”. A sua arquitetura já delinea o seu funcionamento.

Goffman (2003:24), inclui o hospital psiquiátrico na série das instituições totais. Descreve as relações aí estabelecidas como marcadas pela hierarquia e padronização, sob estrito controle e vigilância das condutas, das informações, das necessidades. Tudo é planejado e organizado segundo o ponto de vista dos dirigentes da instituição,

produzindo reações uniformizadas com conseqüentes e sistemáticas “mortificações do eu”.

O aparato da contenção já esta montado *a priori*, no hospital psiquiátrico; acrescenta-se a ele a idéia de periculosidade do louco e sua conseqüência imediata, o medo.

O trabalho da enfermagem psiquiátrica nos moldes do movimento da Reforma, está permanentemente perpassado por uma alta carga de tensão e ansiedade. Este trabalho, que se quer em contato direto com pacientes, com uma escuta “mais qualificada”, exige segundo Miranda (2000:37), “uma equipe de enfermagem preciosa, menos defendida, o que é uma bela solução, mas também um grande problema”, visibilizado nos modos de operar o trabalho, nos adoecimentos, nos afastamentos, nas aposentadorias especiais. Penso que esta constatação nos compromete...

A enfermagem psiquiátrica fica continuamente exposta a demandas variadas dos pacientes, de sua família, da equipe. Há que se tolerar o impacto provocado pela ansiedade de não ter a mediação como recorrência imediata, funcionado simbolicamente como *aparador*, de não ter direções prescritas. Considero que essas transformações não se fazem por passes de mágica ou por decretos-leis. Exige mudanças de postura na transmissão/recepção, trabalho subjetivo permanente, espaços de discussão e acolhimento e tempo, muito tempo...

Para suportar essa exposição permanente, são engendradas estratégias coletivas de defesa. Miranda (2000:39) identifica algumas, encontradas comumente na enfermagem psiquiátrica.<sup>190</sup> Uma delas diz respeito ao esvaziamento da relação com o paciente. Esta estratégia tem sua arquitetura montada na divisão das tarefas, na identificação do paciente pelo número do leito ou nome da patologia.

A despersonalização, que acaba por marcar trabalho e, trabalhador, é revelada na uniformização do vestuário, do comportamento e da “interioridade”: “a enfermeira torna-se um aglomerado de habilidades, sem individualidade: cada uma é perfeitamente intercambiável com outra com habilidades do mesmo nível”.

As pequenas marcas diferenciadoras são decorrentes do lugar hierárquico ocupado: “alunas, diplomadas ou docentes”, que também definem “decisões, dúvidas e privilégios”, do ponto de vista do lugar ocupado e não das pessoas, segundo suas competências e/ou necessidades.

---

<sup>190</sup> Alguns mecanismos de defesa encontrados por Miranda na enfermagem psiquiátrica, também são citados por Menziers (1970), na seção 4.1, cf. apontado anteriormente.

Outra estratégia de defesa encontrada se refere ao distanciamento pessoal. A recomendação com relação ao adequado distanciamento profissional para poder trabalhar é tomada na literalidade da letra e usada para minimizar a interação, “criando” na “boa enfermeira” uma “disponibilidade” para mudar de enfermaria ou de hospital sempre que for preciso. Supõe-se que o treino de remanejamento propicie uma aprendizagem de “distanciamento psicológico”. O sistema nega o sofrimento e a angústia causados por esse modo de funcionamento que produz constantes rupturas de relacionamentos interpessoais.

Autores que se debruçam sobre o trabalho na contemporaneidade, afirmam que uma das perdas maiores produzidas pela modalidade de trabalho por projetos está justamente na impossibilidade de construir relações de estabilidade e de confiança, que ajudam na ancoragem do trabalho, servindo como continente para o que daí possa advir. Penso que essa peculiaridade do trabalho de enfermagem também aponta a dimensão do seu *custo*...

O ritual de tarefas constitui-se como mais uma defesa, que evita ao profissional, tomar decisões, fazer escolhas e comprometer-se com as conseqüências daí advindas. Há o inculcamento de “um cunho ritualístico” nas transmissões das suas práticas, onde se elege, entre várias possibilidades, uma maneira de fazer, que acaba sendo automatizada pela repetição e assim transmitida; as tarefas são checadas e rechechadas e as decisões, sempre que possível, são partilhadas, diluindo entre o coletivo a responsabilidade.

Ainda existe uma outra estratégia de defesa representada pela distribuição da culpa. A sobrecarga de trabalho, difícil de suportar, acaba sendo deslocada de conflito intrapsíquico para conflito interpessoal. Atribuem-se culpas e responsabilidades a outros, geralmente subalternos, o que implica num incessante processo de disciplinar e de supervisionamento. Diante de um erro, tem que haver repreensão: há que se encontrar sempre um culpado, ainda que não seja o culpado verdadeiro.

Penso que a repetição destas situações vão produzindo a cronificação, o anestesiamiento à dor, a paralisia da ação verificada nos hospitais psiquiátricos, que, de modo geral, *falam* de uma não aposta em outras possibilidades, num outro destino para os pacientes (e creio que para si próprios!...). Tal atitude também é tributada ao excesso de pacientes.

Como conseqüência, a naturalização dos quadros clínicos, rotinização das práticas, produzindo uma indisponibilidade para o cuidar, criando mecanismos de

indiferença, até como condição de sustentar o trabalho, de suportar o caráter limitado de muitos prognósticos, prognósticos que no processo de retroalimentação, reforçam o não envolvimento com pacientes, o descuido no cuidado, sucessivamente.

Partindo de sua experiência como docente e supervisora de enfermagem psiquiátrica, Miranda (1994) observa que a enfermeira se abstém de “tocar no paciente” porque não gosta e porque não quer, alegando “falta de tempo”. Penso se esse *não tocar* não estaria a serviço do seu par: não ser *tocado*...

Para essa autora (1996a), a enfermagem psiquiátrica caracteriza-se não só pelo defrontamento cotidiano com a diversidade de demandas dos pacientes, mas também pelo contato com os vários profissionais da equipe multidisciplinar e seus discursos.

Isso faz com que tenham dificuldade de construir ou validar um saber próprio, levando-os a funcionar numa certa deriva de saber. No sistema hospitalar psiquiátrico, a enfermeira reproduz *mecanicamente* o saber médico, cumprindo a prescrição, muitas vezes sem saber o nome, a doença ou a história do sujeito; na realidade sem reconhecê-lo como tal ou pelo menos só o conhece nesta acepção de sujeitado sobre o qual deve incidir vigilância e controle.

Um outro fator que soma mal-estar diz respeito ao fato de que a maioria dos profissionais enfermeiros, que trabalham em hospitais psiquiátricos, não o faz por desejo. Segundo Miranda (1996a -1994:67) a *escolha* do hospital psiquiátrico visa uma rápida absorção no mercado de trabalho, ou se dá por determinação da chefia, via de regra, como punição, “para purgar alguma infração de comportamento[...]como destino para enfermeiras faltosas, irresponsáveis, querelantes, ‘mal-educadas’” ou ainda porque, na ordem de classificação nos concursos, não têm mais escolhas, indo para a instituição que tiver vaga, que o demandar. Em se tratando do tipo de clínica e das práticas sugeridos pelo movimento da Reforma, então a modalidade de inserção desse profissional na psiquiatria causa preocupação.

Pesquisando em um hospital psiquiátrico público, Rocha (1994) encontrou dados referentes à formação de nível médio apontando para um ensino que enfatiza valores baseados na hierarquia e autoridade, com conteúdos deficitários na área de enfermagem psiquiátrica. As graduações apresentam um ensino de melhor qualidade nesta área, mas os profissionais se queixam da pouca clareza na definição do seu papel na Instituição.

A dificuldade na definição de papéis é avaliada pela autora, (1994:119) como conseqüência da pluralidade de correntes teóricas no discurso e nas práticas psiquiátricas, heterogêneas, muitas vezes, antagônicas que coexistem e se alternam,

freqüentemente, em uma mesma Instituição, embaraçando o papel e o trabalho da enfermagem.

Penso que estaria aí a origem da fala da enfermeira no grupo de supervisão; *funcionamos segundo a equipe de plantão*, uma vez que, se a *equipe* tem uma visão organicista vai esperar da enfermagem os cuidados tradicionais, o uso da vigilância e controle, relações marcadas pela hierarquia de competências e de trato: a enfermagem aqui tem uma identidade definida e em continuidade com os papéis exercidos desde a sua constituição como profissão.

Para (Rocha, 1984:116-45) se a *equipe* de plantão vem de uma vertente técnico-psicoterápica<sup>191</sup>, espera que os enfermeiros assumam um “papel terapêutico”, participem “de reuniões com pacientes, familiares, equipes”, que haja uma “redistribuição de poder” no que diz respeito a decisões, comunicações, posições hierarquizadas, valorizando sua flexibilidade e capacidade de ouvir.

As propostas da Reforma estão mais próximas desta segunda vertente, demandam essa postura da enfermagem, que, por outro lado, penso, subverte a sua formação, os papéis e identidade tradicionais, daí a dificuldade e a resistência encontradas em seu caminho...

Esta diversidade de práticas com as quais a enfermagem psiquiátrica se depara acaba instituindo o que Rocha (1994 119-20) avalia como um “paradoxo cognitivo”: a sua formação foi pautada por “regras de ação técnica claras e definidas”, em um ensino “tecnicista”, com poucas oportunidades de exercitar uma reflexão sistematizada, ou de participar de atividades “que propiciem autoconhecimento”. A prática da enfermagem psiquiátrica, nos tempos da Reforma, exige “uma iniciativa e uma abertura para a reinvenção de modos de assistência que não lhe são proporcionados nem na formação nem na prática institucional”.

Isso dificulta a constituição de uma identidade profissional: o arcabouço teórico aprendido não lhe permite ou é suficiente para argumentar e sustentar sua prática produzindo uma certa deriva, respondendo “aleatoriamente” a todas as variadas demandas administrativas e burocráticas da Instituição.

---

<sup>191</sup> Eu nomeio essa vertente, no decorrer deste trabalho, como psicodinâmica ou dinâmica, referida a atravessamentos pela psicanálise; também porque foi essa a nomeação que ouvi no grupo de supervisão de enfermagem e em algumas leituras quando do início da minha inserção nesta área de estudo.

Afasta-se de “grupos de discussão multiprofissional”, considerando-os perda de tempo, não vendo a discussão como trabalho.<sup>192</sup> Para a autora, o enfermeiro não se deu conta e nem se apropria de um “saber específico da enfermagem”, o que faz com que ele se coloque e seja colocado fora do circuito de investimentos das práticas inovadoras.

As propostas da reforma psiquiátrica não problematizam somente as formas de tratamento, mas convocam a sociedade e os profissionais deste campo a se reposicionarem, eticamente, frente à representação da *Loucura* e do *louco*.

Nesta postulação, o doente mental deixa de ser objeto de intervenção: dá-se voz a ele para que possa falar do seu sintoma. A sua dimensão de cidadão é posta na cena, com todas as suas prerrogativas, o que implica, necessariamente, mudanças no cuidar, que vão reverberar nas práticas de trabalho dos profissionais e como consequência na sua subjetividade. A imprevisibilidade faz parte do ofício.

A assunção desta posição requer da equipe de saúde mental um trabalho conjunto, onde posturas e saberes não devem estar cristalizados, mas em constante *reconstrução*, guiados por um referencial ético e teórico, exigindo rupturas com paradigmas sustentados no determinismo, objetividade, neutralidade, que serviam a mecanismos de economia psíquica, justificando e dando direcionamentos a atos e decisões.

As propostas trazidas pelo movimento da Reforma afetam diretamente as práticas de trabalho dos seus profissionais, exigindo mudanças na sua posição subjetiva. A questão que penso estar colocada aqui é que, em trabalhando nesse campo, não há como fugir, do *encontro com a Loucura*; não há manuais que *preparem*, forneçam pacotes prontos garantidores desse encontro.

No entanto, se estivermos pensando a formação na sua acepção plena, de fornecimento de instrumentais éticos, de reflexão, possibilitadores da construção de autonomia de pensamento, de exercícios de iniciativa, de ação, que considerem a singularidade da demanda, a especificidade das situações e contextos; se pudermos pensar a formação como algo mais do que *propiciar* informação, *recolher* informações *sobre* (qualquer isso ou aquilo), outros caminhos, destinos talvez possam ser tecidos.

---

<sup>192</sup> No grupo de auxiliares de enfermagem psiquiátrica aparece também essa visão de que trabalho está ligado à execução de procedimentos técnicos, donde conversar não é trabalhar, o que estigmatiza esses profissionais como preguiçosos e despreparados porque desaprendem os procedimentos técnicos.

#### 4.4- OS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: atores coadjuvantes.

Para Rocha (1994:5), o surgimento da categoria técnicos de enfermagem, no Brasil em 1966, decorreu da necessidade de ampliação do quadro de enfermagem, o que implicou também no recrutamento de pessoas sem preparo, que “efetuavam procedimentos, sem considerar fundamental saber porque os realizavam de tal maneira”. Na visão de autora vem também “aumentar a subdivisão do trabalho e a heterogeneidade do grupo de enfermagem”.

O modo como os técnicos e auxiliares surgem, enquanto categoria, desenha-lhes uma forma de prática subjugada, sob orientação e supervisão constante do enfermeiro. Esta orientação se dá na execução de suas tarefas assistenciais (medicamentos, curativos e verificação dos sinais vitais), que são divididas e distribuídas entre eles (pelo supervisor enfermeiro), visando maior controle, rapidez e eficiência no trabalho.

No hospital, a composição da equipe de enfermagem e a distribuição das tarefas costumam ser assim definidas: as atividades mais valorizadas ficam sob a responsabilidade da enfermagem de nível superior. “Herdeira dos atos médicos”, desempenham tarefas administrativas, de coordenação e supervisão da equipe; do ponto de vista assistencial, suas atividades envolvem avaliação/diagnóstico da enfermagem, prescrição de cuidados considerados mais complexos e/ou assistência direta a clientes em situação de risco de vida.

A enfermagem de “nível médio e elementar” (técnicos e auxiliares) é responsável pela execução de trabalhos mais desqualificados, mal remunerados, exercendo tarefas repetitivas e “expondo-se mais tempo aos enfermos”, registrando suas reações, “cumprindo toda a estratégia de vigiar a vida e a morte dos internados”, conforme Pitta (1990:54).

No Brasil, os cuidados de higiene e banho, prestados no hospício pós-década de 40, quando da entrada oficial da enfermagem psiquiátrica neste espaço, estavam sob a responsabilidade e misturados às tarefas dos profissionais de limpeza, que de alguma forma estavam engajados na enfermagem, embora não fossem nem enfermeiros, nem auxiliares.

Em outros relatos, há a referência aos *portugas* que trabalhavam com os loucos acolhidos nos porões das Santas Casas de Misericórdia, e me parece que o requisito aqui era a força física, assinalando a contenção como um dispositivo de *cuidado*.



Ainda há relatos, em Miranda (1994:111), que apontam a tarefa do auxiliar *atendente*, como um certo substituto do médico: como o “médico só aparecia de 8 ao meio dia, duas vezes, por semana[...]os atendentes é que atendiam os pacientes, faziam as medicações e que interpretavam as coisas, à moda deles”. Referiam-se também a práticas que faziam uso de “insulinoterapia” através de uma injeção na veia do paciente, que “acabava com todo mundo às 9 horas”.

A disciplina era implantada pela enfermeira, tendo como dispositivo o eletrochoque, que era “gerenciado pela atendente” e usado em situações de brigas, conflitos ou desobediências. Quem prescrevia o “quarto forte” aos pacientes mais agitados era o médico, a partir de informações dos atendentes.

Estes relatos dão a dimensão do poder exercido pelo atendente/auxiliar de enfermagem e, ao mesmo tempo, delineiam um tempo e um modo de trabalho. A organização e a reflexão acerca do cuidado dos enfermos fica sob a responsabilidade de uma parcela muito reduzida do pessoal hospitalar, geralmente médicos e enfermeiras, introduzindo para os demais profissionais, um costume de não pensar, transformando-os em meros executores de tarefas, que acabam se tornando mecanizadas, entrando no circuito das repetições.

Pitta (1990:59) considera que a separação radical entre a concepção do trabalho e sua execução é injusta, “perversa e racista” e não produz os efeitos esperados do ponto de vista dos responsáveis pelas organizações. Por outro lado há inúmeros estudos sobre os danos causados aos trabalhadores que funcionam neste modelo *automatizador*, tanto do ponto de vista do sofrimento propriamente dito, quanto da inadequação da formação, revelada muitas vezes, pela falta de qualificação, de autonomia ou através da perda de compromisso com o trabalho. Como consequência, processos de alienação e ansiedade.

Um outro fator apontado pela autora diz respeito aos modos de trabalho. Exemplifica o trabalho por turnos e plantões, que interfere na “esfera biológica, psicológica e social desses trabalhadores e seus familiares”. No entanto, nunca se conseguiu precisar o nível de interferência ou efeitos desta forma de trabalho. Esses aspectos também nunca se constituiriam em objetos de discussão em acordos coletivos, nem fonte de preocupação dos profissionais de saúde e/ou dos próprios trabalhadores.

O regime de turnos e plantões propicia ainda a dupla jornada formal, principalmente na área de saúde cuja remuneração é sempre baixa, o que faz com que a maior parte desta categoria profissional tenha mais de uma inserção profissional e, não poucas vezes, saia de um plantão e entre imediatamente no outro trabalho. No caso das

mulheres auxiliares ou técnicas de enfermagem, há ainda a administração/execução do trabalho da casa que, via de regra, continua sob sua responsabilidade.

Nesse sentido parece-me que o maior índice de licenças por adoecimento encontrar-se na categoria dos técnicos e auxiliares de enfermagem, na pesquisa feita por Reis, La Rocca, Silveira et al. (2003), em um hospital geral, não deveria causar surpresa...

Uma característica marcante do campo da psiquiatria é a sua polifonia<sup>193</sup>: muitas vozes, decorrentes dos muitos discursos e das variadas formações que constroem esse território. Penso que essa conformação do campo acrescenta outros complicadores à prática desses profissionais que necessariamente têm que lidar, em tempo integral, com as diferenças sejam elas decorrentes da *Loucura* ou da equipe multidisciplinar, apontando um trabalho com poucas possibilidades de prescrição, sujeito a imprevisibilidades de toda sorte.

Há que se considerar aí o pouco preparo instrumental que esses profissionais têm para lidar com as situações que se apresentam no seu cotidiano de trabalho, visto que continuam escassas tanto as experiências práticas em psiquiatria, quanto os espaços de discussão e trocas. Ainda há uma preocupação diretora nos cursos de formação de técnicos e auxiliares com a aprendizagem de técnicas de cuidados, sem muita consideração pelo sujeito aprendiz e, em última análise, pelo próprio bem estar daquele que vai ser objeto de cuidados. Esta situação tende a cristalização se a ênfase fundamental continuar colocada no uso, com maestria, das técnicas.

As diferenças nos processos de transmissão desse modelo parecem decorrer mais da sensibilidade ou percepção acurada de alguns professores, do que de um compromisso da e com a formação.<sup>194</sup>

Os auxiliares de enfermagem, tal como seus mestres, enfermeiros, aprenderam em sua formação a existência da *bandeja com*; tal aprendizagem acaba funcionando como mecanismo de defesa: protege, imaginariamente, das surpresas do trabalho. Os

<sup>193</sup> Fiz referência a estes aspectos na Introdução desta tese.

<sup>194</sup> Penso que esta situação poderia ser estendida à maioria das formações de nível universitário ou técnico no Brasil; aliás, este é o modelo preconizado pelas diretrizes que têm sido delineadas, nos últimos anos, pelas Instituições responsáveis pelas normatizações, que acabam privilegiando o produto final, *aprontado* em curto espaço de tempo, segundo os mandamentos do tempo da urgência, em detrimento dos processos, que necessitam de um tempo maior de reflexão e digestão pelo próprio afetamento que produzem... Ainda há um discurso de cientificidade, neutralidade e objetividade (creio que bem dentro do discurso da Ciência Moderna), que a partir da década de 90, ganha espaço e adeptos em vários campos de conhecimento. Na psicologia, por exemplo, é notável tanto a difusão quanto a receptividade que os discursos oriundos das ciências cognitivo-comportamentais têm tido, a partir dos anos 90. Tal questão, dentre outras, é discutida de maneira bem interessante por Roudinesco (2000) *Por que a Psicanálise?*

imprevistos *podem* ser manejados, controlados e *garantidos* através dessa bandeja mágica, como foi apontado em vários momentos desse trabalho.

O movimento de reforma psiquiátrica retira das práticas da enfermagem o *tamponador*, despindo o trabalho de sua camisa de força química ou mecânica, impondo o confronto com a *Loucura* sem muitas intermediações. Aprende-se na carne que esse trabalho é o justo oposto da previsão, do controle, da garantia, não há *bandeja com...*

O dia-a-dia de seu ofício, nas proposições do movimento de Reforma, os defronta com atividades permeadas por situações inesperadas, que alteram todo o curso dos planejamentos anteriores, exigindo decisões imediatas: o trabalho real se impõe ao trabalho prescrito. A lista de tarefas, a padronização de cuidados e horários têm que ser abandonadas em função do atendimento à demanda singular de cada paciente.

Esta proposta rompe com um determinado tipo de organização científica do trabalho, que prescreve, que organiza, que divide, etiqueta as tarefas, propondo quebras da rotina hospitalar para melhor cuidar, o que implica em bancar o seu ato e arcar com suas conseqüências. A não mudança do quadro clínico do paciente deve gerar novas condutas da equipe de saúde, o que denota a aposta presente nas práticas. Ao mesmo tempo se exercita o que Basaglia propõe como “elaboração conceitual de uma prática” onde não se sabe antes... A prática vai sendo significada através da instituição de novos saberes, novos olhares, que vão direcionando as ações em movimento permanente.

Os princípios veiculados pela reforma psiquiátrica vão trazer repercussões profundas nas práticas de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem, provocando situações de impasses.

Permitir-se ser atravessado por eles requer mudanças em suas posições, que os implicam como sujeitos, na radicalidade desse termo. Exige, muito mais que requisita, a construção de uma postura profissional comprometida, visceralmente, com o trabalho, com as questões institucionais, com as propostas da Reforma. Produz sofrimento, mas também produz possibilidade de engendrar o seu próprio saber, o seu próprio discurso, sem ficar à deriva. Engendrar talvez novos sentidos para o seu trabalho.

Penso que a arquitetura do trabalho, na medida em que esta não se faz ingenuamente, desvela lugares e poderes, o que pode ser percebido na descrição da composição de uma equipe de trabalho em um hospital público, feita por Moura (1997:201): dois psiquiatras, duas psicólogas, duas assistentes sociais, duas enfermeiras, uma terapeuta ocupacional e 16 auxiliares de enfermagem que atendiam a 45 leitos, posteriormente, reduzidos a 30.

Esta equipe ainda passou por um processo de divisão formando duas mini-equipes compostas de um psiquiatra, uma psicóloga e uma assistente social. Nesta divisão da mini-equipe não são nomeadas as duas enfermeiras, a terapeuta ocupacional e os auxiliares de enfermagem, embora haja referências de que nas reuniões técnicas as enfermeiras, responsáveis pela administração do setor, influíam nas decisões.

O trabalho da terapeuta ocupacional com o grupo de pacientes era relatado como independente da equipe, não havendo “projeto clínico para os pacientes em acompanhamento”. Penso que essa descrição fala por si na determinação dos lugares (e dos poderes...).

O autor, descrevendo o papel dos profissionais, refere-se ao trabalho dos auxiliares como os que mais sabiam do cotidiano da enfermagem e mais próximos aos pacientes. No entanto, na prática, não se considerava tal realidade, era como se esses técnicos<sup>195</sup> não pertencessem à equipe: “geralmente não iam” às reuniões técnicas da equipe, ficavam “à margem” e o contato com os demais técnicos acontecia em função de informações solicitadas sobre algum paciente ou pela via das relações interpessoais.

O regime de trabalho desses profissionais consistia de plantões de 24 horas, o que acarretava uma quebra/fragmentação no funcionamento da enfermagem a cada 24 horas, na medida em que a passagem do plantão era deficitária e, via de regra, as anotações no prontuário eram *pobres e burocratizadas*.

Tinham ainda os mais baixos salários; sua formação técnica advinha geralmente de cursos e estágios em hospitais gerais ou clínicas médicas, o que implicava na não existência de “condutas terapêuticas com o paciente”; seu trabalho é descrito como rotineiro, cumprindo tarefa, “visando atender, como funcionários públicos, às instâncias de controle administrativo, fosse da enfermagem, fosse da coordenação”.

Goffman (2003), discutindo o comportamento que os pacientes internados desenvolvem e uma certa idéia que perpassa as instituições de que eles deveriam *reaprender* com a equipe técnica as habilidades para se relacionarem, aponta a dificuldade de tal empreitada. A primeira questão diz respeito ao critério de escolha de quem ensinaria essas habilidades, visto que hierarquia não seria o critério mais adequado na situação do hospital psiquiátrico. Assim se refere:

---

<sup>195</sup> É curioso como a maioria dos autores, quando se referem aos técnicos e auxiliares de enfermagem, nomeiam-nos de técnicos, num sentido de reafirmar a sua posição intelectual ou formação profissional *menor* que a dos demais profissionais *graduados*; não é o caso deste autor em pauta, na medida em que ele nomeia *técnicos* a todos os profissionais da equipe usando a linguagem proposta pelo movimento da Reforma.

Um auxiliar de enfermagem muitas vezes parece tão “bem preparado” para ter uma “boa” relação com um paciente quanto um psiquiatra muito instruído, e, boa ou má, a contribuição do auxiliar atingirá continuamente o paciente, enquanto a do psiquiatra do hospital o atinge apenas intermitentemente. Os subalternos que preparam o paciente para ver o psiquiatra podem, presumivelmente, exercer, através dessa preparação, tanta intervenção psiquiátrica quanto o psiquiatra, pois o domínio do contato social face a face é um contato em que todos os participantes têm a mesma licença para usar um *bisturi*. [...]apesar de os administradores de hospitais, que atuam de acordo com o modelo médico, darem aos psiquiatras o direito de tomar decisões cruciais com relação à disposição do paciente. (2003:290)

As questões colocadas por Goffman (2003) reafirmam a minha preocupação com essa categoria profissional, no sentido dos cuidados com esses profissionais. O que, em última análise, reflete-se na qualidade do cuidado prestado ao paciente internado.

No relato de Moura (1997), a relação estabelecida com algum paciente era fruto da sensibilidade ou do bom senso do auxiliar no “trato com as psicoses”; também aí não havia nenhum espaço de discussão sobre impasses ou sentimentos produzidos no e pelo trabalho<sup>196</sup>. A divisão (e a valorização) do trabalho estava estampada nas práticas: aos auxiliares cabia o trabalho braçal, menos qualificado.

O autor (1997:206) descreve uma *atmosfera* de trabalho marcada por uma postura de desânimo, pessimismo, descrença com relação a qualquer proposta nova, vinda da direção ou da própria equipe. Expressões como “eu já vi isso”, “já vi esse filme”, dá pra acreditar? “vai dar tudo errado” revelavam esse clima de “lamúria crônica”.

Eram profissionais servidores públicos, que percebiam baixos salários, com muitas experiências de derrotas e tinham construído uma “visão niilista da política atual”. O desejo de sair do hospital e a impossibilidade de realizá-lo, por questões de sobrevivência material, era uma realidade, principalmente no que tange à categoria dos técnicos e auxiliares de enfermagem, que o autor coloca como “ultra-explorados”. Por outro lado para alguns técnicos essa situação salarial constituía “um álibi pronto a justificar um descompromisso político-institucional com efeitos diretos na qualidade da assistência”.

Esta experiência se deu em 92/ 93, portanto em tempos de Reforma e com uma divisão de equipe que reforça tal sugestão. Desse relato surgem questões: primeiro, o plantão de 24 horas (nessa época não era um fato tão incomum), que leva a pensar sobre a condição de possibilidade de um bom cuidado, ainda que supondo uma clínica menos

<sup>196</sup> Não encontrei essa prática de discussão relatada em nenhuma produção sobre o trabalho da enfermagem. Apenas dois autores, Monteiro e Moraes (1999) e Kestenberg (2000), relatam esse tipo de experiência em discussões de casos clínicos na graduação.

exigente que a psiquiátrica (se é que ela existe!). Qualquer prática profissional fica prejudicada, do ponto de vista da qualidade e do cuidado, em uma extensão de tempo tão longa e continuada, ainda que existissem situações e condições ótimas de trabalho.

A outra questão diz respeito à *exclusão* dos técnicos e auxiliares da equipe, em um contexto onde se reconhece o seu papel de proximidade junto ao doente e a exigência que isso implica, tanto do ponto de vista do defrontamento cotidiano com uma *loucura mais a céu aberto*, quanto do ponto de vista de um trabalho físico mais extenuante porque exige uma presença, de tempo integral que não se deseja tarefaira. No contexto da Reforma com sua proposta de um trabalho em equipe multidisciplinar, cujo conhecimento deve se dar na transversalidade, qualquer tipo de exclusão profissional se constitui em uma contramão indesejável, em todos os sentidos, contrariando a coerência dos seus princípios, inclusive. Como se propor a um trabalho de inclusão do doente mental, quando se é excluído da equipe técnica.

Essa realidade, descrita no relato da experiência em equipe, não difere muito de outros hospitais psiquiátricos do ponto de vista do lugar do auxiliar de enfermagem na equipe técnica<sup>197</sup>.

Rocha (1994:79), em pesquisa em um hospital público, avalia o grupo de técnicos e auxiliares como apresentando dificuldades ainda maiores que o dos enfermeiros. A maioria não teve boa formação em psiquiatria, conteúdos insuficientes pela superficialidade da abordagem, do ponto de vista teórico ou do relacionamento com o cliente, cujo cuidado se resumia aos cuidados de higiene e alimentação, dentro do modelo médico.

Não foram habituados a um trabalho que envolvesse reflexão e discussão e, muitas vezes, o mesmo professor se encarregava de várias disciplinas, sem ter experiência prática. O estágio em psiquiatria não costumava ser desejado e com frequência era realizado em clínicas geriátricas com orientação de professores de que “pacientes esclerosados[...]eram semelhantes aos psiquiátricos”. A referência que tinham do paciente psiquiátrico é que era “agressivo, marginal, violento”, daí o uso de “gravata” como forma de contenção de qualquer movimento dúbio.

Rocha (1994:83) apresenta o relato de um atendente que mesmo quando, previamente tinha críticas às condutas da enfermagem, atuando na situação, repetia

---

<sup>197</sup> A minha experiência na Instituição A (mar.98 a dez.2000) mostrou-me uma realidade muito semelhante a essa, embora existissem desejos de mudanças mais individualizados, não havia uma posição/disposição institucional de mexer nos lugares instituídos.

aquilo que criticava e em lugares onde não se podia fazer contenção (“clínicas particulares de elite”), sentia-se “de mãos amarradas”, o que, aliás, é uma imagem significativa ao contexto.

Ao mesmo tempo se perguntava “se a ‘loucura’ do rico era diferente”, dando-se conta de que o único diferenciador era o tratamento oferecido desde a chegada. O “rico” não vinha “de patamo, algemado, com manchas nas costas” e era informado sobre todos os procedimentos. O atendente continua relatando que a partir dessas observações foi “mudando sua maneira de trabalhar”, foi mudando a concepção que tinha do doente mental.

Aqui cabe um comentário, que reforça a minha hipótese, esboçada ao longo desta tese, acerca da importância da existência de espaços de troca e reflexão, tanto no período de formação quanto nas práticas de trabalho, bem como dos efeitos que a existência de tais espaços pode produzir, na direção de transformações nas posições subjetivas gerando práticas mais comprometidas. Penso que esses profissionais são subestimados e sua pouca formação acadêmica entra em cena...

Se há espaços os profissionais falam... Assim, um outro técnico de enfermagem fala sobre a sua percepção de que só a enfermagem usava de contenção no trato com os pacientes, que os outros profissionais conversavam. Posteriormente percebeu que quando a situação ficava difícil e esses profissionais não davam conta, chamavam a enfermagem para conter.

De modo geral, avaliam que a enfermagem, porque permanece mais tempo, “tem que dar conta de tudo”, não entrando aí nenhuma reflexão sobre limites. Atribuem muitas inadequações de procedimentos ou do entendimento que têm do paciente psiquiátrico à falta de orientação, sentem-se *sozinhos*. Algumas atividades são realizadas com os pacientes mais por intuição do que por uma intenção deliberada; nesta série se inscrevem as atividades esportivas.

A autora traz a fala de um técnico que relata o uso de práticas esportivas e de seus efeitos benéficos que persistiam ao longo o dia, nas conversas; relata que às vezes conversas sobre futebol, aconteciam tranquilamente enquanto as faixas de contenção eram desamarradas. No entanto, para muitos, essas atividades não costumam ser vistas como trabalho, mas como “enrolação” porque fogem ao modelo “higiene, medicação e contenção”. Essas atividades não eram anotadas em prontuários.

Muitas vezes, o gostar de conversar com os pacientes era considerado *lerdeza*, passível de transferência de setor ou de transferência para setor burocrático. Um

profissional que atendia a essa característica, que gostava de conversar com o paciente, de participar de reuniões, de ler e fazer registros em prontuários era acusado de “querer ser médico”; as reuniões eram vistas como “só conversa”.

Relata que mesmo não entendendo tudo das reuniões, o participar delas produzia-lhe um sentimento de integração à equipe, dando-lhe pontos de “referência para não se contaminar”, ou seja, tornar-se agressivo com os pacientes como alguns colegas” (Rocha: 94-5). Este relato é, por si, um argumento consistente na defesa da existência das reuniões multidisciplinares...

Percebem ainda, aponta Rocha (1994), diferenças na reação do paciente, segundo o modo como se processou sua internação: quando o médico conversa, o paciente fica mais tranquilo e confiante. A conduta do médico, suas expectativas com relação ao trabalho dos técnicos e auxiliares também interferem no *como* desse trabalho: sentem-se valorizados quando solicitados a opinar e isso se reflete na atribuição de sentido ao seu trabalho.

Apontam dificuldades quanto a compreensão da “linguagem sofisticada” dos profissionais de nível superior, o que também se constitui motivo de submetimento a esses profissionais. Como consequência a dificuldade de falar nas reuniões, alegando que “não adianta falar”.

Um outro tipo de dificuldade resultante da proximidade do contato com os clientes, no relato de um profissional é “ver neles muita coisa que via em si mesmo” (1994:95)<sup>198</sup>. Julgo que essa percepção pode até trazer a possibilidade de terapia, mas, geralmente, sentem se inibidos em procurar ajuda o que só acontece quando o mal-estar foge ao controle.

Sentem-se sós, embora Rocha (1994:51) assinale, por parte de alguns médicos, da vertente técnico-psicoterápica, a preocupação com eles: “por estar mais em contato com os clientes, o auxiliar carrega um peso maior, angustia-se mais, razão pela qual tem maior necessidade de supervisão, que deve ser dada pela instituição”. Vejo esta posição do médico, como rara nas práticas de trabalho; quando acontece é mérito da sua sensibilidade e posição subjetiva no mundo, não me parecendo parte de sua formação acadêmica.

---

<sup>198</sup> Ouvi frase e sentimento semelhantes no grupo de técnicos e auxiliares de enfermagem na Instituição A.



A preocupação de cuidado com aquele que cuida deveria ser inerente a toda e qualquer prática profissional e alguns médicos apontam essa categoria profissional como primordial se for treinada e valorizada.

Os técnicos e auxiliares avaliaram as discussões acontecidas no curso de atualização, como tendo uma função terapêutica, na medida da não existência desses espaços de trocas, de discussão acerca das angústias, “como os outros profissionais de nível superior”, o que acarreta um trabalho mais pesado. São levados a fazer o que não aprenderam e a ficar com o paciente por um tempo mais extenso, sentindo-se na obrigação de dar conta de qualquer situação.

Também avaliaram esse curso como positivo, no sentido de criar o hábito de “discussão sobre os clientes”, de avaliação do próprio trabalho, de registros mais cuidadosos. O curso possibilitou juntar os conhecimentos da prática com os novos conhecimentos, trocas e uma maior sensibilização, além de permitir aos trabalhadores sentirem-se “tratados como sujeitos, da mesma maneira como deveriam tratar os pacientes”, apreendendo a dimensão terapêutica do seu fazer (Rocha, 1994:97).

Não vêem no enfermeiro aquele que lhes dará acesso ao saber e não se sentem subsidiados no trabalho. Em algumas situações se dão conta do não-saber como inibidor do trabalho. Questionam a ênfase dada à burocracia pelo enfermeiro, bem como a sua postura de só apontar erros e não orientar.

A autora assinala que os auxiliares não vêem “ciência” no seu fazer, não percebendo o valor terapêutico do cuidado que prestam.<sup>199</sup> Como foram formados e treinados para executar ordens claramente definidas ficam *confusos* frente a situações que fogem a esse modelo, submetendo-se ao funcionamento asilar.

Rocha (1994) levanta questões importantes sobre a maneira como os técnicos e auxiliares são vistos/tratados, pelos demais profissionais, e os efeitos que daí podem advir em suas práticas de cuidado ou no reconhecimento/valorização do saber que constroem nas suas *práxis*. A fala de um técnico *fala* por si: relata que o curso lhe deu “gás”, que, em se sentindo desvalorizados e impossibilitados de diálogo com “aqueles que detém o poder”, acabavam “exercendo o poder com rigor sobre os clientes”.

A avaliação da autora revela pontos importantes no sentido de pensar o trabalho do auxiliar psiquiátrico. Muitas dentre as situações de incômodo relatadas nesta

---

<sup>199</sup> No grupo de auxiliares de enfermagem da IA, essa percepção aparecia em certos discursos quando se queixavam do não reconhecimento; ao mesmo tempo atribuíam toda a melhora do paciente aos psicofármacos modernos, denotando a ambigüidade que vivem com relação ao poder do seu saber *versus* o poder dos psicofármacos de última geração.

pesquisa, datada de 1994, também apareceram no grupo com os auxiliares em 1999/2000: inadequação da formação profissional e inibição frente ao profissional de nível superior, não reconhecimento do trabalho, relações hierarquizadas, medo do trabalho com o doente mental, sentir/ ver em si o que vê no paciente, falta de um espaço pra trocar experiências, tirar dúvidas...

Nas suas recomendações, Rocha (1994:123) sugere mudanças nas formações dos enfermeiros e dos técnicos no que diz respeito à abordagem de Saúde Mental, a inclusão da experiência de campo nos cursos de especialização e a criação de espaços de vivências, discussão e reflexão como prática sistemática da formação. Assinala exemplos de efeitos positivos desses cursos e espaços de encontro/discussão no trabalho dos profissionais, enfermeiros ou técnicos e auxiliares de enfermagem.

Aponta dentre os dificultadores do trabalho desses profissionais a existência das várias correntes teóricas e suas posições e práticas diferenciadas.

Outra dificuldade situa-se nas proposições das vertentes técnico-psicoterápica e democrática, no que se refere ao modo de construção do conhecimento, que se constrói e se modifica ao longo da assistência, impossibilitando a construção de um modelo assistencial acabado, o que requer uma permanente atualização “técnica e política”.

Faz referência ainda neste modelo à necessidade de conhecimentos consistentes sobre inconsciente, subjetividade, psicose, manejo de grupo, supervisão e talvez terapia para os profissionais. Este fator é apontado também como um outro dificultador, porque a enfermagem “sem acesso a essas condições [...] não poderá desempenhar tal papel”(Rocha, 1994:55).

Penso que o que se coloca em questão aqui é fundamentalmente um modelo de transmissão, que a história da enfermagem nos aponta como linear, baseado em regras e determinações *a priori*, independentemente das condições, dos contextos e, quase que da especificidade das demandas.

Os procedimentos são acionados e a operacionalização se faz, objetivada e competente, todos sabendo e obedecendo as diretrizes das suas funções, com suas identidades e papéis devidamente especificados e hierarquizados, sem riscos.

Estamos, literal e economicamente inseridos no que a autora denomina vertente organicista biológica, que me parece, é o avesso das proposições da Reforma, embora seja um recorte possível de abordagem do campo da saúde mental, que é um campo caracteristicamente plural e marcado pela polifonia.

Creio que uma das dificuldades no deslanchamento da enfermagem psiquiátrica está justamente na sua ancoragem histórica que acaba sendo *reatualizada*, nas posturas, nos processos de transmissão, nas produções, numa formação pouco crítica e impessoalizada, reforçando a tendência à repetição, que nos é própria enquanto humanos, dificultando o lidar com tudo aquilo que saia do *script*.

Parece-me que fica no ar, às vezes mais claramente, às vezes de forma difusa, uma expectativa de que a inclusão da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) seja feita, pela Instituição ou de que a proposta de trabalho para a enfermagem venha da Instituição, de “outros profissionais”(Rocha, 1994:123:4), que a qualidade de trabalho boa ou má do profissional depende da organização institucional, retirando da cena os profissionais que aí trabalham e os efeitos de suas presenças e de seus atos de trabalho na própria Instituição, num movimento de mão e contramão.

Essa forma de pensar, a meu ver, sustenta uma posição de submetimento, e, num certo sentido, de descompromisso com a autoria ou com o protagonismo nos espaços de trabalho, sendo, inclusive, apontada por Menziers (1970) como um dos mecanismos de defesa da enfermagem. A Instituição é tratada como se ela tivesse uma existência independente e não afetável, uma autonomia para além de seus trabalhadores, o que, em última análise, acaba não comprometendo a ninguém com relação aos atos e efeitos advindos de quaisquer situações.

É necessariamente diferente, em termos de postura, expectativa, compromisso e inserção pensar a Instituição como sendo construída pelos atos de trabalho de seus trabalhadores, num permanente movimento de construção/desconstrução e de resistência, por mais paradoxal que isso possa parecer.

A minha posição (explicitada na Introdução) é de que nós (plural) podemos transformar a Instituição a partir das nossas práticas de trabalho; e aí falo do coletivo e de sua implicação e compromisso nos processos de mudança, falo de uma postura ética no sentido da construção e sustentação das decisões coletivas e falo ainda de um trabalho que se faz e se refaz, cotidianamente, pressupondo correções de rotas, sem economia psíquica, sustentado nos próprios efeitos que vai produzindo.

Penso que à enfermagem cabe buscar dentro de si, as direções, construir as possibilidades, equipando os profissionais para que possam lidar/responder de forma ética à diversidade de situações. Modelos formatados, cristalizados, deslocáveis a qualquer situação lugar e pessoa não cabem na clínica proposta pelo movimento de Reforma.

## 5- OS ATORES E A TRAMA DOS DISCURSOS: a fala do campo, a fala da formação.

*Afrontar o destino, controlado pelas Moiras, nos impõe os jogos astuciosos que utilizamos, em nosso cotidiano, para enfrentar as nossas pequenas-grandes mortes no dia-a-dia. (A.L.M. de Rezende, et al.).*

Antes de iniciar propriamente a exposição dos dados, creio importante pequena contextualização do campo, como reavivamento da memória e da dimensão das dificuldades que qualquer proposta de mudanças porta.

Segundo Campos et al. (2000:143), em 1994 a professora A foi convidada para assumir o cargo de diretora de enfermagem na IA, encontrando aí um tipo de cuidado “cristalizado e perpetuado”: normas rígidas, medicamentos como regra, cerceamento da liberdade dos internados, incluindo práticas questionáveis, embora tradicionais à instituição asilar.

A IA possuía 70 leitos, na ocasião, com 30 mulheres e 20 homens internados que eram separados por sexo, inclusive nos horários de visitas, pátio e refeições. Não havia hábito de registros de informações, sinais vitais do paciente ou atualização das prescrições médicas, (3-4 dias sem atualização), o que implicava em uma repetição indeterminada da medicação.

A equipe de enfermagem: trabalhava num sistema de plantão de 24 x 120 horas, sem lugar de descanso que permitisse revezamento nos plantões noturnos: era proibido dormir, o que acabava gerando funcionamentos oficiosos inadequados.

Cada enfermaria era composta por uma equipe de dois auxiliares de enfermagem e três enfermeiros, sendo que dois trabalhavam como diaristas, de segunda a sexta feira. Havia ainda os prestadores de serviço (PS)<sup>200</sup>, que não possuíam horários fixos e com frequência pagavam outros funcionários para cobrirem o seu plantão, acarretando escalas irrealistas e falta de controle.

Neste contexto, a nova direção da enfermagem pautou seu trabalho em dois níveis: do ponto de vista teórico, no sentido de transformar a percepção da doença mental, desenvolvendo a sensibilidade do enfermeiro na sua relação com o paciente, e

---

<sup>200</sup> Esse regime de trabalho era utilizado por algumas instituições hospitalares como forma de repor seus quadros funcionais, em função da escassez de concursos públicos, acarretando um número de funcionários inferior à demanda dos serviços.

uma postura crítica, referente a sua própria prática, e a relação sociedade-doença mental. Nesta linha se inscreveram as oficinas para todo o pessoal da enfermagem<sup>201</sup> (no final de 1985) e o grupo de supervisão de enfermeiros, como aparatos teóricos.

Do ponto de vista da prática, foram feitas propostas de mudanças visando transformar as condições de trabalho, tanto no aspecto dos hábitos e comportamentos, quanto no espaço físico. Com relação às propostas de trabalho são sugeridas: contratação de enfermeiras, mudança na escala de plantão da equipe de enfermagem para 12 x 60 horas, bem como sua organização e registro; criação de um espaço de descanso, organizando um sistema de revezamento entre os profissionais de modo a manter o Posto de Enfermagem permanentemente aberto.

Quanto aos procedimentos, ampliação do horário de visitas, estabelecimento de pátio conjunto para pacientes, atualização da prescrição médica a cada plantão, com registros completos referentes ao paciente. Criação do técnico de referência, responsável por determinados pacientes durante o seu tempo de internação, instituindo-se mecanismos de registro e visibilização, que permitissem a sua identificação.

A implementação das propostas foi alvo de resistências, independentemente das discussões ocorridas durante todo o seu processo, sendo que algumas medidas aconteceram por imposição.

Como um suporte e sustentação das mudanças nas práticas de trabalho, foi criado o grupo de supervisão em enfermagem, citado anteriormente, sob a coordenação da diretora e de um psicanalista. Constituiu-se como um espaço potencial de trocas e reflexão sobre a *práxis* de cada um.

Algumas mudanças continuaram acontecendo, tanto do ponto de vista da estrutura física da IA, com reformas e ampliação de leitos de 70 para 117, quanto dos efeitos do trabalho, visibilizados na redução do tempo de internação de 45 para 21 dias e da redução de 50% de gastos com medicação SOS, embora com número superior ao dobro de pacientes, tomando como referência o ano de 1994.

Outra mudança de vulto implementada foi a extinção das enfermarias por gênero, criando-se as enfermarias mistas. Posteriormente, estabeleceu-se como critério que a enfermaria I, seria clínica (recebendo pacientes em crise, ou aqueles que apresentassem risco de fuga ou suicídio) e à Enfermaria II, caberiam os cuidados intermediários. A

---

<sup>201</sup> Consideradas muito interessantes, não só pelo estreitamento de laço com a chefia, mas pelo próprio movimento de solidariedade desencadeado na Instituição, criando uma escala que juntou nas enfermarias, os demais profissionais em substituição aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, liberados de seus plantões para a participação nas oficinas.

contratação de um médico, clínico geral, permitiu a criação de uma enfermaria de intercorrências clínicas, ampliando a possibilidade de internação de pacientes que também tivessem problemas desta ordem.

Foram criados vários novos dispositivos, como forma de *convocação* de vida e de resistência a cronificação do hospital psiquiátrico, a exemplo das experiências de Tosquelles, em St-Alban, (Cf. Gallio e Constatino, 1993).

Nesta série, estão os bailes, nomeados pelos pacientes como os “Embalos de Sábado à Tarde”, o Salão de Beleza, a oficina de “Linha e Linho”. Esta oficina, além de servir de espaço de consertos de roupas, constituía-se em espaço de socialização, viabilizando trocas de saber/fazer dos pacientes entre si e com a técnica responsável<sup>202</sup>. Como um lugar de trocas e *conversas*, acolhia alguns pacientes deprimidos ou agitados que lá ancoravam.

Criou-se ainda a “Assembléia de Pacientes”<sup>203</sup>, propiciando um espaço de encontro de pacientes de ambos os gêneros, numa situação social diferenciada. Aqui eram trazidas questões pertinentes ao momento, elogios, críticas, reivindicações, atendidas dentro das possibilidades. Fundamentalmente esse espaço lhes permitia viver aquilo que é tão caro ao movimento da Reforma, o exercício da contratualidade. As assembleias funcionavam sistematicamente, em dias e horários determinados e fixados, com discussões, devidamente registradas, e colocadas em espaço visível a todos os *habitantes* e os *circulantes* da IA.

Apresento a seguir, os dados recolhidos dos encontros nos grupos de auxiliares e técnicos de enfermagem psiquiátrica, ocorridos no período de abril de 1999 à Dezembro de 2000 na IA<sup>204</sup>. A proposta do tema central, condutor das discussões, foi sugerida por mim e dizia respeito ao trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem na IA, como foi apontado na Introdução desta tese.

Os encontros por grupo perfizeram um total de 17 no 1º grupo, com um comparecimento que variou de três a seis pessoas, acontecendo eventualmente do grupo

<sup>202</sup> Os auxiliares faziam referência a esta oficina, que nomeavam como oficina de costura, onde aconteciam também bordados e crochês, e ao salão de beleza. Eventualmente a oficina de costura tinha a presença masculina, o que era interessante até por ser este, via de regra, um espaço feminino. Creio que o papel da técnica, o seu jeito despachado, era em si um convite.

<sup>203</sup> Esse espaço de discussão dos pacientes era antes ocupado pelo Grupo Operativo que deixou de existir e que de alguma forma foi reivindicado.

<sup>204</sup> As outras instituições hospitalares serão nomeadas I, seguidas de letras do alfabeto seqüencial para distinguir quando estiver me referindo a instituições diferentes. Os profissionais, técnicos ou auxiliares de enfermagem mulheres serão X e os homens Y. Os supervisores XXY/YYX; os enfermeiros XY/YX, pronto socorro PSA, B, C...; equipe médica XYM/YXM ; fundação contratante, F.

ter duas ou oito pessoas; no 2º grupo 18 encontros, com um comparecimento de três a oito pessoas, também eventualmente duas ou nove pessoas; no 3º grupo 18 encontros, com presença de três a cinco pessoas, e eventualmente uma, duas ou oito pessoas.

A composição das equipes variava em termos numéricos, havendo ainda remanejamentos, para cobrir férias, faltas e/ou licenças. Segundo os técnicos a maioria das equipes trabalhava desfalcada, acarretando nos grupos composições diversificadas. Geralmente eram as mesmas as pessoas que cobriam plantão, no caso de falta de um componente da equipe, e acontecia delas estarem em dois, às vezes, três grupos seguidos, o que era interessante, não só do ponto de vista das trocas como das dinâmicas implementadas pelo novo componente.

Tínhamos, inicialmente uma proposta de duração de seis meses e, por solicitação dos técnicos e auxiliares presentes, estendemos este tempo para prazo indeterminado, que poderia continuar para além da tese. O comparecimento no primeiro ano da pesquisa foi maior e mais constante. Na minha avaliação esta ampliação do tempo do grupo foi um erro estratégico. O tempo indeterminado me pareceu, neste caso, trabalhar na direção da naturalização/apropriação do trabalho pela instituição. A aposta inicial forte dos técnicos e auxiliares, foi dando lugar à descrença e acomodação; o grupo e o pesquisador foram engolidos pela rotina institucional.

Muitas vezes o grupo não acontecia, em razão de impedimentos institucionais de natureza diversa; neste caso eu ficava em um dos postos de enfermagem, observando o movimento/funcionamento do posto e conversando com os profissionais ali presentes. Considerei as informações aí colhidas como dados do grupo.

Optei por não usar gravador na medida em que isto poderia inibir as falas e vir a constituir-se em fator de ameaça, pela existência de várias inserções profissionais<sup>205</sup>. Os dados eram registrados no diário de campo, após cada encontro.

Para este estudo, as falas do campo foram trabalhadas usando subsídios oferecidos pela análise do discurso<sup>206</sup>, na perspectiva da psicanálise, considerando como Foucault (1996:10), que o discurso “não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; é também, aquilo que é objeto do desejo[...], aquilo porque, pelo que se luta[...].”

---

<sup>205</sup> Entre os auxiliares da Instituição A, (1989/2000), existiam estatutários (antigos e em estágio probatório), profissionais contratados pela fundação, F, sob o regime da CLT, e profissionais que trabalhavam por prestação de serviço, PS, sem vínculo empregatício, referenciado anteriormente.

<sup>206</sup> Vide autores como Guirado (1994), Orlandi (1987) e Leite (1994), que se utilizam dessa técnica para trabalhar os discursos.

Ao mesmo tempo em que busco uma certa neutralidade através do ato de trazer a própria fala do sujeito, sei que a neutralidade já não está aí. No próprio ato de trazer à luz suas falas, a minha subjetividade fala, no modo como as recorto, no sentido que lhes dou, guiada pelo meu sentimento, pela emoção de rever novamente o campo, de reatualizá-lo em mim.

O exame dos dados<sup>207</sup>, registrados no diário de campo, revelou algumas falas<sup>208</sup> que apareciam de forma recorrente, descontinuada, voltavam sempre nos discursos dos três grupos. O modo de organização dessas falas que se repetiam, foi dividi-las em categorias, de modo a possibilitar construções de sentido, referidas às condições de sua produção, que não são exteriores ao discurso.

Portanto a colocação dos dados não obedece a uma seqüência de sessões, mas de temas. Eles foram alocados segundo a sua pertença a alguma das categorias construídas. Suas falas desvelavam o trabalho em psiquiatria, suas dificuldades, traduzidas em cansaço ou sofrimento, a organização do trabalho prescrita e real, suas exigências, a nova psiquiatria, a sexualidade do doente mental, os acidentes de trabalho, o posicionamento da Instituição, da equipe...

Os dados falam por si, desvelando os processos de cada um neste encontro radical com a loucura. Os temas, as discussões, o dar-se conta dos seus atos, o que as falas revelam, pr'além do dito, vão tecendo os sentimentos com relação ao trabalho e à loucura, o lugar em que se colocam na Instituição, as relações de poder.

A partir daí o espaço dos profissionais...

## 5.1- O TRABALHO NA PSIQUIATRIA

Poucos vêm determinados a trabalhar na Psiquiatria, como escolha. A grande maioria vem por imposição decorrente do concurso e posterior designação para a psiquiatria, *“foi o que restou e, para não perder a vaga”* que conquistaram no concurso...

---

<sup>207</sup> Os dados parciais desta pesquisa também foram publicados nos artigos de Maranhão (2000-2001) Marcas de um trabalho: cenários e recortes e O trabalho dos auxiliares de enfermagem psiquiátrica: reflexões sobre uma prática. Como apontado na Introdução, no ano de 1999, esta pesquisa contou com colaboração de Ana Beatriz Bernart.

<sup>208</sup> Fala aqui abarcando não só a língua enquanto sistema de regras universais, mas o uso que cada indivíduo faz dela, cf. Guirado (1994).



A quase totalidade dos auxiliares relata o medo de trabalhar na psiquiatria, em função da imagem de loucura veiculada socialmente; a mídia tem um peso considerável na construção/veiculação desta imagem.

Embora não seja uma escolha *à priori*, muitas vezes a prática se mostra melhor do que as expectativas. Assim se referia Y<sup>209</sup>, há dois meses na IA, sendo este o seu primeiro trabalho em hospital psiquiátrico; *“sempre ouvia que era um horror, que precisava bater no paciente para que ele se acalmasse”*. Essas falas fizeram com que nunca tivesse querido trabalhar na psiquiatria, pois não saberia fazer isso. Mas *“aqui era diferente: não existe maltrato e estou gostando”*.

X10 está retornando de uma licença médica, conta que já está na IA há quatro anos e que *“quando comecei também tinha medo. Hoje não”*.

Y9, dos novos o único que diz ter escolhido trabalhar em psiquiatria, relata que tal fato se deu a partir do *“acesso a trabalhos da professora A.”* Quando fez concurso e passou *“a IA era uma escolha”*.

Para aqueles que tinham opção e foram reconhecer os possíveis campos de trabalho, o acolhimento da Instituição fez a diferença e acabou determinando a escolha, como relata X1: *“sempre sonhei trabalhar na Instituição IC, era muito mais longe da minha casa, mas era meu sonho. Fui tão mal recebida, que desisti na hora; aqui foi exatamente o oposto, foram atenciosos e simpáticos”*.

Y fala que a psiquiatria da IA *“é uma psiquiatria diferente, que trata o paciente como ser humano”*.

X6, na época, seis meses de IA, afirma que trabalhar na psiquiatria não foi escolha sua. Veio através do concurso, sem outra opção e *“hoje não quero mais sair desse trabalho”*. Ao mesmo tempo, não se acha *“normal”* porque o trabalho a deixa tensa: *“no dia em que saio do plantão, não durmo direito”*. Neste contexto, racionalmente, acha que *“o natural seria pedir transferência porque o trabalho está me fazendo mal, mas não quero mais sair deste trabalho, eu gosto dele”*. X6 até então só havia trabalhado em CTI.

X11, alguns anos de Instituição, diz que quando começou a trabalhar na psiquiatria *“era mais calma; hoje sou mais agitada”*. No início, *“eu me sentia muito mal porque me ligava muito a alguns pacientes”*. Conta de sua mobilização diante da

---

<sup>209</sup> Muitos técnicos e auxiliares concursados entraram para a Instituição no final de 1997, início de 98 e todos tendo a sua primeira experiência em Psiquiatria, embora viessem de áreas ligadas à saúde: outras clínicas ou consultórios particulares.

internação de uma moça jovem a “*quem me liguei muito.*” Levava-lhe “*bombom, dei o telefone da minha casa e queria muito que ela melhorasse rápido*”, ficando muito frustrada porque “*isso não acontecia. Aos poucos fui me acostumando, hoje não me envolvo tanto. Faço o que posso, procuro fazer bem o meu trabalho, mas sei que, às vezes, não resolve.*” Hoje não sofre tanto. Mas ainda é tocada: “*quando essa moça voltou a ser internada, novamente, fiquei triste*”. Diz para X6, que com o tempo, “*a gente vai se acostumando. Pra mim foi assim. Não é que eu fiquei fria, não! Eu sinto, mas é diferente*”.

Estas falas falam de um mal-estar diante de sentimentos que não se controla, diante das identificações, diante da *Loucura*, vivenciadas como o imponderável. Penso ser este um solo fértil para o vicejamento de mecanismos de defesa; esse *se acostumar*, esse *sentimento diferente*, produção e condição de sustento do próprio trabalho, está na fronteira do anestesiamento, da indiferença, e de tudo que advém dessa posição apontada com preocupação por Dartington (1997).

Iniciam uma discussão sobre normalidade. X se pergunta e pergunta ao grupo, o que é normal. X11 conta sobre uma paciente da qual ficou amiga, “*ela é maníaca e vai ser até o fim*”, mas “*não é totalmente doente. Tem um namorado há muitos anos. Às vezes, saímos e sinto que as pessoas me olham meio esquisito*”. E acrescenta: “*Acho que existe muito preconceito com relação à doença mental. Acho que as pessoas não me acham normal, por conta disso*”.

Aparece a presença do preconceito frente ao diferente. Discutem se eles são normais por trabalharem com loucos. X pergunta se “*o policial é normal por escolher esse tipo de trabalho, onde ele mata ou morre*”. Y4 lembra os pilotos de fórmula I, “*que arriscam a vida a cada corrida, eles são normais?*” depois de pequena pausa ele fala “*no meu outro emprego eu também corro risco de vida*”.

X diz que “*normal é o que a sociedade estabelece*”. Que “*quem sai disso é visto como anormal*”.

Começam a discutir os vários motivos que levam as pessoas a escolherem e sustentarem suas escolhas de trabalho, nomeando entre eles: necessidade, oportunidade, sobrevivência e, por último, gosto... Se pensarmos pela ordem de enunciação, o trabalho aqui está muito mais na concepção de labor, de fardo.

Em outra ocasião, X6 conta que havia encontrado no dia anterior, no ônibus, “*uma ex-paciente com o marido*” e que ela estava trabalhando como voluntária com o pessoal

da guarda municipal. “*Estava superfeliz, toda arrumada*”. X6 comenta “*como me sinto bem vendo isso. É isso que me gratifica no trabalho*”.

Y1 também relata ter encontrado ex-pacientes “*como motorista de táxi, de ônibus, arrumados, trabalhando*”. Que eles falaram com ele, que “*o motorista de ônibus fez questão que eu entrasse pela frente e fomos conversando todo o trajeto*”. Fala também de que “*essas são as compensações do trabalho, ver o sujeito de novo na vida, batalhando*”.

Essa melhora do paciente, seu retorno à vida, de um modo geral, me parece, é um *alimento*, dá sustentação para estes trabalhadores, apontando, ao mesmo tempo, esta ambigüidade com que o trabalho se reveste: espaço de dor e de alegria.

Na psiquiatria, a possibilidade de agressão parece ser o maior fantasma e o medo passa a ser um companheiro constante, principalmente, para os iniciantes: X2 está na psiquiatria há três meses, chegou a pedir, no início, ao chefe da enfermagem para ser afastada. Ela diz ter tido a possibilidade de optar por dois lugares, mas “*o outro era de localização difícil e perigosa. Ainda tenho muito medo, mas acho que com o tempo, convivendo mais com esse tipo de clientela, vou desmistificando um pouco a loucura*”. Sua escolha não foi pelo trabalho, mas pelo local.

Não vêem diferenças quanto à agressividade entre homens e mulheres. Y2 parte do pressuposto de que “*todo paciente psiquiátrico é agressivo*”, mesmo que estes estejam aparentemente calmos: “*não dá para relaxar, tem que ficar sempre atento*”.

Para X2 a imprevisibilidade de reações do paciente é que provoca o medo de apanhar: “*pode estar tudo bem e, de repente, você leva uma bofetada*”. X diz que “*não se pode ter medo, às vezes, você tem que ser carinhosa e, às vezes, ser dura com o paciente, mas isto a gente não sabe antes*”.

Y7, hoje com muitos anos de psiquiatria, também confirma que “*no início, o único medo que eu tinha era de ser agredido*”.

Y4 avalia que “*enfermagem psiquiátrica implica sempre em correr riscos*”. Para ele a forma de diminuir esses episódios de agressão é “*através de uma medicação bem dada*”. Parece-me que a *possibilidade de agressão* é tributada à *Loucura*; a *agressão realizada* é sempre atribuída à inadequação da medicação; alusões desta natureza apareceram na maioria das vezes em que o assunto agressão vinha à tona.

Y1, também com muitos anos de enfermagem psiquiátrica<sup>210</sup>, fala da importância de conhecer o paciente, porque aí *você vai “saber como falar com ele vai entender suas reações”*.

Y confirma dizendo que este conhecimento possibilita inclusive perceber que *“tem paciente que não gosta da gente, mas gosta de outra pessoa”*. A paciente P1 *não gosta que eu lhe dê banho, mas com a X1 e X5 ela toma muito bem”*.

X19 aponta que as necessidades de cada paciente diferem, e que não há regra: *“em cada caso o auxiliar de enfermagem deve orientar sua conduta de acordo com aquele paciente”*. Para ela, este conhecimento lhe permite, inclusive, saber daqueles pacientes, frente aos quais, tem que tomar certos cuidados, até mesmo de se aproximar. Estabelece esta conduta a partir da observação do estado clínico do paciente.

Estas falas apontam questões e posições variadas: algumas têm o recurso ao medicamento, como solução, em situações de difícil manejo, transformando a contenção química em uma espécie de *bandeja com*, o que atesta o peso do medicamento nesse contexto. Outras falam de um outro tipo de contenção, pela via do conhecimento do outro, dos seus afetos, recolocando o manejo no um a um.

A ambigüidade frente à *Loucura* também se desvela nos discursos: num primeiro momento a proposição de uma postura interessante com relação ao doente e, no instante seguinte, este encarna a figura ameaçadora acerca da qual é preciso estar alerta em tempo integral, não se podendo relaxar nunca... E o paradoxo é que em determinadas situações/momentos tem que se tomar cuidado sim. Qual é o tempo de cuidar e de tomar cuidado? Esta também tem que ser uma questão! E incomoda...

Por outro lado reputo como significativa a percepção das diferenças de afetos nos pacientes, até para se permitirem reconhecer, em si mesmos, seus afetos diferenciados, o que pode aclarar suas próprias ações, suas escolhas, a percepção dos seus limites e daquilo que os extrapola. Dar-se conta de que não são máquinas plugáveis a qualquer tempo, lugar ou pessoa, faz diferença no trabalho, humaniza-o.

Quanto a Y1, os novos dizem gostar de fazer plantão com ele, sentem-se seguros, ele tira dúvidas, ensina. Em um grupo, houve até uma sugestão de que ele escrevesse um manual básico pra quem estava começando, o que dá uma certa dimensão da aflição do como lidar com *isso*, que não se pode controlar, que é cotidiano, faz parte do ofício e aparece nos relatos que se seguem.

---

<sup>210</sup> Este profissional trabalha na IA como contratado e na IB, como estatutário há muitos anos, tendo vivenciado as transformações na psiquiatria. Soube a pouco tempo que ele pediu demissão da IA.

Y1 descreve um episódio de agressão sofrido: “*A minha primeira reação foi de muita raiva*”; depois começou a pensar na realidade do paciente e percebeu que “*na verdade, não era a mim que o paciente estava chutando, mas ao pai com quem o paciente tinha uma relação problemática*”.

Por outro lado, era o seu corpo que estava sendo chutado. Como sustentar essa posição e se essa sustentação é lícita, é desejável do ponto de vista clínico, para ambos, são questões que imediatamente me vêm à cabeça. Estamos falando de uma posição subjetivada, comprometida, exigência desta nova modalidade de trabalho em saúde mental proposta pelo movimento da Reforma. Embora a posição de revidar nem se cogite, a de se ofertar também não me parece uma boa solução. Qual a medida? Qual a condução? Como discutir, encaminhar situações/questões desta natureza, parte do ofício? De novo me parece que vai ser o um a um de cada caso que vai guiar os encaminhamentos, sem bulas ou padronizações.

Y1 costuma se colocar em um lugar de proteção deste paciente, que é bastante jovem, tendo um prognóstico severo; está na IA há alguns anos. Qualquer problema com o paciente ele era chamado para ajudar, resolver, o que, em um primeiro momento, aumentou a sua perplexidade diante da agressão daquele paciente.

X5, nova na profissão relata o pavor que sentiu diante de uma “*paciente enfurecida que me ameaçava com uma cadeira; tudo o que eu pensava e desejava era sair correndo e nunca mais voltar*”. Relatou que no caminho de volta pra casa ainda sentia “*aquela aflição*”.

Esta aflição e sua persistência, para além do espaço de trabalho, está muito mais presente no relato dos mais novos, o que os leva a querer buscar outras atividades, geralmente, pensadas como lazer, para contrabalançar.

Por outro lado, os mais velhos no ofício não têm aflição? O que fazem com ela? Anestesiaram-na? Ela entra no processo de naturalização? Tem algum papel na constatação de que enfermagem psiquiátrica *dura* uma média de 10 anos, conforme Miranda (2000).

Algum tempo depois, X5, já mais acostumada, diz estar trabalhando muito, cobrindo plantões de colegas, “*porque só trabalho aqui. Fico cansada, mas acho legal, me sinto acompanhando mais o paciente porque acabo vindo quase todo dia*”. Acha “*importante conversar com eles*”. Aponta a organização do trabalho como inadequada: no dia a dia, diante da quantidade de tarefas e a quebra de dois dias (12/60) “*perde-se um pouco essa continuidade*”. Um dia levou os pacientes “*pra ver Ana Maria Braga na*

*televisão*”. Ficaram todos sentados e no dia seguinte um paciente foi chamá-la porque estava na hora da Ana Maria. Ela não pode ir e disse que “*depois ele falou direitinho a receita do rosbife*”.

Neste e noutros relatos, parecia-me que os auxiliares e técnicos mais novos, estavam vivendo uma situação de descoberta do doente mental, de suas possibilidades, como se estivessem podendo vê-lo para além da doença, sendo, por exemplo, capaz de reproduzir uma receita de rosbife...

Ainda dentro desta perspectiva de descoberta, o relato de X6: uma vez “*um paciente estava com pedaços de madeira e pediu uma lixa. A primeira coisa que me veio à cabeça foi que aquilo poderia ser transformado em algo perigoso, por ser ponteagudo*”. A idéia de agressão é imediatamente acionada e foi tratando de despistar, inventando desculpas.

Depois se deu conta de nem ter perguntado porque ele queria aquilo e descobriu que ele era um fantástico artesão, “*ele queria as lixas para lixar as madeiras, e fazer suas montagens, queria ocupar-se*”. O paciente fez vários objetos com aquelas madeiras. Daí em diante “*tomei cuidado com essa primeira reação*”, que vem de pronto, relacionada ao perigo, ao medo, que faz com que se tenha reações inadequadas, porque se passa a ter medo de tudo, tudo pode se transformar em arma, tudo ameaça.

Segundo X6 o fato de ter percebido o seu equívoco, ter voltado atrás, ter apostado no paciente se constituiu como uma experiência rica para ambos, profissional e paciente e para o trabalho. Ela ainda comenta que quando começou na psiquiatria, lia muito e achava que tinha as respostas, mas “*foi trabalhando que vi que não era bem assim*”.

X18 veio também por concurso, mas revela: “*não gosto de estar aqui*” e relembra isso de vez em quando. Trabalhou sempre em um hospital maternidade como contratada; foi dispensada alguns meses antes de receber os resultados do concurso. Seu desejo é voltar pra lá. Tem a expectativa de poder realizá-lo, passado o tempo do estágio probatório.

No grupo, é calada, sempre perguntando se as reuniões com a chefia estão acontecendo. Em um dia com poucas presenças no grupo, começa a falar que cuidou de uma paciente, quando esta chegou na enfermaria I “*completamente enlouquecida*”. Fala de uma calcinha vermelha que a paciente gostava e usava sempre, lavando-a no banho para vesti-la em seguida. X13 conta: “*comprei outra calcinha vermelha e lhe dei de presente*; conta ainda que deu “*um arquinho pra uma outra paciente*”. Fala que não fez nada demais, que “*não faz as coisas pros outros verem; fica na sua*”.

Ela nunca havia falado tanto. Fala sobre esta e outras pacientes, que *“também gostam de mim e eu também gosto delas”*. Diz que cuidou muito tempo de criança: *“não tenho problema de meter a mão na boca do paciente para desengasgá-lo”*.

Ao falar dessas coisas, X18 fica com o rosto mais desanuviado, *aparece* uma outra pessoa, mais afetiva, e afetável pela vida eu diria<sup>211</sup>. Ouvindo X18 nesse dia, fiquei pensando em como esse hábito de enquadrar posturas, jeitos, falas, às vezes, nos obscurece a visão e nos impede de ver outros travestimentos fora dos modelos oficiais, por *debaixo*”. A prática vai propiciando estas experiências, um outro tipo de saber. Para isso, *“a gente tem que estar aberto”*, como diz Y3. Para ele e Y4, *“se a pessoa não evolui com o trabalho não deve estar muito bem”*, senão não agiria assim. Estas falas dizem respeito a ser *tocado, afetado* por este trabalho.

Voltam sempre a ponderar sobre a diferença entre os livros e a prática. A prática fala, tem rosto, tem nome, é imprevisível. As questões giram em torno do *“como a gente tem que se colocar frente ao doente”*, que tanto pode ser traduzido num desejo de encontrar um jeito, um modo, uma forma de se colocar, seja para cuidar ou se defender, quanto em uma maneira de expressar a angústia de sentir que não se tem um jeito antes. Essa prática que tem rosto vai produzindo efeitos, convocações. Às respostas a estas convocações é que vão estar marcadas singularmente.

Tosquelles certamente responderia a esta questão dizendo que a forma possível de se colocar seria como *“um sujeito - como um homem com quem se pode jogar com plena liberdade”*, (Cf. Gallio e Constatino, 1993:102). Penso que só é possível este jogo se eu considero o outro, antes de tudo um sujeito, não um doente.

X3 diz que *“edita fitas de meditação como uma forma de relaxar do trabalho da IA, quando percebe que está irritada com o pai e começa a brigar com ele”*. Tenta se distrair *“para não descarregar na família, a tensão do trabalho”*. Às vezes, *“sente-se esgotada porque fica falando, conversando com os pacientes”*.

Y6, que àquela época, tinha em torno de cinco anos de prática em psiquiatria, conta que *“na noite anterior ao trabalho não consegue dormir mais que 2 horas; aparentemente não está preocupado, mas não consegue dormir”*; pensa que talvez o fato de ter que acordar cedo o deixe preocupado, mas *“quando saio daqui, também tenho que trabalhar noutra coisa pra distensionar”*.

---

<sup>211</sup> Recentemente tive notícias desta profissional: escolheu ficar na IA, após o tempo do estágio probatório, realizando um trabalho muito bom na enfermagem psiquiátrica, segundo o informante.

As questões colocadas pelos pacientes, decorrentes do próprio processo de adoecimento, os mobilizam: não sabem como respondê-las, como lidar com o desamparo que o paciente revela, com sua deriva, com sua sexualidade solta, em última análise, com a relação transferencial.

A fala de X7 dá a dimensão da angústia: *“como é difícil propor-se a ouvir o paciente psiquiátrico, chegar perto dele; você se identifica com os problemas deles e se pergunta: se tenho o mesmo problema que ele, por que ele está internado e eu não?”*

Nesses encontros, são defrontados com suas próprias questões reeditadas, o que pode originar demanda por escuta pessoal. Penso que a operacionalização das propostas do movimento de Reforma os coloca frente-a-frente com a *Loucura*, em uma relação muito mais pessoalizada, sem a mediação direta e freqüente da camisa-de-força química, imobilizador físico ou do eletrochoque; a dimensão de humanidade do *louco* faz parte da cena, se presentifica para além da *Loucura* e os mobiliza, e os interroga.

Esta posição mais subjetivada exige mudanças na escuta e na conduta, produzindo o que Miranda (2000:37) chama de uma “bela solução”, em nível de cuidado, mas, ao mesmo tempo, “um grande problema”, no manejo do dia a dia do trabalho; reflete-se nos modos de operá-lo, nas licenças de saúde, nas aposentadorias especiais.

Y2 fala da *“dificuldade de separar os problemas”* e pergunta se: *“esse grupo é para falar só sobre o trabalho ou tem outros desdobramentos para questões mais particulares”*.<sup>212</sup>

Aparece na fala deles o peso de lidar com a doença mental. Descobrem, no dia a dia, que não há fórmulas prontas. Aprendem com a prática e percebem que o conhecimento do livro ajuda, mas não dá conta de todas as situações.

Y3 conta que *“muitas coisas que vi nos livros de psiquiatria não se dão na realidade do dia-a-dia”*. Perguntei o que eles pensavam disso. Ficaram em silêncio. Vêm-se numa posição onde são obrigados a tomar iniciativa. Narram que nesse trabalho *“não temos uma bandeja com, mas aprendemos tudo que a bandeja deve conter*. X relata que aprendeu isso num curso que fez e *“no fim do curso fizemos um bloco da bandeja contendo”*.

Não só aprenderam sobre a bandeja contendo tudo aquilo de que necessitavam, como também aprenderam que deviam trabalhar, obedecendo a uma lista de tarefas

---

<sup>212</sup> Esta questão foi colocada logo no início do grupo. Explicamos que aquele espaço era para falar do trabalho, mas que diante de necessidades de um espaço de fala mais pessoal poderíamos indicar algumas Instituições. Ele ficou de pensar... Algum tempo depois desapareceu do grupo e mais tarde ficamos sabendo que ele havia saído da Instituição.



prescritas pelos seus supervisores. Não foram incentivados ou exercitados para tomadas de decisão, mas para obedecer à hierarquia e cumprir ordens.

O trabalho vem na contramão desta formação e os convoca para uma relação pessoa-pessoa, para uma visada no paciente pela dimensão de sua humanidade e isso é exigência, isso lhes tira a lista de tarefa, a *bandeja com*, revelando a impossibilidade de controle sobre o trabalho. O trabalho dói.

De uma forma geral, têm dificuldades de expor sua opinião na equipe. A grande maioria pode até discordar do encaminhamento, mas dificilmente expressa sua opinião ou executa o procedimento do modo como acha que deveria ser feito.

Na realidade, entre os grupos havia uma pessoa que não se submetia, que dizia o que pensava. Ela tinha longa experiência na psiquiatria e diz “*aprendi psiquiatria, psicologia, psicofarmacologia na prática*”. É interessante como este saber construído na prática lhe dá a possibilidade e a autoridade de opinar no trabalho dos acadêmicos e mesmo contrapor-se a eles, quando necessário. Diz que “*os acadêmicos entendem muito de conhecimentos de livros, mas eles têm que comer muito feijão com arroz para serem psiquiatras*”. Dentre todos os auxiliares que passaram pelo grupo era a única pessoa que se posicionava assim.

Y4 relata uma situação em que opinou sobre medicação e ele estava correto. Mas foi com “*uma médica que era muito legal, que gostava de ouvir a nossa opinião sobre o paciente*”.

A escuta e a abertura do médico são condições indispensáveis para qualquer tentativa de vôo nessa direção. Essa posição entre os médicos, segundo os relatos, é rara. Na maioria das vezes, não são ouvidos e nem valorizados.

Um dos pressupostos do movimento da Reforma, a proposta do conhecimento na transversalidade, atravessando a equipe, se construindo na equipe, fica em nível de discurso. Aliás, a mim, me parece que o lugar dos técnicos e auxiliares é de invisibilização. Só são visibilizados através do erro e aí são recriminados. Esta situação também é apontada nos estudos de Menziers (1970) e de Miranda (1994-2000).

Falam da impossibilidade de lidar sem o envolvimento com o paciente. Investem nele, querem sua melhora e ficam frustrados quando isso não acontece, conforme as palavras de X8: “*às vezes, é frustrante, a gente se dedica ao paciente, faz tudo por ele, fica feliz quando ele melhora e os méritos são sempre do médico. É raro um paciente ou familiar te agradecer*”. Não se sentem reconhecidos, nem pela instituição, nem pelos pacientes ou seus familiares.

Aprenderam também que o distanciamento é índice de um bom profissional, aprendizagem que aparece em discursos afirmando poder separar perfeitamente situações de trabalho e situações da vida pessoal, bem dentro de uma visão cartesiana.

E, no entanto, o ofício os mobiliza, a aflição que sentem denuncia que esta aprendizagem, na realidade, não se opera na prática: não conseguem fazer esta separação trabalho-vida; o trabalho os faz sofrer. Embora digam que com o tempo conseguem lidar *melhor* com as situações do cotidiano, tenho dúvidas acerca desta afirmação, diante da lembrança da fala de Y1 e de Y4, ambos antigos na psiquiatria, dizendo que o grupo era bom porque “*aqui podemos falar das mágoas, queixas e preocupações com o trabalho e aí, não incomodamos a família*”, ou das constatações acerca da *duração* média em torno de 10 anos na enfermagem psiquiátrica.

Dartington (1997) e outros autores<sup>213</sup> discutem os temores das demandas emocionais dos pacientes, levando a enfermagem a desenvolver comportamentos de evitação e distanciamento operados através da lista de tarefas prescritas, da divisão/fragmentação do trabalho na prestação da assistência, da referência ao paciente pelo número de seu leito ou pelo tipo de patologia. É esperado que o enfermeiro obedeça, cumpra a sua lista de tarefas e não questione, não pense. O exemplo dá a direção do trabalho e o sofrimento é vivido como parte do *ofício*, como *moira*, com estoicismo, ou é negado na fala e escapa pelo corpo, nos adoecimentos.

Esta fala referente a enfermeiros, cabe como luva entre os técnicos e auxiliares de enfermagem. Eu diria ainda que há uma potencialização destas situações apontadas, pela posição, lugar e função destinados a esta categoria no sistema hospitalar.

Os auxiliares de enfermagem consideram o trabalho na psiquiatria diferente das demais clínicas, marcando o trabalhador e o seu currículo, como diz Y2 “*a gente fica com fama de maluco e preguiçoso*”, visto que o trabalho implica “*medicar, cuidar do asseio e conversar*”, caracterizando-se por uma “*pobreza de procedimentos técnicos*”.

Y3 descreve o trabalho em psiquiatria como: “*papoterapia e poucos procedimentos técnicos*”. Ou “*os amigos quando sabem que você trabalha em hospital psiquiátrico ficam achando que você é maluco*”, conta Y. Denunciam nestas falas o estigma, que os acompanha, quando trabalham com a loucura: desaprendem procedimentos técnicos, tornando-se *incompetentes*, do ponto de vista de uma visão

---

<sup>213</sup> Vide Menziers (1970), Dartington (1997), Palácios (1997), Lisboa (1998), Lima (1998), Silva (1998), Beck (2000) e Miranda (1996a, 2000), citados no capítulo 4 desta tese.

tecnicista, além do fantasma da *Loucura*, conforme o dito popular de que só sendo *louco* pra trabalhar com *loucos*.

As falas ainda refletem, de certo modo, a visão corrente de que conversa não é trabalho, daí a *papoterapia*, que não demanda a execução de procedimentos técnicos. Os procedimentos técnicos caracterizam a prática da enfermagem e constituem marca de saber, de um saber que pertence aos enfermeiros em primeira mão, como mandato social da enfermagem moderna instituída por Nightingale.

Y9 fala que nesse trabalho “*tem necessidade de recarregar baterias*”. Chega a pensar “*que as férias deveriam ser divididas 15 dias no início de janeiro e 15 dias no meio do ano*”. Continua: “*este tipo de trabalho implica uma troca energética com o paciente e que 12hs de trabalho significam um desgaste de 30hs*”, daí “*a necessidade de interação com o mundo fora e de apoio familiar*”. Compara esse trabalho e a troca de energia com a carga radioativa do radiologista, só que “*o radiologista tem um estatuto que o protege...*”.

X5 fala que, *na verdade* “*eu precisava de 60 dias de férias: 15 em 15 separados e no fim do ano 30 corridos*”.

Discutiram sobre eletroconvulsoterapia ou ECT. Na opinião de Y “*o ECT é uma violência, que não é possível não deixar lesões*”.

X cita o caso de uma paciente antiga que “*se deixa morrer, extremamente depressiva, chega a paralisar suas funções*” (urina, fezes, não dorme) e que “*só sai da crise com ECT*”. Y diz que quando ela está em crise “*aponta para sua cabeça, toma ECT e sai da crise*”.

Comentam que as crises têm aparecido em um menor prazo de tempo atualmente. X fala dos efeitos colaterais do Haldol: <sup>214</sup> “*o uso continuado desses medicamentos também provocam demência, tal como o ECT*”.

X acha que dar medicamento “*acaba ficando mais fácil porque se medica e vai embora, não fica vendo o estado em que o paciente fica*”.

Diante da pergunta de X1 “*se pára a medicação o sujeito volta, sai dos efeitos colaterais?*” X responde que sim “*mas que o delírio continua, as vozes continuam e incomodam o paciente. Que o ECT é muito feio de se ver, muito feio*”. Pergunta aos

---

<sup>214</sup> Medicação antipsicótica (Haloperidol) cujo uso prolongado e em alta dosagem, na estrutura asilar, costuma deixar seqüelas irreversíveis, podendo ser tão danoso quanto o ECT, embora em outros dispositivos assistenciais esse medicamento possa ser usado como um instrumento terapêutico. Parece-me que a questão que aí está referida diz respeito a uso continuado por tempo prolongado em alta dosagem.

novos, se eles tinham visto a aplicação de um ECT. X1, X2 e X3 disseram que não, e Y já tinha visto.

Falam das diferentes reações ao ECT: *“algumas pessoas saem bem logo em seguida, outros demoram a se recuperar e outros ficam muito agitados”*.

Quando o assunto recaía sobre alguma questão de cunho prático, os mais antigos tinham a maior disponibilidade para explicar e se diziam também aprendendo com os novos. Aconteciam trocas interessantes.

Têm uma visão de que os homens (técnicos) são mais respeitados pelos pacientes psiquiátricos: *“têm mais força”*, embora reconheçam que, se estão desprevenidos, mal colocados, *“se deu mole”*, sofrem agressão indiferentemente do sexo.

Comentam que algumas supervisoras gostam de ter sempre um homem no Posto de Enfermagem porque ele impõe mais respeito e tem mais força, em necessidades de contenção. Mas as mulheres dizem que se for necessário conter, elas também o fazem, só que aí são necessárias duas pessoas.

Em uma das ocasiões em que surgiu discussão acerca de contenção, X6 comenta que sua equipe estava se sentindo incomodada porque havia um paciente que *“não estava reagindo ao medicamento, não estava bem medicado”*. Todas as tardes ele entrava numa agitação, numa angústia enorme. Haviam conversado com o médico responsável e nada tinha acontecido. A imobilização *“estava virando uma prática sistemática e era muito ruim ter que fazê-lo. Era uma violência”*.

Esta equipe estava trabalhando de uma forma linda, do ponto de vista de respeito e parceria entre eles; *“resolvemos bancar, não fizemos o grampo”*; deixaram o paciente um tempo sozinho com o médico. Nesta consulta, houve mudança de medicação. Há um comentário de que *“às vezes, dá pra conter com conversa, mas às vezes não”*.

Dizem que em algumas situações é muito duro ver o sofrimento do paciente. Neste sentido a afirmação de Y1, já citada antes, sobre a *“importância de conhecer o paciente”*, para *“se saber a melhor forma de conduzi-lo em situações de crise”*, obedece a literalidade da letra do movimento de Reforma.

Y1, que hoje tem uma grande sensibilidade no cuidar e perceber o doente mental, disse que quando era moleque, morava perto de um hospício e *“morria de medo”*. Às vezes, estava brincando e *“corria uma notícia de que tinha louco fugido na rua e a garotada corria de volta pra casa”*. Sua primeira oportunidade de trabalho foi em hospital psiquiátrico e aí foi gostando, foi ficando e está até hoje.

Todos têm consciência da dimensão da imprevisibilidade da clínica psiquiátrica; alguns comparam-na à imprevisibilidade da própria vida: X2 comenta que: *“é uma prática do inesperado. Nas outras clínicas (não psiquiátricas), sei o que fazer com o paciente, são clínicas do previsível”*.

X diz que na clínica da psiquiatria se trata com o inesperado *“como na vida, que aí também não sabemos o que vai acontecer”*. Que também *“a vida traz inesperados incompreensíveis, como a morte”*, que no momento seguinte muda tudo. Y fecha a fala de X afirmando: *“acho a doença mental semelhante à morte sim, é uma espécie de morte para a sociedade”*.

Embora falem deste trabalho como produzindo sofrimento, também gostam do que fazem, incluindo aí a maioria dos técnicos e auxiliares novos na psiquiatria.

A imprevisibilidade parece causar desconforto, que os mais antigos tentam tamponar em falas como as do progresso da medicação psicotrópica, da maestria da prescrição médica ou da negligência e falta de cuidado do atendimento médico. Há sempre uma tentativa de colocar uma causa determinante, responsável, que possa ser localizável, para explicar as situações de mudanças ou para esperar que a situação mude...

## 5.2- A NOVA PSIQUIATRIA<sup>215</sup>

Nesta categoria estão misturadas tanto as percepções ligadas ao progresso dos medicamentos, tendendo a um cunho biologicista, quanto proposições de novas formas de cuidar, já no rastilho do movimento da Reforma.

Acham, de modo geral, que *“com a nova psiquiatria os doentes são menos agressivos, malucos lights”*. X disse que já pegou *“paciente que comia suas próprias fazes, bebia água do vaso sanitário e subia em árvore”*. Afirma que *“louco que é louco de verdade não agride e pede desculpas depois”*. Acha que: *“hoje a maioria não sofre de loucura verdadeira, mas de problemas sociais”*.

É unanimidade entre os mais antigos esse sentimento de que os doentes mentais de hoje são menos agressivos. Atribuem estas mudanças *“à evolução da medicação psicotrópica ou ao acerto da prescrição”*.

<sup>215</sup> Este termo é objeto de críticas de Basaglia (*apud* Amarante, 2000b), que considerava a nova psiquiatria como “camuflando suas verdadeiras funções sociais”.

Os técnicos e auxiliares sabem que são importantes para o funcionamento do hospital, conforme se pode ver na fala de X: *“sem os auxiliares, o hospital pára”*. Parece-me que nessa referência *o hospital pára* o que está em pauta é o “carregar o piano”, as tarefas rotineiras, realizáveis por qualquer pessoa, sem identidade.

O assento principal continua sendo numa psiquiatria biológica: se o paciente não melhora é porque está mal-medicado, seu médico é pouco atento, pouco presente. Que se o doente for bem medicado ele fica bem... Não consideram que o “modo de presença” dos profissionais possa fazer alguma diferença, não conseguindo avaliar com clareza o seu papel neste processo.

A fala de Y12 revela a ambigüidade vivenciada por eles, a divisão entre a medicação, vigilância, que nomeiam psiquiatria tradicional, e as propostas de um tratar com mais liberdade, mais presença e escuta do profissional, nomeada como psiquiatria moderna, fazendo restrições a tipos de pacientes tratáveis por uma ou outra modalidade: *“paciente agressivo não pode ser tratado pela psiquiatria moderna, tem que ser internado em hospitais que praticam a psiquiatria tradicional”*.

De um modo geral, a *nova psiquiatria* parece referir-se somente ao *progresso do medicamento*. Ao mesmo tempo essa referência também desvela a ambigüidade que acompanha esse fazer na crítica aos procedimentos tradicionais, como o ECT, uso prolongado de medicamento, restrição da liberdade do internado... Penso estas ambigüidades como decorrências da própria situação vivida por eles no seu dia a dia de trabalho, do exercício dos vários papéis que o trabalho lhes impõe, da invisibilidade de que são alvos.

Y4 conta a história de um paciente internado, cronificado, de cerca de 41 anos, tratando-se *“com um psiquiatra professor da UERJ”*, durante anos a fio. Y4 vai relatando que era acompanhante deste paciente nas suas incursões pelo mundo no tempo do internamento no hospital; ele não melhorava: *“o irmão dele resolveu tentar um hospital agrícola, que não medicava”*. Tempos depois, teve notícias desse paciente: *“ficou bem, saiu da depressão, começou a trabalhar na cozinha do hospital”*.

A questão de Y4 era: *“como pode, o sujeito usou medicamentos por mais de 20 anos e não melhorou? Agora melhorou e não está tomando remédio? Até parou de fumar e ele fumava sem parar”*.

Y1 cita a experiência do hospital de cronificados de Santos, como exemplo de possibilidade de pessoas internadas poderem voltar a viver na sociedade, sendo acompanhadas nos dispositivos assistenciais externos. Esses fatos são contados como

*histórias*; parece-me que eles não se sentem vivendo experiências semelhantes nas suas práticas.

Ao mesmo tempo em que valorizam o medicamento, contam histórias de melhora sem medicamentos, surpreendem-se, mas não demonstram uma reflexão profunda (será que adiantaria tê-la?); logo encontram uma explicação como “*na colônia o sujeito trabalhava, preenchia seu tempo...*”.

Eles dizem que hoje é melhor do que antes: os medicamentos são mais eficientes e “*os pacientes, mais livres, menos violentos e agressivos*”. A liberdade de espaço físico para os pacientes é uma hipótese que eles consideram como tendo peso na diminuição da agressividade, razão por que discordam do funcionamento da enfermaria I, dos pacientes que chegam em crise e que aí ficam confinados, com pátio proibido. Açam que se devia fazer uma avaliação criteriosa daqueles pacientes realmente impossibilitados, liberando para os outros o acesso ao pátio. “*Ficam presos, sem fazer nada o dia todo, qualquer um de nós nessa situação ficaria violento*”, dizia Y1.

Voltam sempre à fala da “*falta do que fazer do doente*”.

X e X6 apontam a necessidade de terapia ocupacional mais vezes na semana. X6 conta que quando “*abrem a sala de terapia onde tem pincel, tinta, lápis, cera, etc, a sala fica lotada*”. Fala também que “*já pensei em trazer jogos de casa para os pacientes, mas os colegas falam que pode dar confusão, briga, então acabo não trazendo*”. Há uma preocupação com o preenchimento do tempo.

Por outro lado, esta preocupação de alguns técnicos e auxiliares com a falta de ocupação do doente mental vai, talvez, com algumas correções, na direção da proposta da terapia ativa de Hermann Simon (*apud* Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr., 1992), que consistia em propiciar ao doente mental atividades significativas, com as quais se comprometesse. Tal proposta visava impedir a inatividade, criar um ambiente favorável e permitir que o doente se sentisse capaz de assumir responsabilidades, fazendo parte do arcabouço teórico técnico da psicoterapia institucional. .

Esta é uma ótica possível de leitura desta preocupação. A outra ótica encontrada em Saraceno (1996), aponta o entretenimento tanto na acepção de distração, divertimento, quanto na sua outra acepção, para manter o paciente dentro do hospital, da enfermidade, da lógica da doença mental, quando cai numa pura repetição maquinal.

X relata situações vividas com pacientes fora do hospital, ainda que seja para levá-lo para passear. Conta que “*ia à praia com cinco pacientes*”.

X9, também antiga, pela primeira vez se manifesta dizendo: *“acho isso perigoso, porque se acontece alguma coisa no mar, só uma pessoa não daria conta”*.

Discutiu-se que qualquer situação pensada teria que ser bem estruturada, mas que algum risco sempre estaria presente. X coloca que *“qualquer mudança incomoda as pessoas, provoca resistências”*.

X9 discordou: *“não é bem assim: as coisas precisam ser mais estruturadas, mais organizadas”*.

Falam sobre a responsabilidade que têm porque se acontece alguma coisa na enfermaria *“nós somos apontados como culpados. X diz que é assim porque “somos nós que ficamos o tempo todo com o paciente. Se fossem os médicos, a culpa seria deles”*. Sempre cabem muitas questões, dentre elas a de como fazê-las operar, não se constituindo em fatores de *paralisação*.

Os técnicos e auxiliares relatam que *“tem pacientes que podem ajudar”* a fazer as coisas, por exemplo, *“ajudar a forrar as camas; aqueles que estão melhores, ajudarem no cuidado dos que estão piores”*. Mas, segundo suas falas, a administração não permite que o internado faça nada e o pessoal da limpeza lhes pede para não deixar o doente internado se ocupar com nenhum tipo de serviço.

Avaliam que se ocupar de serviços seria até interessante dentro da perspectiva do lar abrigado. X se pergunta *“como essas pessoas que ficaram muito tempo internadas, sem nada fazer, vão se virar com uma casa?”* Coloca a situação de uma paciente que *“em momentos de lucidez”* disse que não queria ir, porque *“a companheira que ia com ela era porca e a outra era preguiçosa”*. Manifesta sua preocupação com a paciente P2, internada há longos anos, acostumada a ser cuidada e, de repente, vai ter que se cuidar. Ela acha que *“elas não têm condição de morar sem essa proteção, tendo de administrar suas vidas em todos os sentidos. Vão conviver em um condomínio, ter acesso a gás para cozinhar...”* Acha que *“até pelo tempo de internação nem sabem mais cozinhar”*. Não discordam da idéia de lar abrigado e, sim, do modo como ela está sendo conduzida, acrescida da escassez de informações institucional sobre os encaminhamentos.

Y1 acha que devia ser feita uma passagem gradativa, uma casa com espaço e quintal, no subúrbio, para o paciente ir podendo chegar a um condomínio. Comenta sobre uma paciente da IB, que *“tentou degolar o porteiro de seu prédio”* e voltou a ser internada.

Na discussão que se segue, todos concordam com a proposta do lar abrigado, mas acham que *“tem que haver uma preparação para essa saída”*.



X13, nova na IA, mas já trabalha na psiquiatria na IB há muitos anos, fala de sua preocupação com esta situação. Diz que comparando os pacientes da IB e os da IA, acha que: *“os da IB têm muito mais independência e que são mais solidários entre si”*. Que se *“alguém passa mal, eles são os primeiros a acudir”*. Acha que *“na IA eles são muito paternalizados”*. Comenta que eles, os técnicos e auxiliares também são muito acomodados; conta que logo que chegou na IA percebeu *“que não tinha cadeira de roda; fiz uma solicitação e nem demorou muito a cadeira chegou”*.

Y1 diz conhecer pessoas esquizofrênicas que vivem em casinhas construídas no quintal da família, de modo a ter uma vida independente e ao mesmo tempo estar acolhido. Que essas pessoas *“vivem bem dentro das suas limitações”*. Y1 é um dos que defendem a liberdade de espaço. Diz que *“qualquer um enlouquece se fica preso”* e atribui a maior agressividade da Enfermaria I, à restrição de espaço.

X6 fala que discorda da internação de usuário de drogas junto com os doentes mentais: *“quando o usuário sai do surto, ele fica geralmente amedrontado e extremamente solicitante porque ele não é louco”*. Acha que isso *“dificulta o nosso trabalho e não ajuda o usuário”*. Sempre ouviu dizer (e concordava) que o usuário deveria ser internado na psiquiatria e que *“agora trabalhando, na prática psiquiátrica, vejo que não é legal pro usuário, a não ser que se crie um lugar específico pra eles”*.

Já Y2, tem uma opinião diferente: diz gostar de pacientes drogaditos, se colocando com disponibilidade para trabalhar com eles. Gosta deste tipo de paciente, não tendo dificuldade de conversar com eles: *“acredito que uma boa conversa ajuda bastante o paciente”*.

Os espaços coletivos de se pensar são interessantes também pela perspectiva de que as diferenças podem aparecer, sendo acolhidas sem julgamentos. Se pensarmos pela ótica da formação, aquela idéia de cunho missionário, sem desejo, que implicitamente exige adaptação a qualquer situação e a tudo pasteuriza tem, neste espaço, possibilidades de destinos mais interessantes do que simplesmente se submeter e operar, tal qual máquinas.

Discutem a fronteira tênue entre sanidade e loucura. Y9 fala sobre o fato de que aqui encontrou *“professores internados, o que o fez dissociar “loucura de miséria” e concluir “que a qualquer momento qualquer um pode surtar”*. Isso o fez *“valorizar as coisas da vida, de um outro modo: uma lua, um céu azul, um dia cinzento”*.

Discutem as causas que levam as pessoas a enlouquecer. Aham que as pessoas enlouquecem por morte de alguém, por falta de dinheiro, por separação, por não se sentir amado, por se sentirem inferiores.

Os mais antigos contam que trabalharam na IA *“com um médico que adoeceu e que voltou como paciente”*. Novamente a conclusão de que *“qualquer um de nós pode adoecer”*.

X4 acha que *“devia haver uma testagem psicológica para avaliar se os candidatos concursados podem ou não trabalhar em psiquiatria”*. De novo o desejo de garantia...

### 5.3- MAL-ESTAR NO TRABALHO

Os auxiliares de enfermagem relatam a dificuldade de lidar com a dor, com o sofrimento e cansaço, inerentes ao próprio ofício, o que aparece em falas como as de X3 dizendo sentir falta de *“atividades terapêuticas na IA para os auxiliares de enfermagem”*; ou *“os pacientes têm diversas terapias e nós não temos nenhuma; essas atividades poderiam ser em grupo mesmo”*.

Um pouco nesta direção, está a fala de X8 que diz que: *“às vezes, acabamos nos envolvendo demais com o paciente, necessitando de um apoio psicológico”*, ou a de X7, referindo-se ao *“desespero que dá pensar que só vou poder sair às 20 horas, a angústia que às vezes dá ao escutar o paciente e se perceber com questões parecidas com as dele”*.

X7, que vem de uma prática de CTI, acredita que *“não há paciente que sofra mais do que o paciente psiquiátrico em momentos de lucidez”* porque *“sua palavra não é escutada, o que ele diz não tem crédito, é considerado coisa de maluco”*.

Acrescentam-se a esta realidade outros fatores de mal-estar, referentes ao funcionamento das equipes, à hierarquização existente entre as funções, à falta de diálogo entre profissionais e equipes. Tal realidade obstrui os canais de comunicação na IA, refletindo se nas práticas cotidianas, sob a forma de sobrecarga de tensão e aumento do próprio trabalho.

X fala da *“dificuldade de trabalhar em equipe: o médico não faz parte da equipe, não se dispõe a nos ouvir; só prescreve e, às vezes, repete a prescrição, sem mesmo olhar o paciente, ler a evolução do caso que os auxiliares fazem”*.

Há uma reclamação generalizada de *negligência dos médicos* quando são chamados em socorro a um paciente muito agitado. Dizem que, algumas vezes, “*recebemos respostas como: agora vou almoçar*” ou ainda “*daqui a pouco eu vou*” e “*só chegam depois de duas horas, quando já está tudo sob controle*”.

Y fala da falta de apoio dos residentes e supervisores diante de uma situação de urgência, o que “*tem acontecido na enfermaria II*”<sup>216</sup> *com alguma frequência*”.

Nomeiam algumas equipes médicas mais presentes, mais disponíveis, não entrando em maiores detalhes.

Y3 fala do “*papel secundário dos outros profissionais de saúde mental, frente ao médico*”. Que em um outro lugar onde trabalha, em equipe multidisciplinar “*eles estão fazendo um trabalho junto à família para dar visibilidade à importância do trabalho dos profissionais não médicos*” e conclui que “*aqui a maioria das pessoas é acomodada*”.

Comentam acerca das reuniões com o diretor onde “*está definido que nós não temos espaço para falar*”. Segundo X o diretor “*canta de galo e abaixo dele, todos cantam de pintinho*”.

X5 relata que presenciou uma “*situação de destrato do diretor com uma técnica de enfermagem que me incomodou muito; se fosse comigo, eu iria embora*”. Disse, ainda se referindo ao caso que “*a pessoa estava explicando a situação com a maior boa vontade*”. Acha que “*há separação entre direção superior e os funcionários*”.

Por outro lado, os mais antigos, que viveram outras realidades, embora façam críticas ao modo autoritário com que o diretor conduz a Instituição, reconhecem, com unanimidade, que sob sua direção, a IA sofreu grandes mudanças qualitativas, inclusive do ponto de vista da assistência, que melhorou muito.

As falas dos técnicos e auxiliares me apontam uma posição não se sentirem parte da Instituição e, conseqüentemente, não vêem a menor possibilidade de interferência nela. O *bem* ou o *mal* são sempre atribuídos àquele que está na posição de dirigir. Creio que esta posição pode ser estendida à maioria das Instituições e traz implicações na postura/relação com o trabalho. Fala também de uma posição econômica, de não se comprometer muito, e conseqüentemente não se responsabilizar pela sua parte naquele *latifúndio*.

---

<sup>216</sup> A enfermaria II, embora seja a enfermaria *de passagem pro mundo*, é chamada por alguns técnicos e auxiliares de *geriátrica*: tem pessoas que demandam cuidados clínicos, banhos no leito, etc. e às vezes também fica com lotação excedente.

Entre os técnicos e auxiliares de enfermagem há um discurso de solidariedade, mas o mal-estar às vezes *espirra*: Y relata que: “às vezes tem muito trabalho, principalmente quando faltam muitos auxiliares, porque os que vêm têm que fazer o trabalho dos que faltaram, se a falta não é coberta”.

X11 comenta sobre X14, uma auxiliar nova e que “é muito esquisita; ela não faz nada e só fica de conversa com X18”. E diz: “fico danada porque sobrecarrega os outros e os outros é que se virem. Conta que X14 “foi dar comida para um catatônico e deixou o prato ao lado dele”.

Y relata uma situação na contramão da anterior, dizendo que precisou sair mais cedo em um domingo e que acabou pedindo a X8 que o cobrisse neste plantão. Sua fala aparece no sentido de mostrar que as coisas podiam ser de outro jeito. Ele acha que entre os auxiliares, as relações fluem bem, que são “solidários, procuram cobrir a falta do outro pra não sobrecarregar ninguém”. Y coloca a sua posição dizendo “faço o que tenho que fazer e até questiono, quando necessário”.

X4 já diz que “os colegas cobram direitinho pra cobrir as faltas; não acho que haja solidariedade entre nós”.

Ao mesmo tempo em que comentam sobre a falta dos auxiliares de plantão, e a conseqüente sobrecarga dos colegas que comparecem, em outros momentos, falam da prática de cobrir plantões, como algo presente nas práticas institucionais.

Observei esses comportamentos de solidariedade, de compromisso, procurando não colocar o colega em uma situação desconfortável, arranjando alguém que cubra o plantão, em equipes que conseguiram construir um funcionamento de parceria, como é o caso da equipe de X6, X10 e Y4, a partir de falar entre si dos incômodos vivenciados no trabalho.

As divergências que surgem, a mim, me parece, decorrem diretamente do tipo de equipe em que se está inserido. Alguns, dentre eles, acham que em função da boa relação existente, sempre procuram não deixar o colega na mão, Outros já têm opinião diversa, achando que aqueles que faltam não se preocupam em avisar ou em arranjar alguém pra substituí-lo.

Na realidade, as situações institucionais nunca são simples. Somadas à dureza do trabalho, os vários tipos de inserção profissional acrescem complicadores extras às relações. Penso que situações dessa natureza acabam produzindo mal-entendidos de várias ordens e viram obstáculos a uma livre circulação de informações e trocas. Geram situações de delicadeza, que necessitam de um tempo para serem desembaraçadas,

tempo este que a urgência da contemporaneidade e o tipo de trabalho não costuma facultar...

Diante da questão, o que os técnicos e auxiliares faziam com esses incômodos, sempre alegavam que não adiantava fazer nada. Y comenta que sempre ouviu dizer que: *“a maioria vence, mas que na realidade sempre o que vê é uma minoria, controlando uma maioria”*. Aí acrescenta que: *“a chuva sempre cai de cima e molha quem está embaixo”*. Diz ser *“uma pessoa muito adaptável”*. Teve que aprender a ser assim. *“Passei fome e frio, e nunca mais quero passar por isso. Se tem que fazer, obedeço”*. Fala de outro dia em que chegou atrasado 50 minutos e o supervisor XXY2 lhe disse *“boa noite”*. Aí explicou que sua mãe havia morrido. Diz *“nunca cheguei atrasado”* e em chegando, *“me cabe poder explicar o porquê”*.

É curioso o modo como essas falas são colocadas, naturalmente, sem dramas. Penso que é uma outra ótica de leitura da realidade, e pra qual temos que estar atentos para nem *atropelar*, nem deixar passar *tudo* em *brancas nuvens*, com este *tudo* absolutamente naturalizado. Qual a medida?

Y4 diz que: *“não adianta ficar falando; pra mudar tem que bater de frente, e que se você bate de frente, você perde o emprego, o diretor te demite”*. Aponta nesta fala uma visão de impossibilidade de negociação com a chefia e o medo de perder o emprego, que geralmente lhes serve de complementação de renda. Y4 é contratado na IA e tem um outro emprego público. Não fez concurso em função da proibição de dois empregos públicos.

Em função desta proibição, X teve *“que pedir exoneração de uma outra instituição em que trabalhava”*. Y comenta que soube que existiram só 3 concursos até hoje. X conta que antes faziam prova na própria IA. Está aqui há muitos anos e fez esta prova. *“Eles até preferiam auxiliares de enfermagem que não tivessem experiência em psiquiatria para não trazer vícios de outros lugares”*.

X9 avalia que *“o número de funcionários para o número de pacientes é insuficiente. Somos muito poucos para cuidar de tantos pacientes”*. O *pastoreio gentil* apontado por Miranda (1997)? Y4 acredita que: *“isso implica em uma medida de economia, porque de certa maneira acabam cobrindo pessoas de férias ou de licença médica, e não precisando contratar pessoas para essa finalidade”*. Dizem sentirem-se desconsiderados nessa prática.

Diante do medo de serem demitidos em situações de reivindicações, foi discutida a viabilidade de uma associação dos auxiliares e técnicos. Y4 responde que *“isso*

*funciona no caso dos rodoviários ou dos metalúrgicos, mas no caso da enfermagem a coisa é diferente*". Não acredita na possibilidade de reivindicação na enfermagem da IA; acha que o próprio sistema de contratação existente entre eles acaba impedindo, embora não veja a diferença de vínculo empregatício e de cobranças influenciando nas relações de trabalho.

Comenta sobre a quantidade de plantões dos contratados. Como, geralmente, trabalham em mais de um lugar, não há possibilidade de manter ou cumprir os treze plantões previstos. Diz *"eu falto sempre"* porque na realidade *"quando não estou aqui, estou no outro trabalho"*. Às vezes, até coincide de ser folga, mas ele está tão exausto, só quer saber de dormir. Acha complicado *"o auxiliar emendar plantão"* pela exigência de trabalho da psiquiatria: *"não tem a menor condição de oferecer um trabalho de qualidade"*. Neste caso *"eu prefiro não vir, e todo mês ser descontado"*.

O temor pela perda do emprego, a insegurança produzida pela inserção profissional, aparece. Os que estão garantidos são os concursados antigos; os novos ainda estão sob regime probatório e correm riscos; os contratados pela fundação F (que posteriormente passaram a ser cooperativados) e os prestadores podem ser demitidos a qualquer momento.

X acha que nos tempos atuais é fundamental o emprego: *"não adianta eu receber R\$10.000,00 reais que logo acabam e eu não consigo outro emprego"*. Tocam na situação de Y7, prestador de serviço e foi *"demitido de uma hora para a outra"*.<sup>217</sup> Para alguns, às dificuldades inerentes ao ofício, soma-se o fantasma da demissão.

Surgiu um comentário em um dos grupos de que os contratados estavam achando que iam ser demitidos com a chegada dos concursados. A maioria das pessoas não se posicionou. Y fala (incluindo X8 nesta fala): *"não sentimos nada porque chegamos antes"*, mas quem chegou depois *"produziu uma certa ameaça"*. X3 e X2 confirmam, mas não fazem mais comentários. X1 diz que sentiu *"o clima um pouco estranho, mas só na primeira semana, e só na Enfermaria I"*. Y4 acha que *"algumas pessoas podem ter sentido assim"*, mas que pra ele *"não era assim não, até porque a quantidade de pessoas contratadas era muito grande e os concursados não tinham experiência em psiquiatria, precisando trabalhar com pessoas experientes e aí nós éramos necessários"*.

---

<sup>217</sup> Pouco tempo depois esse mesmo profissional foi recontratado e nada comentou no grupo e nem o grupo fez qualquer tipo de comentário.

Este sentimento de não influência das diversas inserções nas relações de trabalho não é compartilhado por todos. X5 diz que esta situação diferenciada é desagradável: “às vezes, quero reclamar ou reivindicar, mas não faço porque não sei as implicações ou o que isso pode trazer de consequência para os contratados. Existem supervisores que são contratados”.

X5 coloca que “essa diferença de exigência de tempo de trabalho e de salário entre contratados e concursados é constrangedora porque, na realidade, eles fazem a mesma coisa que os outros”.

As pessoas evitavam falar deste assunto, principalmente, os mais antigos. No entanto, de vez em quando ele retornava.

Não cogitam a possibilidade de reunião ou de discussão sobre estas situações, que acabam interferindo no trabalho. A qualquer sugestão dessa natureza, respondem que aqui não costuma existir reunião para isto e “quando existe é naquele estilo: ninguém fala nada”. Então “melhor nem existir mesmo”. Assumem a posição: “cumprimos as ordens. Temos um contrato assinado, e é isto que vale”; parece-me que não se sentem com direito a questionamentos e a diferença de vínculo empregatício certamente faz diferença...

O tempo todo é passada uma posição de descrença nas mudanças, embora os mais antigos, reafirmem terem vivido mudanças de vulto há pouco tempo. Por outro lado, uma disposição que eu percebia no grupo, inicialmente, *cheio de idéias*, ia também sendo diluída com o tempo, a disposição ia sendo *dominada*.

Dizem que “o funcionamento da Instituição acaba sendo muito mais estressante que o trabalho em si”. Justificam também sua acomodação pela necessidade das pessoas de trabalharem em vários lugares, para sobreviver, e isso as impede de parar para pensar e questionar sua situação. Falta tempo e sobra cansaço.

Há sempre uma queixa de não serem informados ou de estarem mal informados.

Y se refere aos pacientes da pesquisa<sup>218</sup>, dizendo que: “às vezes o paciente está bem e que não sabe porque entra pra pesquisa”. Com certeza “no início vai piorar porque fica duas semanas sem medicação alguma pra desintoxicar e não tem como dar SOS, se não tiver prescrito pelo médico da pesquisa”. Não são informados de nada

---

<sup>218</sup> São aqueles pacientes que fazem parte da pesquisa, nomeada como duplo cego, resultante de convênio entre laboratórios e Instituição, objetivando verificar os efeitos da medicação. Os pacientes só entram na pesquisa mediante concordância de sua família e só podem ser medicados pelo médico da pesquisa.

sobre o paciente e “às vezes, o paciente fica maníaco, agressivo, fica mal e não se pode fazer nada”, a não ser estar na cena e isto “é muito ruim”.

Dizem que os pacientes de pesquisa fazem uso da sua condição; quando ficam agressivos dizem: “eu sou da pesquisa, não posso tomar Haldol”. Em contrapartida, citam pacientes da pesquisa que melhoram muito.

As suas queixas dizem respeito à falta de orientação e informação sobre o paciente e, no entanto cuidam, praticamente em tempo integral deste paciente; também não têm a menor idéia acerca dos critérios estabelecidos para o paciente entrar para pesquisa. Dizem saber de “um único critério, que é a família do paciente concordar”.

A falta de informação também fala do lugar de invisibilidade e desvalorização em que esses profissionais são colocados. O sentimento de que não são ouvidos perpassa os seus discursos o tempo todo, muitas vezes sob a forma de queixas. Por não possuírem um saber acadêmico, “um saber da faculdade”, não conseguem valorizar ou fazer falar o saber que constroem nas suas práticas cotidianas, embora existam falas, como a de X12, que reafirmam “um saber sobre o paciente” em função de lidarem direta e continuamente com ele.

Na prática, parece que eles não costumam se colocar em situações de confronto com outros saberes, ainda que tenham consciência do conhecimento que constroem sobre paciente. Não sentem seu discurso ou seu trabalho valorizados pela IA, pelo paciente e pelos demais profissionais. A visibilidade continua se fazendo somente pelos erros ou equívocos cometidos.

O trabalho bem feito por ser *natural* não *merece* reconhecimento. A melhora do paciente é sempre tributada ao médico. A referência feita por X8 confirma esta realidade: “pelo supervisor/enfermeira(o), só sou vista quando erro, quando faço certo. ninguém me elogia, me incentiva. Mas quando erro, meu erro é sempre apontado e me chamam a atenção”. Referências dessa natureza foram encontradas também nos vários estudos sobre enfermeiros, abordando essa temática.<sup>219</sup>

Outra situação que produz incômodo é a percepção de que aos auxiliares fica reservado o trabalho técnico, havendo prioridade de atividades didáticas ou de supervisão para os enfermeiros. Trata-se aqui de um dos motivos atribuídos por Carrasco à crise da enfermagem com relação ao tipo de trabalho *intelectual* ou *manual*, (in Beck, 2000).

---

<sup>219</sup> Vide Menziers (1970), Palácios (1997), Silva (1998), Lisboa (1998), Dartington (1998), Lima (1998) e Beck (2000).



Na realidade, o nome fala não só de um tipo de trabalho, mas de uma distribuição de saber, de lugares hierárquicos, de sustentação e operação de várias formas de poder. Não conseguem questionar, com a instituição, essas situações que os incomodam.

No grupo, sempre faziam referências à diferença de tratamento para o grupo de supervisão de enfermeiros e o grupo de auxiliares: o enfermeiro e/ou supervisor, aconteça o que acontecer vai ao grupo de supervisão, “*não importa se só tem um auxiliar no posto*”. Quando é o grupo dos auxiliares, eles não têm boa vontade de liberar, se esquecem do dia, sempre tem que ficar um auxiliar no posto, junto com o supervisor: “*tem supervisor que tem medo de ficar sozinho no posto e não libera o auxiliar pro grupo*”. X3 diz que é porque homem impõe mais respeito, “*tem mais força na hora de conter os pacientes. Com as mulheres os pacientes ficam brincando mais*”.

Lisboa (1998) aponta alguns comportamentos como característicos da enfermagem, decorrentes de suas aprendizagens, dentre eles o aceitar e adaptar-se, não reivindicar, não se associar e/ou lutar por alguma mudança. Parece-me que, neste desenho profissional, as questões da formação se somam às questões de gênero.

A maioria dos autores citados<sup>220</sup> considera a questão de gênero, presente na formação, como produtora de paradoxos na forma de operar o trabalho, instaurando contradições. Está imbricada, na formação e na transmissão das experiências de trabalho, discursos e práticas. Tem conteúdos pertencentes tanto ao universo feminino, marcado pela aceitação, docilidade, maternalização do cuidado, quanto ao universo masculino, através de práticas baseadas no controle das emoções, na objetividade e neutralidade.<sup>221</sup>

Penso que uma outra via de leitura dessa situação de imobilidade, aceitação não confronto, vivida pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, estaria dentro da perspectiva dejouriana da estratégia coletiva de defesa que, ao mesmo tempo em que viabiliza o trabalhar, resiste a mudanças e acaba por entorpecer a crítica, produzindo submetimentos de várias ordens.

Outro ponto de mal-estar encontrado em seus relatos, decorre de situações de agressões ou problemas com pacientes. Nessas situações sentem-se desassistidos pela Instituição. Açam que como o risco de sofrer agressão está previsto no trabalho, a agressão aos auxiliares passa a ser encarada como *algo natural* como *parte do ofício*

<sup>220</sup> Dartington (1997), Lisboa (1998), Lima (1998) e Beck (2000) tratam das questões de formação e gênero, presentes nas falas e nas práticas de trabalho da enfermagem.

<sup>221</sup> Essas questões são discutidas em Lisboa (1998) e em Beck (2000), através da fala de Passos.

pelos demais profissionais de Saúde Mental . O sentimento é de que nada é feito ou pensado no sentido de diminuir sua incidência, aproximando-se de suas possíveis causas.

Y4 fala da agressão à X10, pela mãe de um paciente, sua ida à delegacia para dar queixa e, na saída, os bandidos esperando e pressionaram-na para retirar a queixa. Parece que essa mãe tinha conhecimento com pessoas do tráfico. Falaram que toda a situação, a agressão, a queixa, foi tudo muito constrangedor, que envolveu até uma comissão de sindicância. Y4 comentou que *“isso não daria em nada, que se fosse o contrário, auxiliar agredindo paciente, aí auxiliar seria demitido”*. X coloca que isso *“nunca poderia acontecer porque aí os auxiliares estariam no lugar dos pacientes e isso não era possível”*. Alguns assuntos nunca mais retornavam ao grupo; este foi um deles. Eles nunca mais tocaram no assunto, X10 nunca mais voltou ao grupo; nunca fiquei sabendo claramente, nem o *como* do episódio, nem o seu desfecho. Este é um exemplo da descontinuidade que marcava as falas do grupo, dando a sensação de que tudo ficava em aberto, se perdia e nada acontecia. Esse modelo de comunicação fragmentada era muito comum na IA, como se as coisas fossem pontuais e se esgotassem em si mesmas.

X6 fala que tem pouca experiência na psiquiatria, mas que *“ficou chocada com a falta de assistência a um colega que foi agredido por um paciente”*, referindo-se a uma outra agressão havida. *“O colega teve que procurar assistência desacompanhado e só conseguiu ser radiografado na terceira instituição hospitalar que procurou e, possivelmente, porque tinha conhecimentos ali, por, já ter trabalhado naquela instituição”*. Termina sua fala dizendo: *“ele não teve nada, mas e se tivesse tido, como ia fazer sozinho?”* Em situações de agressão sempre têm muito medo. O grande fantasma é acidente com seqüela.

Queixam-se todos de não se sentirem respaldados pela Instituição; não sabem a quem recorrer do ponto de vista jurídico e social, para questões oriundas de seus trabalhos. Vêm no grupo um lugar pra falar sobre isto e talvez descobrir estas possibilidades.

Y2 fala sobre o filme Um Grito no Silencio, metaforizando que *“é isso que vai acontecer, não vai mudar nada, todo mundo sabe o que acontece”*. Cita a situação de estupro<sup>222</sup>, *“que os colegas acusados foram sozinhos à delegacia, que foram*

---

<sup>222</sup> Esse episódio aconteceu antes do grupo começar. As informações que tenho me foram passadas pela diretora de enfermagem: houve uma queixa de duas ex-internas de que haviam sido estupradas por dois

*constrangidos pelo pessoal da delegacia*". Comentam que, em consequência deste episódio, as equipes foram reorganizadas sob forma de equipe mista para evitar queixas ou surpresas dessa natureza.

Falam da variedade de suas funções: às vezes, são levados a exercer o papel de terapeutas ocupacionais, psicólogos, médicos, assistentes sociais, o que produz um enorme desgaste, na medida em que não sabem e nem podem responder à diversidade de demandas que lhes são dirigidas.

Miranda (1996b), afirma esse defrontamento da enfermagem psiquiátrica com a polifonia e a polissemia do campo, advindas não só da pluralidade de demandas dos pacientes como do trato com uma equipe multidisciplinar. Para a autora tal realidade é responsável pelo sentimento de um saber derivante, que os leva a funcionar segundo a modalidade do saber médico da equipe, o que, por sua vez, também traz desconforto.

Falam todos que *"muitas vezes o trabalho não é com o paciente, mas com a família"*, que acaba atrapalhando. Voltou-se a falar de familiares, que *"depositavam o doente"*. Contaram de uma paciente que só conseguiu ir pra casa porque a assistente social localizou os parentes e foi levar a paciente em casa. Falam que a família cobra coisas e se coloca de uma forma muito solicitante, às vezes até incoerente. Y6 relata a situação da mãe de um paciente que tem dois filhos internados, uma senhora já idosa e brava que fala alto e sempre provoca um certo tumulto na enfermaria.

X9 comenta que *"isso é por conta da ansiedade"*. Relata, meio rindo, uma situação vivida recentemente por ela quando a netinha teve que ser internada: *"agora exatamente igual, fiz as mesmas coisas que as famílias fazem e que nós reclamamos; eu era chata, solicitante, se pudesse burlava no número de pessoas pra visita"*. Conta que *"só depois, passada a situação, me dei conta do fato"*.

A fala de X9 mudou o tom da discussão. A família começa a aparecer pelo lado do seu sofrimento. Discutiram a possibilidade de um trabalho com famílias, que poderia ser feito como estágio, por alunos do curso de especialização em família da própria IA. Comentaram que *"realmente deve ser uma barra ter um doente mental na família"*.

Para X10 a informação sobre o paciente é fundamental: *"quando tenho informações sobre a vida dos pacientes, os problemas sociais que enfrentam fora, eu até fico mais tolerante"*. Conta sobre uma paciente *"que é muito solicitante, chata mesmo e que é crente. Os irmãos da Igreja vieram visitá-la e contaram que ela não tem*

---

técnicos de enfermagem e os profissionais foram intimados a comparecer à delegacia. Também aqui não soube o desfecho da situação.

*ninguém, nem onde morar*”. Saber disso “*produziu em mim uma modificação no modo de tratar a paciente*”. Comenta ainda que eles “*percebem isso*”, que a paciente falou: “*você está com mais paciência comigo, está mais tolerante*”. X10 conta que “*esta moça era bonita, (viu fotos dela), inteligente, trabalhava. Que ela fala direitinho, mas aí ficou doente...*”

Na fala aparece não só a ultrapassagem da doença para ver a pessoa que está doente, mas aponta ainda uma realidade cruel: ela ficou doente, ela não era doente e tinha predicados interessantes, *normais*, dentro da concepção de X10 e da sociedade.

#### **5.4- RELAÇÃO COM O TRABALHO**

Embora reconheçam que o trabalho na psiquiatria é estafante, que exige dedicação em tempo integral, a maioria dos técnicos e auxiliares diz gostar do que faz. Trabalhar nesta área não foi uma escolha para muitos desses profissionais. No entanto, com o passar do tempo e a construção de uma boa relação com os colegas (esta é sempre muito valorizada), puderam sustentar o trabalho e alguns até falam de uma apropriação e, aí sim, de uma escolha *a posteriori*.

De modo geral afirmam existir solidariedade entre os colegas. As situações em que esta solidariedade não se manifesta são creditadas ao medo frente ao doente e, geralmente, atribuídas a colegas que estão chegando na psiquiatria ou a situações de faltas sem providenciamento de alguém para cobri-las, o que provoca sobrecarga de trabalho.

O tema das relações pessoais no trabalho me parece um daqueles de que não se gosta muito de falar e é sempre tratado no plano do ideal; vez por outra escapava, literalmente, algum pequeno comentário, às vezes na saída do grupo, de forma aludida, a indicar que o campo das relações interpessoais era complicado.

Algumas pessoas transitavam bem por todas as equipes, mas outras não. O mal-estar só era falado quando transbordava e, na realidade foram poucas às vezes em que isto ocorreu. A alegação para não se falar, tinha nas diferentes inserções seu álibi maior: “*não sei que consequência a minha fala pode ter*”. A própria existência dessas diferentes contratações já portava em si constrangimentos; esta era uma situação de fato sobre a qual não se podia ter nenhuma ingerência, logo não valia a pena tocar e nem transformá-la em objeto de discussão, como apontado anteriormente.

Lisboa (1998), trata essa questão da solidariedade pelo prisma do trabalho, afirmando que a enfermagem trabalha com urgências, num contexto de *apagadores de incêndio* e que, nestas condições, fica difícil haver amizade e solidariedade.

Gostariam de participar de cursos e que estes pudessem ser ministrados no horário de trabalho. Vêm esses cursos como uma possibilidade de prestar uma assistência de melhor qualidade. Dizem que para fazer cursos eles até têm “*alívio de horas de trabalho*” podendo sair mais cedo. Açam essa possibilidade “*legal*”, mas ficam “*tão cansados que não têm disposição pro curso*”.

Sentem-se tratados de forma diferenciada. Açam que a enfermagem tem mais regalias no que diz respeito à participação de eventos, palestras. Y10 diz que na sua opinião, quem realmente trata do paciente são os técnicos e os auxiliares e que eles “*deveriam ter direito de ir à sessão clínica*”.<sup>223</sup>

Diante da pergunta se eles não poderiam pleitear esse direito e se organizarem para viabilizar participações deles em eventos, X3 responde que eles “*sempre ficam presos para que os enfermeiros possam ir*”. Referência parecida é feita com relação à presença neste grupo, apontada na sessão anterior. Falas desta natureza costumam encerrar a questão.

Pensam que mais atividades para os pacientes facilitaria muito o trabalho, principalmente na enfermaria I (pacientes em crise), que ficam, na sua maioria com pátio proibido. No início do grupo, apresentaram idéias de oficinas variadas. Falavam de experiências interessantes com musicoterapia

X6 descreve uma experiência em um sábado na enfermaria I em que ela e XXY1 colocaram um autofalante virado para o pátio interno, com música popular brasileira: “*alguns pacientes cantavam, outros dançavam, outros se sentaram e ficaram ouvindo*”. Foi uma tarde “*de paz*”. O efeito foi fantástico nos doentes e nelas; saíram menos cansadas pelo trabalho. Contaram ainda que um dia, na sessão de musicoterapia, tocaram um *sambão*, muito batuque e os pacientes ficaram muito agitados, mas que a experiência “*com música calma*” deveria ser repetida.

Outra experiência citada por X6 como sendo boa para os pacientes porque os acalma é a oficina de jardinagem. Conta que eles trabalham com enxadas, com instrumentos cortantes e que nunca aconteceram problemas.

---

<sup>223</sup> A sessão clínica acontece semanalmente na IA, em dias e horários fixos, com apresentação e discussão de casos clínicos, ou de temas relativos à clínica.

Acham que seria possível criar oficinas tendo os próprios pacientes como mestres, aproveitando as habilidades de cada um. Sempre tinham pacientes habilidosos.

Em uma ocasião estava internado um paciente que fazia faculdade de Informática e aí pensaram que se tivesse um computador, talvez pudesse ser utilizado e este rapaz poderia ser o professor. X2 e X3 lembraram da história das latinhas de refrigerante recolhidas, que, a partir de uma determinada quantidade, a escola ganhava um computador. Que talvez pudessem fazer uma campanha desta natureza; pensaram também na possibilidade de convênio com a educação física, oferecendo aulas de natação a pacientes mais orientados; o mesmo poderia se feito com a faculdade de musicoterapia, fazendo oficinas com os pacientes. Houve um momento que idéias fervilharam. Depois foram arrefecendo.

Penso estas sugestões bastante interessantes, dentro da perspectiva tosquelleana de trocas com o mundo; por outro lado se é feito um trabalho, bem cuidado e acompanhado, com estagiários junto ao doente mental, talvez fosse uma forma, ainda que *manca*, de uma aproximação loucura-sociedade, uma desmistificação da loucura, via alunos em formação, vindos de várias formações...

Percebi entre os técnicos e auxiliares que chegavam, sem experiência em psiquiatria, que o contato com o doente foi lhes permitindo ver a pessoa; a doença passou a ser vista como parte e não como totalidade. Esse deslocamento de olhar só se dá através de uma aproximação mais efetiva, presencial.

No contato com a Loucura sempre há baixas. X5 comenta que X7 vai pedir exoneração. “*Não agüentou a barra*”. Faltou muito e agora decidiu sair; esta talvez seja a situação de Y9, (eles não sabiam direito qual era exatamente a situação do colega), só sabiam que “*ele tinha muitas faltas e não estava bem*”. Penso que conviver com a loucura talvez não seja possível pra todos, o que deve ser respeitado, mas pode ser uma experiência transformadora e importante para aqueles que o conseguem.

## 5.5- ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Segundo Y4 geralmente os plantões são compostos de seis pessoas, quatro auxiliares, um supervisor e um enfermeiro, mas parece que é razoavelmente freqüente a equipe estar desfalcada, por motivo de licença médica, férias ou faltas de funcionário. Não há funcionário a mais. O plantão noturno funciona com uma equipe mista menor.

Falam da diferença de trabalho entre a enfermaria I e a II. O trabalho na I envolve quadros clínicos que exigem uma postura mais cuidadosa com o paciente, não bastando orientação, tem que dar banho, cuidar.

As equipes das enfermarias I e II costumam ser fixas. Em casos de desfalque de pessoal há possibilidade de remanejamento de auxiliares entre a enfermaria I e a II. Falam da possibilidade de troca de enfermarias entre os auxiliares, desde que as pessoas assim o queiram e nenhuma equipe fique desfalcada. Parece que as trocas implicam negociações. Também há trocas por motivo de licença médica.

Por outro lado, em função de canais de comunicação obstruídos, somados à prática da enfermagem de remanejamentos periódicos de profissionais, por vezes são desfeitas equipes que estavam funcionando de forma integrada. Curiosamente tenho percebido esta prática em outras instituições fora da área da saúde...

Este mecanismo de remanejamentos na enfermagem<sup>224</sup>, citado por Menziers (1970) e Miranda (2000), traz à tona uma postura de desprendimento, de uma não escolha, tinturada pelo sentido religioso-vocacional de missão. Faz parte do ideário da enfermagem, presente nos processos de *transmissão*, não despertando questionamentos, em virtude do estatuto de naturalização que porta.

O absenteísmo, bastante elevado, é visto como fazendo parte de um trabalho desgastante, parte do ofício; é medicalizado, sob a forma de licença ou de remédio. As faltas e/ou licenças são constatadas, talvez descontadas, mas não interrogadas; também entram no circuito da naturalização, da normalidade e o trabalho é mantido.

Algumas equipes constroem uma forma de organização própria para dar conta das situações de falta, providenciando sua cobertura por algum colega. Também do ponto de vista da execução do trabalho, criam formas específicas de dar conta dos excessos do trabalho. X6 relata que em ocasiões de aperto, sua equipe criou uma espécie de linha de montagem na enfermagem: um chama o paciente, outro tira a pressão arterial e o outro anota, tudo isto em um clima bom, conversando, brincando com os pacientes. Todos eram vistos e dava tempo de fazer tudo. Essas práticas interessantes e criativas, se por um lado dão conta do trabalho, por outro tamponam realidades que deveriam vir à tona para serem discutidas e talvez transformadas...

---

<sup>224</sup> Creio que esta não é a realidade de hospitais públicos, porque as mudanças envolvem negociações sempre à base de troca para que o hospital não perca a vaga com a saída do funcionário que ali está lotado.

Durante o período de greve do serviço público, discutiam questões relativas ao modo de organização do trabalho, distribuição de plantões, faltas; discutiam ainda sobre a diminuição da taxa de insalubridade, os baixos salários e as conseqüências daí advindas. Penso que a partir de suas experiências teriam muito a contribuir em discussões dessa natureza.

Gostariam de estar participando do movimento grevista, mas reconheciam a especificidade de seu trabalho e “*a impossibilidade de entrar em greve*”. Por outro lado também não se organizam no sentido de criar uma representação que fale por eles, que veicule suas reivindicações e sugestões. Fica uma certeza: de que nada adianta, nada vai mudar: “*deus não nos ouve*” ou “*o trabalho é assim mesmo*”.

De um modo geral os técnicos e auxiliares acham que as diferentes formas de contrato empregatício: estatutários, contratados e prestação de serviços, produzem constrangimentos e interferem no estabelecimento de relações entre eles, sentindo seu emprego ameaçado. Além das formas de inserção, o tempo de serviço e o acréscimo de algumas remunerações, comuns no serviço público, acarretam diferentes salários em uma mesma inserção. No entanto o trabalho e a responsabilidade pela execução das tarefas são iguais para todos.

Dentre as várias formas de inserção, os auxiliares que trabalham na condição de prestação de serviços, PS, são os que ficam mais desprotegidos: não têm amparo institucional ou de INSS. Para estes, a possibilidade de adoecer, acidentes ou qualquer coisa que os afaste do trabalho, é vista com apreensão.

Em contrapartida ao sentimento de ameaça os não estatutários afirmam que em uma “*situação limite*” são livres para pedir demissão, enquanto os concursados têm que cumprir três anos de estágio probatório para pedir transferência da IA. Estas falas, quando acontecem, vêm sempre com muitos subterfúgios. A dificuldade de se falar sobre este assunto, está no constrangimento que a situação produz, pelas desigualdades que revela, pela evidência da fragilidade de vinculação dos contratados e dos PS, que de uma hora para a outra podem ser demitidos.

Alguns dos que são hoje contratados já foram PS, como o revela Y4: “*ser contratado ainda é melhor do que a forma como eu comecei a trabalhar na IA. Pelo menos tem férias, décimo terceiro salário, ticket refeição; eu antes, não tinha nada*”.

Os concursados discutem a limitação na escolha: os primeiros colocados do concurso têm possibilidade de escolher o local de trabalho, os demais ou vão para o



lugar indicado ou perdem a vaga. Afirmam que esta realidade produz desmotivação e má vontade no trabalho.

Qualquer possibilidade de mudanças só pode ser vislumbrada a partir do cumprimento dos três anos de estágio probatório, demandando negociações à base de trocas, pois a manutenção da vaga esta em jogo. Estas negociações são sempre difíceis, mais ainda, quando a clínica é a psiquiatria.

Falam o quanto “*é complicado trabalhar em um lugar e em um serviço que não se escolheu*”, imposto pelas regras da IC. Em se tratando da psiquiatria, que exige disponibilidade para *estar* com o doente mental, fazer coincidir desejo e possibilidade seria fundamental, interferindo diretamente na qualidade da assistência. Neste sentido, falam da necessidade de haver na IC, “*um setor de trocas*” que pudesse operar essas permutas “*ainda no estágio probatório*”.

Os baixos salários são sempre discutidos, acarretando o duplo vínculo empregatício como forma de complementação de ganho. Nesta situação, a diferença de gênero aparece novamente: à mulher ainda cabe, retornando do trabalho, o exercício pleno da função de dona de casa, como atesta a fala de X1. Ela tem outro emprego em um ambulatório. Além dos dois empregos: “*tenho que chegar em casa e dar conta do serviço de casa*”. Brinca com Y e Y10, que estavam naquele dia no grupo, e também tinham dois empregos, dizendo que “*nesse aspecto, vocês são sortudos*”.

Y4 relata que houve um tempo em que tinha três empregos. Às vezes, ficava 48 horas seguidas, trabalhando: 12 horas na IA, 12 horas no PSA e 24 horas no PSB. Disse que quando “*chegava em casa, estava exausto*” e dormia direto. “*Não acordava nem pra almoçar*”. Almoçava às 19:00 horas.

Y, que às vezes cochila no grupo, diz que também trabalha à noite: muitas vezes, às 3, 4hs da manhã, está dando banho em paciente, em outro emprego. Na agitação da Enfermaria I, não sente sono, mas é só relaxar que cai no sono.

Reclamam da carga horária da IA. Alguns reclamam da chefia que não facilita no sentido de adaptar o horário deles para que possam assumir outros vínculos empregatícios. Dizem que o salário é baixo e que não dá para sobreviver com um emprego só.

Y fala que antes era melhor, só se trabalhava uma vez por semana, o esquema era 24x120h, embora ele não fosse deste tempo na IA. X1 pondera que “*esse esquema deve comprometer a qualidade do trabalho, porque ninguém agüenta ficar em uma enfermaria psiquiátrica 24 horas*”.

Eles dizem que trabalham *assim*, porque precisam sobreviver, mas, muitas vezes, “*faltam*” ao trabalho “*por não agüentarem mais trabalhar*”.

Outra queixa, refere-se à diminuição da taxa de insalubridade: de “*40% do salário caiu para 10%*”, o que correspondia, na época, a aproximadamente R\$13,00, na média do salário, segundo eles. Apenas comentaram o valor.

Algumas situações perigosas, como fuga de pacientes, consideradas como não podendo acontecer, são vistas, pelos auxiliares, como impossíveis de serem evitadas. Acreditam que a restrição de espaços, prescrita pelos médicos a certos pacientes, acarreta um aumento de sua agressividade, atribuindo a este fator a maior agressividade na Enfermaria I, cujo pátio é proibido para a maioria dos que aí estão internados.

Acham que à restrição de pátio deveria ser prescrita para poucos pacientes e a instituição, se quisesse, poderia se organizar para funcionar assim, incluindo no pátio livre a Enfermaria I, “*reduzindo o espaço de estacionamento*”. Os pacientes mais livres, com acesso a mais espaços ficam mais calmos: “*é melhor pra eles e menos trabalhoso pra nós*”.

Os auxiliares acreditam que algumas alterações na organização do trabalho poderiam facilitá-lo e ressentem-se de não serem convocados a opinar sobre a forma de trabalhar ou sobre propostas de mudanças nas rotinas da instituição, visto que serão diretamente afetados por elas.

Vivem as propostas de mudanças como imposição. Na realidade, são assim colocadas, na medida em que, segundo eles, não há discussões sobre sua adequação, necessidade, a maneira de executá-las ou ganhos que possam daí advir. Neste circuito, se inscreve a discussão sobre o uso de garfo e faca nas refeições. Sobre este tema, há discordâncias ferrenhas. Na realidade têm medo do uso de garfo e faca pelos pacientes, associando-os à possibilidade de agressão.

Dois técnicos que trabalham também em outra instituição onde garfo e faca já foram introduzidos são completamente favoráveis ao seu uso na IA. Um deles Y1 relatou que na ocasião em que esta prática foi instituída na IB, “*eu também me posicionei contra, usando os mesmos argumentos: é perigoso, se acontecer alguma agitação fica impossível conter, etc.*” Hoje ele é completamente favorável, afirmando que “*nunca tiveram problemas na IB*”. X13, da mesma IB, concorda com este posicionamento. X também engrossa esta posição: “*acho horrível os pacientes comendo naquelas bandejas da época de D. Pedro*”. Para certificar-se do funcionamento foi até a IB e voltou encantada e mais convencida de “*que tem que haver esta mudança na IA*”.

Y, no primeiro grupo em que foi, no início de 2000, contou que havia sido feita uma “*simulação de garfo e faca no jantar de Ano Novo*”, assim descrevendo: “*juntaram-se as duas enfermarias que num total de 45 pacientes*”. O jantar foi na Enfermaria 2, no refeitório; os pratos, garfos e facas eram de plástico. Y narra: “*Deu certo, mas foi um clima tenso*”. No final, “*os pacientes queriam levar as facas de plástico para as enfermarias*”.

Discutiu-se a importância de estarem presentes, opinando sobre o modo de implementação do uso de garfo e faca, caso acontecesse, até porque seriam eles que estariam lá, operando o processo. Y comentou que havia sido proposta uma reunião com o corpo de enfermagem, visando discutir o assunto, há mais ou menos três meses, mas esta reunião não aconteceu.

Como não participam de nenhum processo de discussão, são apenas comunicados, também não se sentem envolvidos e/ou implicados com as mudanças, apresentando mesmo resistências à sua efetivação, ainda que estas possam lhes trazer benefícios.

X12 não acredita que algo mude. Conta da proposta de alteração do procedimento de medicação, onde “*cada paciente teria sua medicação no escaninho, já separada*”. Esta modalidade começou a funcionar, por sua sugestão e era extremamente facilitadora. Saiu de licença para fazer uma cirurgia e quando retornou, “*tudo tinha voltado à forma antiga, os remédios não separados por paciente*”.

Comenta que os auxiliares *concurados*, novos e antigos, não se importam com mudanças e não se dispõem a mudar. O grupo discutiu o modo de implantação da mudança, que foi vista como um movimento de X12 e YYX. Acabam personalizando as situações e, às vezes, boicotam-nas sem avaliar benefícios. Nestas situações também parece que as *diferenças* decorrentes das diferentes inserções *vazam*.

*Vazam* ainda em comentários como os de X4 acerca de uma mudança havida na organização do trabalho: “*o staff, agora, faz plantão toda manhã*”. Fala ainda que a presença dele foi “*muito bem absorvida pelos auxiliares*”, mas “*as enfermeiras ficam meio ressabiadas*”. Esta fala foi dita no singular, referindo-se ao *staff* da manhã que era homem; o *staff* da tarde, mulher, não teria produzido *ressabiamentos* nas enfermeiras? Este comentário estaria a revelar uma questão ligada a gênero?

Penso que propostas de mudanças feitas neste desenho têm pouca chance de vingar. Dentre as muitas aprendizagens desenvolvidas a resposta de reagir, automaticamente ao mundo externo é uma delas e me parece, faz parte da construção da ideologia defensiva, tratada por Dejours (1992, 1994, 2001).

Y1 diz que *“há uma série de mudanças a serem feitas; a reforma psiquiátrica na TV é um projeto bonito, mas que o que ele vê na prática da IA é paciente ser internado, ter alta, pouco tempo depois, retorna e é internado novamente”*.

A primeira mudança que ele sugere é a abertura das portas da Enfermaria I; em seguida, separar a Enfermaria I da Emergência Psiquiátrica, em função *“do tumulto que isto propicia ao Posto de Enfermagem, deixando o pessoal tonto”*. Atribui a agressividade dos pacientes ao fato de estarem trancados e ociosos. *“Podia-se colocar uma mesa de totó, de ping-pong”*. Y4 aponta a necessidade de *“uma melhor divisão de tempo e de trabalho, melhorar e ampliar o sistema de comunicação na IA”*.

Os auxiliares, em conjunto, reclamam dos pacientes do Hospital-Dia, que ficam *“zanzando o dia inteiro no hospital”* e vêm para o plantão atrás de medicação. Falam da necessidade de um médico no HD, pois o plantão se transforma num tumulto: os residentes de plantão atendem os pacientes externos, provenientes, a maior parte, da IB, cinco vagas dos pacientes do HD e alguns pacientes do ambulatório que vêm para o plantão, provocando uma agitação desnecessária à entrada da enfermaria I.

Esta opinião é compartilhada por XXY1, afirmando que: *“a desorganização do trabalho pode produzir uma baita confusão; hoje estou exausta”*, referindo-se à sobrecarga de trabalho, porque acabam tendo que medicar pacientes ambulatoriais dos residentes e pacientes do HD, depois das 15hs. *“Fica por vezes, uma situação à beira do caos”*.

XXY3 comenta, em uma outra ocasião, sobre *“o stress produzido pelo funcionamento do hospital”*, e que gostaria que na supervisão pudesse ter espaço para esta discussão. Aqui também fica apontada a dificuldade de assumir um papel mais incisivo, no sentido de poder tornar público os incômodos e o quanto esta não discussão repercute no trabalho.

Avaliam que frequentemente os residentes não medicam bem, talvez por inexperiência. Dizem não contar muito com o aparecimento dos residentes nas horas de urgência; perguntam-se se seria por medo... Ao mesmo tempo, avaliam que residente entra e sai, que *“nós como funcionários, é que temos que segurar a barra nos momentos de urgência”*.

As funções são hierarquizadas e acabam se revelando como inibidoras das trocas entre os auxiliares e os demais técnicos de saúde mental. Por outro lado, o contato cotidiano com os pacientes leva os auxiliares a conhecerem suas peculiaridades; algumas vezes, se permitem pequenas *transgressões* à organização do trabalho,

alterando rotinas, para melhor atender ao paciente. Situações desta natureza costumam ser avaliadas como descuido, trabalho mal feito. A iniciativa individual, na prática, não é incentivada, embora, em nível de discurso, o seu exercício seja desejado.

Os técnicos e auxiliares se queixavam de que as promessas não eram cumpridas. As *prometidas* reuniões com a chefia jamais aconteceram, embora se tivesse clareza sobre sua necessidade e urgência. Desejavam que nesta reunião o turno da noite pudesse ser incluído. Chegaram a propor frequência da reunião (talvez de dois em dois meses); na discussão do melhor horário, pensaram em horários comuns aos auxiliares dos dois turnos, sugerindo a reunião para 7:00 hs.: “*combinando com antecedência, as pessoas podiam se preparar: o turno noturno sairia uma hora mais tarde e o diurno entraria uma hora mais cedo*”; queriam a minha participação e perguntavam da minha possibilidade de horário. Nenhuma reunião aconteceu, a disponibilidade deles foi se perdendo e a fala dos mais antigos, de que nada mudaria, foi se confirmando...

O andamento do grupo era falado em encontros de corredores ou em comemorações da IA; as reuniões agendadas comigo acabavam sendo desmarcadas<sup>225</sup>, sempre *atropeladas* por alguma emergência institucional; quando aconteceram, (com a chefia da enfermagem, duas a três vezes) o clima de excesso de trabalho, de angústia, muitas vezes, relatado e vivenciado pelo grupo, se presentificava no relato da chefia.

Queixam-se da imobilidade da IA, mas por outro lado, nada fazem para que isto mude. No entanto, por paradoxal que possa parecer, em meio a tantas queixas, falam da boa recepção que tiveram na IA e da orientação recebida sobre o trabalho, como fatores decisivos na sua opção por ela.

A maioria dos estudos sobre enfermagem, citados ao longo deste trabalho, mostra que o sofrimento marca o corpo, se revela nas queixas de ordem física (coluna, hérnia, problemas ginecológicos), nas doenças psicossomáticas, na depressão, nas perturbações do sono, no abuso de drogas, nas licenças médicas, finalizando sua trajetória na aposentadoria especial.

Penso que não se pode creditar tudo à organização do trabalho, já que o homem se forja, para além da forja também, mas ela pode ter um papel coadjuvante considerável. Por outro lado a constituição de uma organização do trabalho

---

<sup>225</sup> Quando do término do grupo, agendamos reunião com os auxiliares e a chefia em quatro datas que foram, todas, a cada semana, desmarcadas. Pude compreender os sentimentos dos auxiliares com relação à descrença de mudanças.

compartilhada, discutida, dentro das possibilidades organizacionais seria algo passível de ser experimentado? Uma utopia, uma ousadia? Talvez uma aventura<sup>226</sup> interessante.

## 5.6- ACIDENTES DE TRABALHO

O tema acidente de trabalho na maioria das vezes motivado por agressão de pacientes, apareceu enquanto acontecimento, em uma frequência menor do que eu esperava, visto ter sido ele a causa do primeiro movimento na direção desta pesquisa.

No entanto, o medo do acidente está presentificado o tempo todo e transparece com muita clareza entre os recém chegados: X3, por exemplo, pedia no início do grupo para falarem sobre acidentes; queria informar-se sobre a frequência, os encaminhamentos e as conseqüências dos acidentes: *“e se não pudesse mais trabalhar, como ficava?”* Este também era um interesse de X14 e revelava a dimensão do medo.

Os acidentes acontecidos no presente eram comentados pelos mais novos, como o acidente acontecido com Y4, que só chegou ao grupo através da fala de X6<sup>227</sup>.

Y4, que estava presente, descreveu o acidente: disse ter sido surpreendido e apanhou de um paciente. Na hora, não sentiu nada, *“mas depois (40’) comecei a sentir uma dor nas costas”*. Queixou-se à chefia que o dispensou do serviço, indicando que fosse ao PSA. Ele não tinha transporte, nem ninguém que fosse até lá com ele. Aproveitou *“a carona de uma ambulância que estava transferindo um paciente para o PSB”*. No PSA *“havia equipamento de raio-x, mas não havia profissional que pudesse ler o exame”*. Indicaram o PSB. *“Acabei voltando para casa e passei no hospital ID onde já havia trabalhado e tenho médicos amigos que me radiografaram e viram que eu não tinha nada”*.

Por essa via do como se sentem desamparados, descuidados pela Instituição lembram o caso de X17, que apanhou da mãe do paciente e nada foi feito pela IA. Acham que isto era caso de alta administrativa. Citam X17, como *“vestindo a camisa da Instituição e, no entanto, isso não deu em nada, embora tenha ocorrido uma reunião para discutir o assunto”*. X17 *“entrou de férias e quando voltou foi para o turno da noite”*.

<sup>226</sup> Estou pensando aventura aqui na concepção basagliana de invenção/superação

<sup>227</sup> Referenciado na seção 5.3.

Acidente parece ser um assunto do qual não se quer falar. Se pensarmos pela ótica dejouriana da ideologia defensiva, esse silêncio faz sentido: não falar, engolir o medo pra conseguir trabalhar, como forma de sustentar o trabalho. Segundo a ideologia defensiva cria-se uma espécie de pacto de silêncio entre os trabalhadores, que, em não se referindo ao objeto ameaçador, é *como se* ele não existisse. Ao final do grupo também os novos, que aí já não eram tão novos, falavam pouco sobre acidentes. Também aí se presentificava o circuito da naturalização.

Num outro contexto que não no grupo, atendi a um técnico de enfermagem de outro turno Y11, que não freqüentava o grupo.<sup>228</sup> Ele havia levado uma *cadeirada* na cabeça.

Y11 relata “*dei mole*”. Esta é uma referência comum, em oposição a uma postura sempre alerta que se deve ter: “*com o doente mental não se pode descuidar*” ou “*não se pode relaxar*”. Estava no Posto e “*dei as costas ao paciente*”. Foi prontamente acudido pelo chefe da enfermagem, medicado; além da pancada teve um ferimento na cabeça. Não conseguia voltar a trabalhar e nem estava conseguindo dormir. Este acidente só apareceu no grupo porque eu introduzi o assunto e não teve seguimento, *morreu* ali.

O medo maior nesses casos é da seqüela que pode advir, principalmente se é ferimento na cabeça. Convivem ou sabem de histórias de acidentados que tiveram toda a direção de suas vidas alteradas, em função de acidente.

Em um passado recente, havia acontecido um acidente sério, que resultou em lesão cerebral e deixou seqüelas, com interferência no trabalho; o acidentado não estava mais exercendo a sua função na enfermagem; naquele momento, trabalhava junto à administração. Noutras instâncias, discutia-se a possibilidade de sua aposentadoria especial. Esse acidente ficou paradigmático e se era a cabeça a região afetada, o fantasma era superdimensionado.

Os técnicos e auxiliares mais antigos avaliam que antes aconteciam acidentes mais graves; acham que hoje, há muitos internos com problemas sociais mais do que mentais. Eles computam o acidente ao fato de terem dado mole, estarem distraídos, estarem mal posicionados, terem relaxado, não refletindo sobre a existência de outros fatores que poderiam estar a interferir/produzir acidentes.

A justificativa *dei mole* também me parece estar ligada à questão de gênero, referindo-se à coragem. Esta expressão me parece de uso corrente no gênero masculino,

---

<sup>228</sup> Nesta época, os técnicos e auxiliares que haviam sofrido acidentes de trabalho com algum tipo de repercussão psíquica, me eram encaminhados. Na realidade atendi somente a Y11.

mas eu nunca a ouvi na fala de uma mulher. *Dei mole*, me soa como alguma possibilidade de controlar o ato da agressão. Este é justificado em função de uma falha do profissional. Implica na assunção de toda a culpa e responsabilidade por ocorrências dessa natureza, apontando, subjacentemente, uma crença na possibilidade de evitar ou de ter controle sobre os acidentes, conforme foi apontado anteriormente. De novo aí a presença de mecanismos defensivos?...

Existem falas de que é comum encontrar-se, entre auxiliares mulheres que sempre são agredidas por pacientes, uma história pessoal de agressões sofridas de pai, marido, irmão ou outra figura masculina.<sup>229</sup> Para além da realidade desta fala, penso que ela traz o risco de impingir às situações de agressão, um tom naturalizador, *imposto* pelo ofício, pela história ou, quem sabe, pelo gênero! O risco é que nessa trama a organização do trabalho fique fora da cena...

Y9 fala que na psiquiatria a divisão do trabalho se faz assim: os médicos e o resto. Como “*os enfermeiros é que ficam o tempo todo com o paciente, acaba sendo natural o enfermeiro ser agredido*”. Esta fala é traduzida no relato de X4: “*outro dia entrei na enfermaria e tinha uma estagiária de psicologia, conversando com uma paciente*”. Quando X4 percebeu que a paciente ia agredir a estagiária, colocou-se entre as duas e “*fui agredida com arranhões*”. Ela diz “*esta é a minha função*”.

Não ouvi relato semelhante a este, de ninguém mais. Poderia afirmar que este ato extremo de *oferta do seu corpo á agressão* se contextualizava naquele momento específico de vida desta profissional, não tomando esse comportamento como característico desta categoria. Num outro momento e de uma outra posição, X4 afirma que: “*porque sou gorda e forte pensam que sou capaz de enfrentar um embate físico com os pacientes*”, já em uma posição contrária à posição de oferta.

Há uma fala corrente de que homem é menos agredido que mulher, que eles se esquivam melhor, impõem mais respeito, razão do desejo de ter sempre um homem no posto. Os homens avaliam que o fato de ter mais massa muscular não os torna mais capazes de se esquivar. Para eles a agressão posta em ato está relacionada ao *dar mole*.

Y4 descreve que o sujeito que o derrubou: “*era menor que eu, mas me pegou de mal-jeito, desequilibrado, desavisado*”.

Para Y12, muitos anos de psiquiatria, tem que “*aprender a entrar na enfermaria. Muitas pessoas entram sem saber e acabam apanhando*”. Esta aprendizagem se dá com

---

<sup>229</sup> Esta versão me foi contada em ocasiões diferentes, por duas pessoas, um homem e uma mulher, que ocupavam cargo de chefia e tinham larga experiência profissional.



a prática. Pensa que muitas vezes os auxiliares de enfermagem arcam com as conseqüências de atitudes de outros profissionais, no caso os psiquiatras, “*que trancam o paciente na Enfermaria I, sem necessidade e os auxiliares acabam sendo agredidos por esses pacientes*”.

Relatam sentimento de abandono quando vivenciaram experiências de acidentes de trabalho; não se sentiram acompanhados, acolhidos ou cuidados. Reconhecem que as críticas são difíceis de serem encaminhadas às chefias. Parece-me que hoje nem tentam. Têm uma posição de descrença quanto à escuta de seus discursos no sentido da adequação das providências a serem tomadas.

Há uma defasagem entre os discursos da chefia quanto às providências tomadas pela Instituição em casos de acidentes de trabalho, sentindo-se próxima ao funcionário e a percepção que estes têm, sobre o fato, vivenciando sentimento de abandono, solidão e desamparo institucional.

Citam duas situações únicas em que avaliam que foram devidamente cuidados: a ocorrida com Y11, já relatada, e com X16, que teve parte de um dos dedos da mão “*arrancada por mordida de uma paciente*”. O chefe da enfermagem presenciou o acidente; todos ficaram impressionadas com a quantidade de sangue. Como decorrência do acidente X16 ficou traumatizada com o trabalho na enfermaria, e foi transferida para uma outra modalidade de assistência dentro da própria IA. Avaliam que a IA cuidou dela com presteza, acionando todos os recursos disponíveis. Y11 também foi prontamente cuidado.

Falam ainda de como é tênue a linha demarcatória entre defesa e agressão. Com pacientes agressivos a intervenção do auxiliar de enfermagem no sentido de “*pôr limite à agressividade do paciente*”, por vezes, pode ser interpretada como agressão ou mesmo chegar a sê-lo. Falam da delicadeza do limite entre conter e agredir o paciente.

Por outro lado, acontecem situações engraçadas como a relatada por X. Conta o episódio de um paciente que agrediu Y3 e foi contido por Y4. O médico YXM1 chegou, não sabendo direito o que estava acontecendo, tentou dar uma gravata em Y4 por traz. Y4 deu-lhe uma cotovelada. YXM1 percebeu que não era um paciente que estava imobilizando o outro pelo tipo de defesa. Y3, meio tonto em função do soco que havia levado, e não conhecendo o médico, já ia partir para imobilizá-lo. Y4 disse que quase largou o paciente para se defender da tentativa de contenção feita pelo médico. Todos riram comentando “*esta é uma casa de loucos*”. Esse episódio nem foi relatado como

um caso de agressão ou acidente de trabalho, mas como fato pitoresco, que acontece em instituições.

Para além da possibilidade de equívocos, ou do pitoresco do fato, tem-se uma certa dimensão do nível de tensão que fica no ar. Pude viver a dimensão da tensão na carne. Em um desses dias, em que não houve grupo, por algum impedimento institucional, fiquei na Enfermaria I conversando com os profissionais e observando seu funcionamento. Falavam sobre a internação de um sujeito enorme, que eles nomeavam *o armário*. Havia sido levado para IB, por ter arranjado uma confusão no hotel em que estava hospedado, tendo sido posteriormente encaminhado à IA. Os enfermeiros do posto contando o episódio disseram que a medicação não estava fazendo muito efeito.

De repente vai se adentrando pelo posto *o armário*. Era realmente enorme; dizia-se engenheiro-empresário de São Paulo. Entrou no Posto sentou-se em uma cadeira no meio da sala; colocava-se de uma maneira extremamente arrogante, tratando a todos como serviçais, falando alto, dizendo que todos eram imbecis. A supervisora tentava conversar com ele e ele a mandava calar a boca, mas continuava falando alto. A porta estava trancada pelo lado de fora, porque um dos auxiliares, o que também era grande e forte, tinha sido chamado para ajudar em uma situação de fuga. Neste dia o plantão, ao lado da entrada da enfermaria I, estava especialmente agitado, razão pela qual se decidiu fechar a porta à chave, na tentativa de diminuir o tumulto.

A situação era: ninguém saía e ninguém entrava. Vivi um certo pânico, diante da possibilidade de agitação do paciente *enorme*, de mãos enormes. Estávamos eu, a supervisora e um outro auxiliar homem, os três de uma estatura que não tinha a menor possibilidade de causar algum impacto; ao contrário a diferença de estatura estava ali, completamente marcada. O paciente só saiu da sala do Posto quando o técnico que fora ajudar na situação de fuga voltou e começou a conversar com ele. Este técnico, além de ser par em termos de altura, também era muito jeitoso na conversa com os pacientes.

Na realidade, tudo se passou num tempo relativamente curto, mas o meu sentimento foi de um longo tempo nesta situação. Depois conversamos sobre coisas gerais, mas havia uma tensão no ar. Fiquei ainda um pouco mais e a fala das pessoas versava em torno do desejo de que chegasse logo a hora de ir embora.

A fala do *stress* é uma constante em todas as equipes. Falam da necessidade de uma reunião com a chefia para discutir o funcionamento da instituição.

## 5.7- SEXUALIDADE

Um discurso corrente na enfermagem é um discurso de negação da própria sexualidade, traduzido na frase de Y2: “*Enfermeiro não tem sexo, porque tem que cuidar de pacientes de ambos os sexos*”.<sup>230</sup>

Muitas produções da enfermagem relatam falas e posições semelhantes, que vão sendo inculcadas via formação, como um dos preceitos básicos, repetidos sem questionamentos. São mantidos através do silenciamento, do tabu que se constrói acerca das situações, sensações e sentimentos que possam ter algum colorido de cunho sexual. Discurso, textualmente semelhante foi encontrado por Belmonte agora na voz de uma mulher: (2000:116) “*Não sou mulher, sou uma auxiliar de enfermagem e estou aqui para tratar deles*”.

Ou ainda: “[...]aqui no hospital a gente não vê o corpo com sexualidade. Já fora desse âmbito, a gente só vê”. Esta fala marca através da negação, a presentificação da sexualidade, confirmada no seu complemento referindo se ao *outro âmbito*. Esta camuflagem da sexualidade faz com que este corpo seja visto de maneira recortada “[...]você não vê mais o corpo, o que você vê é a ferida, a sonda[...]”; se presta atenção “no que você vai fazer e não onde vai fazer” , segundo relatos colhidos por Ferreira (1995:142-126).

As referências à sexualidade nas publicações sobre enfermagem, em sua maioria, falam-na através da sua negação. Na graduação e estágios, aprendem *técnicas* sobre como lidar com a sexualidade do paciente, via de regra, invisibilizando-a: cobre-se com um pano, joga-se éter, sai da sala, nos caso de ereção peniana. A outra estratégia é o seu deslocamento para um cuidado nomeado como maternal, colocando aí os interditos do papel: manter o doente “limpo, seco, quente e confortável” como uma mãe faz com seus filhos, conforme Lisboa (1998).

Oliveira (1981), discutindo experiências com pesquisa participante, aponta que a negação funciona como mecanismo de defesa, mas quando se nega a situação vivida, acaba por se negar também a possibilidade de modificá-la. Assinala os espaços de discussão como possibilitadores de construção de práticas mais satisfatórias e, creio, potencialmente transformadoras.

---

<sup>230</sup> Parece-me que nesta fala há uma negação da sexualidade enquanto sentimento e sensação, bem como das diferenças entre gênero.

Para Menziers (1970), o ato de cuidar envolve o toque no corpo do outro, o entrar em contato com sua intimidade e mobiliza sempre algum tipo de sentimento em todos os personagens envolvidos na cena. Não há espaços instituídos que acolham as questões produzidas pelo trabalho, no que tange à sexualidade, onde se possa pensar/discutir sobre esses sentimentos e seus efeitos nos pacientes e em si próprios. Nesse sentido a expressão “*enfermeiro não tem sexo*” sustenta não só a negação da sexualidade, mas também a impossibilidade de *se perceber tocado* por estas (e outras?) questões, a impossibilidade de poder falar sobre elas...

Dartington (1998) também aponta a inexistência, na academia de um espaço de supervisão que possa ser continente dos sentimentos de estudantes de enfermagem, diante das experiências impactantes e cotidianas com o sofrimento, com a morte, com a sexualidade.

Esta falta de espaços de discussão se estende a todos os níveis profissionais no campo de enfermagem. Parece-me que o silêncio em torno das *experiências impactantes*, no que funciona como negação, sustenta e mantém situações e experiências que continuam produzindo sofrimentos, permanentemente, dificultando tanto a *fluência* do trabalho quanto a sua *fruição*.

O espaço de fala, quando aberto, destina-se a ensinamentos de técnicas prescritivas de como lidar objetivamente com os sentimentos e situações desconcertantes, passíveis de acontecerem nas práticas de trabalho. Continua, na realidade, funcionando como *tamponador*, bem dentro da lógica cartesiana.

Os técnicos e auxiliares de psiquiatria defrontam-se, cotidianamente, com a sexualidade do paciente internado, que se manifesta a céu aberto. Pelas características do trabalho e do paciente, não têm como usar as estratégias de invisibilização aprendidas na formação. Percebem ainda que não há prescrições para esse tipo de situação; deparam-se com ocorrências inusitadas, que demandam respostas imediatas e se sentem sem direção.

A instituição psiquiátrica embora não problematize este tema, espera uma *conduta adequada*. Há uma carência absoluta de discussões sobre o assunto, na formação e nas práticas, *um silêncio institucional*, que não faz registro de ocorrências, não comenta as manifestações da sexualidade dos pacientes e quando possível as reprime.

Os técnicos e auxiliares falam sobre assédio sexual de pacientes, que, em crise, ficam completamente desorientados, não fazendo distinção entre homens e mulheres. É curioso como a maioria das cenas se sexualidade sejam referidas a mulheres que

desorientadas assediam “*tanto homens quanto as próprias mulheres*”. O paciente psiquiátrico homem teria a sexualidade mais sob controle, ou a sexualidade exposta da mulher produz mais mal-estar?

Respondem ao assédio, colocando limites, por reconhecerem que tal atitude faz parte da patologia. Diante do como eles se sentem quando são assediados, falam do que fazem (e não do que sentem): colocam limites; vêem o sujeito como paciente e é esta a direção da conversa, há um interdito: “*não pode ser*”.

X6 cita uma paciente que assedia Y4; ela até fez de conta que era a mulher de Y4. A paciente parava por meia hora, mais ou menos, e começava novamente. Falou de outra que “*só assedia médicos e enfermeiros, pacientes não*”.

Belmonte (2000) positiva o reconhecimento da sexualidade nos internos, como uma via de proximidade entre os auxiliares e os pacientes e penso que também funciona como via de reconhecimento da humanidade do *doente* para além da *doença*. Segundo a autora, a maior preocupação e controle sobre as relações heterossexuais na Instituição têm sua origem na possibilidade de visibilização que a gravidez porta. Quanto às relações homossexuais, há suposições de que elas possam acontecer, não sendo objeto de cuidado/controle tanto quanto a relação heterossexual.

Na psiquiatria os técnicos e auxiliares de enfermagem são orientados para colocar limites frente a comportamentos sexuais “*mais insistentes*”; as intervenções sobre a masturbação são realizadas no sentido de sua privacidade.

X6 relata que ainda não tinha vivido nenhuma situação mais complicada com relação à sexualidade, mas que justo naquele dia, ao assumir o Posto, pegou um paciente “*seu Fulano, de calças arriadas, deitado, se masturbando com a cara mais feliz do mundo*”. Não sabia o que fazer e falou: “*seu Fulano, a essa hora, aqui?*” Seu Fulano parou e respondeu “*é, aqui não*”. Levantou as calças e foi para o banheiro. O comentário de X6 foi “*não sei se fiz certo, mas ele parou*”.

O como e o quê fazer não podem ser previstos. Parece-me que às vezes, é a própria entonação da fala, o como se fala, que dá o tom adequado da intervenção. Não há como saber antes; aqui também não cabem pacotes prévios.

Comentam que a questão da sexualidade é complicada, porque “*as pacientes vivem dizendo que estão grávidas do fulano, do ciclano*”. Todos os casos citados novamente se referem a mulheres.

Falam do risco de AIDS, visto que não há exames quando da entrada do paciente na instituição. Naquela ocasião, havia um homem e uma mulher, portadores de HIV,

internados. Afirmavam a impossibilidade de “*tomar conta o dia todo*” dos pacientes. “*eticamente, não podemos contar aos demais pacientes que fulano ou fulana é soropositivo e nem à família*”. Sentem-se mal “*com essa convivência*”. Acabam ainda responsabilizados, pela instituição e pela família, que cobra deles um certo cuidado vigilante, e “*a corda sempre arrebenta do lado mais fraco*”.

Penso que a questão da sexualidade é uma questão delicada porque envolve sempre muitas variáveis, assentadas em concepções marcadas por tons moralistas ou conservadores, tendo as histórias singulares como moduladores dos graus de dificuldades.

Penso que uma perspectiva de tratar a questão da sexualidade seja por uma ótica que não passe, necessariamente, nem por reprimir, nem por liberar o seu exercício, mas por cuidar, considerando o contexto e as condições e, se necessário, avaliando caso a caso...

Este fato também me aponta uma condução do trabalho no *fio da navalha*, e o quanto é fundamental, nestas práticas atravessadas por *contradições estruturais*, as discussões na equipe transdisciplinar para a sustentação de uma direção ética do trabalho.

## 5.8- ENFERMARIA MISTA

Nas discussões sobre sexualidade a enfermaria mista sempre aparece, como assunto principal ou como pano de fundo, porém sempre provocando polêmica entre os auxiliares.

Todos os auxiliares mais antigos falam do exacerbamento da sexualidade quando as enfermarias eram separadas em masculina e feminina. Acreditam que com a enfermaria mista, “*os pacientes ficaram mais calmos*”. As mulheres são consideradas, de modo geral, mais difíceis de tratar do que os homens; esta opinião é corroborada pelos técnicos e auxiliares mais antigos, que se referiam à enfermaria feminina com mais trabalhosa que a masculina quando estas eram separadas por gênero.

Todos concordam que a enfermaria de pacientes menos graves (II) pode ser mista, deve ser mista, mas discordam no que se refere à enfermaria de pacientes mais graves (I). Alegam que “*não há pessoal suficiente para vigiar os pacientes em crise*” ou que “*as mulheres ficam mais expostas*”, afirmando, “*que não internariam um familiar em*

*crise aqui*". Acreditam que a enfermaria mista propicia maior probabilidade de ocorrência de relações sexuais entre pacientes.

Belmonte (2000) concorda com esta afirmação, dizendo que a aproximação entre sexos, possibilita mais regularidade de relações sexuais. No entanto, não vê diferenças de comportamentos exibicionistas, nudez ou exposição do corpo ou recato acentuado entre a enfermaria mista e as demais instituições que seguem a lógica vigente da segregação sexual.

X e X6 falam que a separação por sexo, na Enfermária I, teria como função "*proteger os pacientes menos orientados*". X9 pensa que deveria haver "*três enfermarias: uma de homens, e outra de mulheres para pacientes agudos e a enfermaria II mista porque os pacientes já estão mais orientados e sabem o que estão fazendo*".

Y acha que a existência da enfermaria mista, às vezes, faz com que os familiares de um paciente de primeira internação fiquem amedrontados e retirem o familiar da internação, assinando o termo de responsabilidade. Y2 confirmou que, às vezes, isso acontece e que já houve situações em que o "*familiar (marido) me ofereceu dinheiro para vigiar, tomar conta da mulher*". Disse que não aceitou e ainda conversou com o marido, sugerindo-lhe que deveria vir mais, visitar mais a mulher, que enquanto profissional "*olharia a todos do mesmo jeito*".

X9 se refere a uma paciente que, na enfermaria I, "*muito desorientada*", se relacionou sexualmente com vários pacientes e quando melhorou se mostrou "*uma senhora muito recatada*". Fecha sua fala se perguntando: "*será que ela se lembra do que fez? Se ela se lembrar deve sofrer muito*".

Este defrontamento com a sexualidade *solta* do paciente parece produzir grande incômodo, que se expressa na opinião de X20<sup>231</sup>, às vésperas de se aposentar, insatisfeita com as atuais mudanças: "*excesso de liberdade, enfermarias mistas e pacientes transando a noite inteira*".

Comentam sobre pacientes e as suas formas de exteriorizar a sexualidade, quando em crise, às vezes, provocando constrangimentos; quando saem da crise têm uma postura completamente diferente, daí o incômodo com a Enfermária I mista. Acham que a enfermaria separada, neste momento, seria uma proteção, um cuidado com as

---

<sup>231</sup> Esta profissional só compareceu ao grupo uma vez, no primeiro encontro do grupo A.

pacientes. X diz que o paciente está ali “*para se tratar e aí, sim, poder exercer a sua sexualidade*”.

Não há por parte da Instituição escuta para referências ao mal-estar dos técnicos e auxiliares com relação à Enfermaria I mista, suas preocupações com as relações sexuais aí ocorridas. As falas são interpretadas como conservadorismo ou moralismo, considerando que esta é uma discussão superada.<sup>232</sup>

Recentemente, encontrei em Rocha (1994) a citação de um estudo de Birman e Serra que discute a atitude da enfermagem de reprimir a prática sexual. Além do fato de que a repressão faz parte da função da enfermagem desde suas origens profissionais, lêem-na como uma atitude que sustenta a auto-imagem libertária dos demais profissionais.

Nesta ótica a enfermagem, como depositária do moralismo, permite que a imagem progressista dos demais profissionais não seja *arranhada* e o discurso coerente de cidadania, dos direitos do doente mental é mantido, sem contradições. Caberia então à enfermagem, como função, realizar o trabalho de repressão da prática sexual no hospital, ou seja, o trabalho *sujo*, na concepção dejouriana.

## 5.9- SOBRE O TRABALHO NO GRUPO

Acredito que, em certa medida, técnicos e auxiliares de enfermagem viam no grupo efeitos terapêuticos, embora este nunca se tenha configurado como espaço terapêutico nem tenham surgido assuntos de cunho pessoal, que usualmente fazem parte do circuito dos processos psicoterápicos ou psicanalíticos. Como foi apontado na seção 5.3, alguns profissionais marcaram a necessidade de um trabalho, na instituição, que acolhesse demandas dessa ordem. Por outro lado, nas situações em que houve necessidade de encaminhamento para um processo pessoal, preferiam atendimentos fora da Instituição.

Diziam ser o grupo: “*o único espaço que temos para conversar e relaxar, falar de nossas mágoas*” ou “*é melhor falar dos problemas do trabalho no grupo que com os familiares, a gente fala aqui para não falar com nossos familiares*”. Penso que a existência deste espaço produzia efeitos neles e, por consequência, no próprio trabalho.

---

<sup>232</sup> Tive oportunidade de conversar sobre este assunto em um encontro de confraternização com profissionais do programa de pesquisa cuja posição está muito dentro do que descrevi.



Viam também o grupo como um espaço de troca de experiências, que permite aos mais novos aprenderem através do relato das experiências dos mais velhos. Creio que o grupo também funcionava como espaço de socialização, pela mistura de equipes da enfermaria I e II, em uma situação diferenciada da lida cotidiana; a isto acrescentava-se a presença de profissionais de outras equipes em função do sistema de cobrir plantões, o que também introduzia outras dinâmicas às equipes.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem colocaram inicialmente no grupo, uma grande expectativa de mudanças. Esperavam que acontecessem, mas não se percebiam como protagonistas destas mudanças. Elas deveriam advir das minhas reuniões com a chefia, razão porque sempre perguntavam se esta reunião tinha acontecido. Ficavam ansiosos: *“precisamos ver efeitos”*. Esperavam melhoras nas condições de trabalho, *doadas* pela chefia... Não se acreditavam capazes de produzir mudanças.

Uma queixa recorrente dizia respeito à diferença de tratamento dado ao grupo de supervisão de enfermeiros e ao grupo de auxiliares: o enfermeiro nunca falta ao grupo, enquanto que eles, muitas vezes, não são liberados pelos seus supervisores sob a alegação de motivos variados. Diante da interrogação sobre o que fazem nesta situação, a maioria diz não poder fazer nada, pois estão submetidos à chefia; alguns até justificavam a posição do supervisor: *“é assim mesmo, pois o trabalho é sempre cheio de imprevistos”*.

Havia auxiliares que viam o grupo mais útil para os concursados; *“para os contratados é perda de tempo, pois podem ser demitidos a qualquer hora”*, o que apontava o teor dos ganhos, que me parece, passavam pela imediaticidade, dizendo respeito ao trabalho naquela Instituição. O curioso é que ainda assim continuavam freqüentando o grupo. De um modo geral atribuíam, como motivo de falta das pessoas a descrença *“não vêem nada acontecer, não gostam de falar ou têm medo de vir”*.

Embora não o afirmem categoricamente, o medo diz respeito à perda do emprego. Às vezes, surgem comentários do tipo: *“na semana que vem já se tem um nome para a lista”* fala proferida por um técnico do turno da noite, num dia em que conversavam sobre o grupo. Comentários desta natureza reacendem sentimentos de ameaça com relação ao emprego; o tipo de vínculo trabalhista faz a maior diferença neste caso.

Aparece nas falas, em alguma medida, uma certa visão utilitarista, onde a validade (de qualquer coisa?) só pode ser positivada pela garantia, garantia esta que não se tem nunca e que o próprio trabalho e os discursos apontam, o tempo todo, é *“sempre cheio de imprevisto”*.

Na segunda metade de 2000, foram realizados poucos encontros grupais com número reduzido de participantes. O não acontecer do grupo era tributado tanto ao excesso de trabalho, em função de mudanças nos procedimentos quanto à entrada de pacientes novos, o que produzia transtornos no funcionamento institucional, quanto à equipe desfalcada ou almoços de supervisor em torno da hora do grupo...

Um clima de desânimo tomava conta do grupo; o clima inicial de aposta, de expectativas, que gerava uma disponibilidade para pensar, sugerir coisas foi se perdendo ao longo do tempo, engolido pela rotina.

Tudo entrou no ritmo da repetição. Queixavam-se de que nada mudava, ao mesmo tempo em que nada faziam nesta direção; desejavam as reuniões com a chefia e ficavam paralisados e ressentidos pela sua não existência. Estas situações estavam a me dizer coisas, me levavam a pensar sobre o grupo e seu funcionamento, antes e agora...

Comecei a achar que a forma de sairmos, eu e o grupo, desta captura, era encerrá-lo, como um ato. Hoje refletindo, penso que este ato portava uma aposta de que a falta do grupo produzisse nos técnicos e auxiliares algum movimento: reivindicar a reunião com a chefia, reivindicar um espaço de fala pra eles, instituírem os encontros entre os dois turnos, qualquer movimento. Até onde sei, de visível, nada aconteceu enquanto movimento dos técnicos e auxiliares.

Voltei algumas vezes a IA, encontrei alguns destes profissionais no pátio e sempre me perguntavam quando o grupo voltaria...

## 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Para quem quer e soltar invento o cais  
[...] e um saveiro pronto pra partir  
Invento em mim o sonhador[...]  
E sei a dor de me lançar [...]  
E sei a vez de me lançar...  
(Milton Nascimento e Ronaldo Bastos, Cais)*

Este estudo buscou desvelar as interferências da reforma psiquiátrica e a sua operacionalização na *práxis* dos técnicos e auxiliares de enfermagem, discutindo seus efeitos.

Ao longo das reflexões que teceram essa tese sobre o movimento da reforma psiquiátrica, trabalho, formação e *práxis* dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, procurei evidenciar e exemplificar como é vivido o cotidiano hospitalar por aqueles que se dedicam ao cuidado do paciente psiquiátrico.

O percurso realizado possibilitou a percepção das várias posições que o trabalho foi ocupando, deslocado de seu vínculo original com a sobrevivência para inserir-se no contexto sócio-econômico-político, incumbido de propiciar um lugar para o homem no mundo.

Ficou evidente que é peculiar a cada sujeito como e com que fim ele dimensiona o trabalhar, o que implica dizer que não é a forja quem forja o homem. No entanto o significativo trabalho, em sua duplicidade de acepções, dor e criação, antecede a pessoa e a marca. Essa marca tanto porta possibilidades de criação de sentidos, de subjetivação - trabalho enquanto ação - que faz laço social, quanto possibilidades de alienação, de assujeitamento.

As reflexões sobre este tema mostraram a existência, a partir de valores culturais-religiosos, de formas e modos, situações e condições embutidas/provenientes do trabalho, reveladas como realidades cruéis, que acabam naturalizadas e vão sendo mantidas sem estranhamentos.

As tecnologias, a informática, a globalização, a flexibilidade, em produzindo novas formas de trabalho, também *produzem* um *novo homem*, com funcionamento contínuo, capaz de viver/fazer muitas coisas ao mesmo tempo, marcadas pela velocidade, pela instantaneidade, onde tudo é rapidamente descartável e substituível, numa permanente pressão hiper-ativa.

Vive-se sob o domínio da urgência onde não há tempo para viver/elaborar perdas. Esse *novo homem*, objetivado, asséptico, despovoado de suas paixões, sem memória, sem história, é perfeito para operar o mundo do trabalho hoje. Não se constrange de executar o *trabalho sujo*, representado pelas substituições, demissões, enxugamento de quadros ou empresas, em nome de uma racionalidade científica que legitima as práticas. O que vale é o produto final. Sem processos, sem história, sem memória.

Por paradoxal que possa parecer, esse espaço do trabalho, com exigências de funcionamentos permanentes, operado por um *multiprofissional que anda sobre as águas*, é também espaço de produções identificatórias, constituindo-se manancial de possibilidades onde acontecem circulações de valores, de encontros, de sentidos... Ao mesmo tempo em que pode trazer como consequência, a exaustão, um trabalho apartado do sujeito, mecanizado, sem alma, pura tarefa, que se esgota no produto final, abre brechas que podem dar à luz aprendizagens de solidariedade e democracia.

Nesse grande e ambíguo cenário está desenhado o trabalho da enfermagem, assentado nos princípios nightingaleanos, racionais e científicos, que lhe garante um lugar e um saber próprios, constituído por técnicas específicas nomeadas como *arte da enfermagem*.

Abrindo um parêntesis quero reafirmar que as questões colocadas sobre a formação e as práticas da enfermagem ao longo desta tese, não desmerecem, absolutamente, o ineditismo e o valor de Florence Nightingale, que através da criação da enfermagem moderna, propiciou à mulher uma possibilidade de exercer um outro papel que não o de esposa e mãe, destinação inexorável na época vitoriana. Por essa via de cuidado legitima-se e valoriza-se socialmente o trabalho feminino no espaço público. Se contextualizado no tempo e lugar este ato de criação não foi de pouca monta, não só pela modificação que provocou na realidade de cuidado da época, como na ampliação de possibilidades delineadas para a mulher.

A enfermagem moderna nasce marcada pelo gênero – profissão concebida para mulheres – o que a colore com os *atributos*, ditos femininos: aceitação, obediência, disponibilidade para servir. É mesclada por um ideário vocacional de caráter missionário, que, misturado aos *atributos do feminino*, impõe um tom de aceitação e submissão seja quanto às mudanças de clínica, *para onde for necessário*, ou às tarefas prescritas, com orientação quanto ao modo de executá-las, sem questionamentos. Tal desenho tem no cuidar marca fundante e no processo de disciplinarização um

dispositivo operatório, produzindo uma *alquimia* que inibe iniciativas individuais, não supondo singularidades, mas padronizações de pessoas ou de práticas.

Esses ingredientes constituem a sua arquitetura, que se faz modulada pela organização científica do trabalho, sob a égide da hierarquia e da racionalização, operacionalizadas através de tarefas prescritas e listadas, da nomeação do paciente pelo leito ou patologia. Esse modo de operar a prática propicia distanciamento e neutralidade, índices de uma boa enfermagem.

Se olhadas por outra ótica tais práticas funcionam como mecanismos de defesa, ligados a distanciamento e despersonalização de ambos, paciente e técnico, o que *garante* o não envolvimento.

A idéia de vocação traz embutida uma idealização sobre o sujeito, como se ele já nascesse pronto e se reflete na montagem da formação, restrita a informações teóricas e aprendizagem de técnicas: não pressupõe mal-estar no trabalho e muito menos espaços para sua discussão.

Ainda nessa perspectiva espera-se desse profissional um trabalho cuidadoso, executado com amor e afeto, *como uma mãe cuida de seu filho*, ao mesmo tempo em que se introduz um modo de cuidar atravessado pela lógica masculina de contenção e controle das emoções e sentimentos.

No entanto, esses profissionais, nas suas práticas de trabalho, defrontam-se cotidianamente com a dor, com o sofrimento, com a morte, com a precariedade, com a fragilidade do outro (e com a sua?...). Aquele corpo doente, objetalizado, manipulável, sobre o qual têm um mandato social de intervenção, e que não se reduz a uma ferida, a um corte, a um órgão, *reage*.

A *bandeja com*, as práticas estóicas instituídas na formação, nem dão conta do imprevisível que faz parte do trabalho, nem calam o sofrimento e nem se transformam em *anestesiador*. O mal-estar se revela através de diversas formas, mas continuam inexistindo espaços de troca, onde ele possa ser falado, compartilhado e, quem sabe, elaborado.

Como saída são criados mecanismos de defesa para suportar/sustentar o trabalho. Nessa série se inscreve o endurecimento, que pode provocar práticas cruéis, ou o adoecimento como via de fala dessa dor calada, gerando, em um futuro médio, as aposentadorias especiais ou ainda o abandono da profissão.

Penso que talvez reste ainda uma alternativa que passa pelo *redirecionamento* da formação, um debruçamento não só sobre os processos de transmissão, mas sobre o que

se transmite, o ideário... A criação de espaços de discussão, reflexão e trocas, seria uma decorrência natural, permitindo que se possa viver na prática o cuidado que se quer exercido na *práxis*.

Embora a criação desses espaços não vá nunca dar conta do sofrimento, nem forneça certificados de garantia, possibilita a criação de condições internas de se perceber melhor e poder construir/reconstruir caminhos, revisando condições de trabalho, posições de acomodação, aprendendo a se cuidar para poder cuidar do outro.

Em algumas realidades de trabalho, o defrontamento com as várias formas de sofrer faz parte do ofício e há que se encontrar formas de acolher estas questões. Creio que é possível falar de sofrimento, em uma certa medida vivenciar sofrimentos, mas não se pode ser aniquilado por ele, tendo como perspectiva a frieza e a indiferença ou o adoecimento e a *deserção* profissional como destino inexorável.

Por outro lado o campo da enfermagem me mostra um desassossego, lido através da quantidade e teor de novas produções, dentre elas, dissertações e teses. Os profissionais estão interrogados pelo trabalho. Nesse contexto estão incluídos profissionais ligados à vida acadêmica, um movimento que me parece interessante, principalmente se se considerar o papel de transmissão desses profissionais e os moldes da academia hoje, que se encastela e se distancia *da vida real*.

O movimento da Reforma tem dado uma contribuição de peso à produção desse mal-estar. Propõe um deslocamento radical do olhar sobre a *Loucura e o louco*, que é reconhecido na sua existência-sofrimento, buscando uma possibilidade de resgatar a sua circulação no mundo.

Nessa proposição, ultrapassa os muros do hospital e se amplia à sociedade, razão pela qual não se restringe a um movimento na área da saúde mental. Exige um *reposicionamento* da sociedade, no sentido de possibilitar ao doente mental a circulação pelos vários ancoradouros da vida, como um direito inalienável, sem ter como destino, eterno e único, a *Nau dos Incensatos*, agora ancorada, sob confinamento, no hospital psiquiátrico.

Como referencial de análise importa contextualizar o gesto de Pinel na época e lugar, o que aponta, em uma certa medida, uma dimensão de cidadania para o doente mental, em última instância, de cuidado. No entanto, o *como* isso se realiza, através da seqüestração de sua liberdade, da sua não existência civil, do seu aprisionamento como objeto de um saber que o estigmatiza, revela a contradição que marca esse gesto. O

hospital psiquiátrico, de lugar terapêutico intencional transforma-se em um espaço de decretação de óbito civil.

Essa realidade cruel, que vem se sustentando ao longo dos anos, somada às barbáries ocorridas nas guerras do século XX *causam* o movimento de reforma psiquiátrica na Europa. Décadas depois ele se inicia no Brasil, no rastilho do processo de redemocratização do país, com promessas de novos tempos mais justos, incompatíveis com a realidade manicomial denunciada.

As proposições da Reforma impõe-nos uma interrogação permanente, introduzindo uma fissura nas garantias e nos saberes: exigem uma chamada permanente a um trabalho que se dá em processo para não se constituir num saber fechado e, novamente, aprisionador. O aprisionamento do saber nos faz, concomitantemente, prisioneiros desse saber-fazer, sem possibilidade de outras possibilidades. A dimensão política da Reforma se revela como uma política da vida, que nos convoca a todos, para além dos nossos *credos* profissionais.

Seu ideário implica atos que vêm antes de um saber sobre a prática, construídos no só-depois; implica a sistematização teórica de um saber que nasce da experiência, da ação, ao mesmo tempo em que a direciona, introduzindo, nessa *práxis*, uma dialética: a Reforma engendra mudanças e é por elas, engendrada.

Institui práticas revolucionárias que não se fazem apenas por decreto-lei, e nem são apreendidas como decálogo; potencializam a exigência de trabalho, sem economia psíquica possível. Penso que a sua condição de possibilidade está em ser tomada pela negatividade, pela não prescrição, o que sugere um trabalho permanente dos profissionais sobre o seu próprio trabalhar. Esse desenho não comporta mais um fazer que prescindia do ser do doente, onde a nosologia é quem fala por ele. Exige presenças subjetivadas e produz efeitos subjetivantes.

O movimento da Reforma caminha no contra-fluxo de uma contemporaneidade que reforça o distanciamento, a objetivação, cuja ênfase não está nos processos, mas no produto final, estético, não necessariamente ético.

Uma questão que gostaria de realçar, a partir dos estudos, é a dimensão das dificuldades e resistências que sua proposta mobiliza/enfrenta, penso que na mesma proporção, e como consequência direta, da revolução que ela provoca. Propõe tanto o resgate da voz e da liberdade de circulação do *louco*, que o modelo ocidental de saúde mental, diligentemente, tem tentado calar e tolher ao longo dos séculos, quanto uma outra forma de construir/operar o saber sobre a *Loucura*, que deve se dar na

transversalidade, supondo trocas entre os profissionais da equipe, questionando as relações de saber-poder tradicionalmente existentes.

Nesse sentido o espírito da Reforma, é extremamente subversivo, tanto pelo modo como se propõe operado, como pelas conseqüências que daí advém. Implica uma ética sob tensão, sem modelos delineados antes; propõe a assunção da impermanência como realidade, o que leva a equipe sempre, e cada dia, a rever, repensar, desinstitucionalizar/desconstruir o saber, como um movimento permanente, instituindo pequenas revoluções cotidianas dentro de cada um.

Esse movimento marca uma oposição, não só ao saber-poder psiquiátrico tradicional, como às exigências do trabalho, se tomarmos como referência o modelo com que se apresenta hoje, matizado pela indiferença, naturalização, adesão irrefletida, anestesiamento e padronização. Corremos continuamente o risco de cairmos um reducionismo objetivista, asséptico e ingênuo que nos retira da cena, sustentando situações de iniquidade.

Nesse movimento de resistência estão embutidas muitas outras questões, que passam tanto pelas marcas da institucionalização dentro de cada um de nós, as nossas *patoplastias*, quanto pela busca da acomodação e do equilíbrio homeostático, que marca a nossa humanidade...

Difícil assumir os nossos muros, mais difícil ainda derrubá-los. Difícil essa perspectiva de tratar, não mais ancorada num saber pronto/padronizável e usável a qualquer situação, condição e lugar. Não há economia psíquica possível!... A perspectiva delineada pelo movimento de Reforma aponta uma postura exigente que implica escolhas comprometidas, um trabalho pessoal permanente, para não ser arrastado pela placidez e conforto do definido antes, da garantia da automação, que apenas opera, com memória maquinal, sem história, sem marcas.

Essa realidade me aponta a necessidade de pensar no operador da Reforma para que ambos não virem reforma apenas mudança que se formata novamente e entra na *fôrma*, contrariando, penso, o seu *espírito*, que se propõe *em processo*, que não pode ser apreendido em sua totalidade, que fica sempre faltante, que não permite um delineamento de caminhos antes, nem a ancoragem em certezas.

Este é um trabalho de difícil sustentação no cotidiano, um desafio permanente. Requer daquele que se disponha a trabalhar nessa área um estado de disponibilidade, de escuta e de despojamento, ao mesmo tempo em que exige paixão, no sentido de tempero e de têmpera, que sustenta o comprometimento. Exige ainda um saber consistente que



possa se constituir *chão*, base, no sentido de um certo norteamento, de um porto que possibilite pernoites, mas que não funcione como *amarração*, impedindo viagens, escuta, trocas...

Falo de uma posição de contramão, que sinaliza caminhos e compromisso firme, no sentido de sustentar uma prática que se interroge, guiada pela ótica de processo e, creio, pela ética da psicanálise. O uso de seu instrumental para ler essas situações de trabalho e guiar posturas/intervenções, é uma perspectiva possível e bem interessante. Creio que esse saber que os contextos marcam, singularmente, no um a um, que demanda, em sua decifração, um espaço e tempo próprios, talvez seja, justamente, o fundamental para uma atitude de acolhimento. Marca uma diferença na atuação, intervenção e conseqüências, com relação a posições que, num primeiro e rápido momento, observam, descrevem, comparam, classificam, enquadram e silenciam, operando com maestria o saber das práticas científicas anatomopatológicas padronizadas.

Esse saber do um a um introduz um tempo de pensar, quebra a automação e, nesse tempo talvez se possa encontrar soluções criativas, outras, próprias à ocasião e não empacotadas em um saber já pronto, que tem como função legítima constituir um chão, mas não necessariamente de, no conforto e automatismo do já sabido e padronizado, guiar o caminho. Esta é uma escolha nossa, de cada um...

Nessa ótica o exame do processo de desinstitucionalização, diferente de desospitalização, impõe muitas questões: é possível transformar o hospital psiquiátrico de espaço de deposição do doente mental em uma escola de liberdade? É possível transformá-lo em um lugar terapêutico, se não se promove, paralelamente, um acolhimento da sociedade à *Loucura*, permitindo o seu livre trânsito? De que forma promover tal acolhimento? Como promover mudanças na equipe profissional de modo a sustentar essas transformações no funcionamento do hospital, no modo de operar os saberes e as práticas, na quebra de hierarquias?

O caminho se faz ao caminhar, demandando cuidado e atenção, para não repetir, na sua ânsia de mudar, práticas apenas maquiadas, que continuam passando ao largo das necessidades individuais do sujeito, que continuam padronizando necessidades e cuidados, que continuam sustentando o lugar de discriminação do sujeito portador de doença mental ainda que sob um *novo discurso*.

Reitero ser da maior importância sublinhar estas questões, principalmente, àqueles que desejam trabalhar no campo da saúde mental, *stricto sensu*. Penso que o trabalho

maior está na sustentação cotidiana das práticas propostas pelo movimento da Reforma nos corações e mentes de cada um dos operadores...

Em função dos limites desta tese, não cabem aqui discussões aprofundadas sobre os impasses que esse movimento produz em sua implementação, sobre as distorções que possam estar aí presentes ou as questões que coloca para o modelo hospitalocêntrico e para os diversos profissionais que aí exercem a sua práxis, embora as considere fundamentais. No entanto, reafirmo a necessidade de se estar sempre podendo repensar os movimentos que engendram as práticas de saúde que, em se refletindo no social, como efeito, afetam os nossos movimentos e as nossas práticas.

O desenho proposto pelo movimento da Reforma introduz mais *complicadores* nas práticas de trabalho da enfermagem psiquiátrica, que já vêm marcadas, estruturalmente, por uma formação que estabelece um trabalho formatado, prescrito. Ele exige a saída da *fôrma*, impõe uma escuta mais sensível, que carece de *reaprendizagens*. Implica na consideração de que *conversa é trabalho*, ainda que não envolva o uso das técnicas tão caras a essa categoria profissional, como sinal distintivo, marca que garante a separação e o distanciamento dos *tempos negros* de sua história. Implica em sustentar um trabalho que estigmatiza através da adjetivação de preguiçoso ou de *maluco*.

As minhas incursões pelo campo teórico, que me conduziram a um diálogo com as dimensões das reformas italiana, francesa e brasileira, apontaram/confirmaram a sustentação do estado de invisibilidade e de silenciamento em que os técnicos e auxiliares de enfermagem são postos diante da sociedade, dos demais profissionais que trabalham no campo da saúde mental e da própria classe.

Da investigação anunciada na Introdução e considerando a descrição do funcionamento da IA até o início da década de 90, o que constato é que o movimento de Reforma trouxe mudanças no seu funcionamento, visibilizadas na criação de dispositivos e práticas nomeadas como mais *humanizadas*. Essa percepção é confirmada pelos mais antigos, que viveram os dois tempos da Instituição; entre eles há uma quase unanimidade no sentido de positivar as mudanças aí ocorridas nomeando-as como uma *psiquiatria mais humana*.

Há maior liberdade de circulação dentro da Instituição, embora o relato dos técnicos e auxiliares, no que diz respeito ao confinamento da enfermaria I, me pareça algo a ser escutado e considerado. Penso que esses profissionais, quando afirmam que o livre acesso ao pátio não poderia ser estendido a todos os internos da enfermaria I, mas que alguns poderiam ter essa permissão, estão no rigor das propostas da Reforma,

exercendo a possibilidade do olhar no um a um, sem a padronização: enfermaria I, crise, automaticamente confinamento generalizado.

Dentre as grandes transformações que o movimento de Reforma propõe, uma delas diz respeito à mudança de olhar sobre a doença mental, colocando os profissionais cara a cara com o sofrimento deste sujeito que se encontra doente, sem muitas intermediações, possibilitando o confronto com sua humanidade.

Este confronto com a *Loucura* na sua dimensão mais radical nos põe em contato com nossos medos ancestrais, com as nossas *loucuras*, ao mesmo tempo com a percepção de que a *Loucura* não é tão estranha assim. Por isso, dá angústia escutar o paciente, e *se perceber com questões parecidas com as dele...* Talvez por esta *familiaridade* a *Loucura* teve que ser tão resguardada através de um enclausuramento, que a alijou do nosso olhar e do nosso convívio, que calou a sua voz. A Reforma torna-a mais próxima e essa proximidade implica em desmontagens internas e em angústias.

A nova perspectiva de *cuidar* e *ver* a doença mental, de modo não normatizado, sem a recorrência corriqueira à camisa de força química ou mecânica, ao ECT permite que a *Loucura* fale e essa fala demanda escuta. O acolhimento não prescritivo proposto, além de contrariar preceitos da formação da enfermagem, rompe com a lógica de controle que subjaz ao ideário da Ciência Moderna: conhecer para prever e controlar, sob cujo manto os conhecimentos e as práticas se constituíram.

A falta de *fôrma* implicada nessas proposições constatou-se nas minhas aproximações do campo, como um dificultador nas práticas de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica.<sup>233</sup> Ela os coloca de frente com a novidade de operar dentro de um saber não cristalizado, em construção permanente, não generalizável, a qualquer tempo e lugar, exigindo mudanças subjetivas, não só no sentido de aposta nas propostas, mas, fundamentalmente, mudanças na postura frente à clientela.

Gera, como conseqüência, mudanças nas práticas de trabalho, que se fazem de forma não mecanizada, com novos sentidos, embora impliquem mais sofrimento. Tal posição pode ser percebida nos relatos que falam sobre o trabalho na psiquiatria ou sobre o mal-estar no trabalho. O prognóstico, quase sempre severo, que costuma acompanhar a doença mental, o funcionamento hierarquizado do hospital, as relações de

---

<sup>233</sup> Penso poder estender essa dificuldade, com intensidades diferentes, a todas as categorias profissionais que trabalham no campo da saúde mental.

poder aí existentes, a situação de invisibilidade na qual são colocados, reforçam o mal-estar, interferindo no trabalho.

Não percebia, em seus discursos, o trabalho vivido como um fardo, mas o seu peso aparecia nas referências ao cansaço, à demora da hora de ir embora, à necessidade de se *distrair* do trabalho, a dificuldade para relaxar quando acabava o dia. Parecia-me ainda que, para a maioria, o peso maior era tributado ao funcionamento institucional, mais precisamente à organização do trabalho.

Ainda assim esses profissionais conseguiam sustentar um certo sentimento de aposta, refletido na satisfação diante de encontros, na vida, com ex-internos, nos casos contados sobre melhoras de pacientes, em uma certa leveza que sempre marcou os grupos, mesmo quando falavam de situações *pesadas*. O grupo parecia ter uma função de retroalimentação para eles. Características destes grupos ou produções decorrentes do fato de estar em grupo?...

Penso que foi justamente esse *clima*, que permitiu a manifestação do mal-estar com relação a diferenciações existentes entre o trabalho da enfermagem e o dos técnicos e auxiliares, do ponto de vista da valorização, reconhecimento ou visibilidade do trabalho e ou profissional. Seus relatos denunciavam a presença significativa da hierarquização das relações, que aparecia em quase todas as situações de trabalho, marcadas pela falta de interlocução, tanto no que se referia a procedimentos clínicos, quanto na participação em eventos, incluindo aí a participação neste grupo. Tudo dependia do aval do enfermeiro supervisor e parecia-me que as dificuldades acabavam se constituindo em justificativas da imobilidade.

As relações eram hierarquizadas e uma queixa comum e recorrente dos técnicos e auxiliares de enfermagem dizia respeito ao não reconhecimento do seu saber, atribuída ao fato de não possuírem formação universitária. Esse fato fazia com que também não valorizassem o saber singular que construíam nas suas práticas cotidianas, que se perdia pela falta de registros e de escuta.

Ao mesmo tempo, me pergunto como construir e valorizar um saber próprio num campo polifônico, habitado tradicionalmente pelo saber da psiquiatria? Na realidade, esse campo, marcado por este saber, já tem definidas, claramente, as posições e as relações de poder, os lugares e as possibilidades de diálogo. E, parece-me, o técnico ou auxiliar de enfermagem não está nesta parceria: ou fica numa posição de exclusão na equipe, ou fica excluído dela. Via de regra, não participam das discussões ocorridas na

Instituição, revelando esta situação quando se referem ao fato de não participarem das sessões clínicas ou qualquer evento dessa natureza.

A proposta da Reforma, além de exigir mudanças no modo de construção do conhecimento, coloca também em xeque a hierarquização de saberes, de funções, o que em última instância se reflete na operacionalização das práticas de trabalho. Demanda mudanças radicais na postura e saber de todos os atores deste campo profissional.

Nessa realidade hospitalar em questão, continua não havendo trocas de conhecimentos entre os diversos profissionais, segundo o relato dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Mantém-se um funcionamento na contramão do movimento de Reforma: o conhecimento na transversalidade não acontece. Situações em que o médico discutiu alguma coisa ou se dispôs a ouvir a opinião do técnico ou auxiliar de enfermagem são consideradas raras, denotando que esta não é uma prática comum. Mantém-se o modelo de relação saber-poder, tradicionais a esse espaço. Com o próprio supervisor as trocas de conhecimentos não costumam acontecer como sistemática: novamente aqui as situações acontecidas se deviam muito mais à disponibilidade sensível dos profissionais. Parecia-me que as trocas ocorriam entre os próprios técnicos e auxiliares, principalmente na relação entre mais antigos e mais novos.

Essas práticas denunciam a invisibilidade desta categoria profissional e a fixidez dos lugares e funções na Instituição. A invisibilidade só é quebrada quando o técnico comete erro e, neste caso, não só é visto como é também repreendido.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem apontam, ainda nas suas falas, uma série de mal-estares não escutados pela Instituição: com respeito à enfermaria I mista, acreditando que os pacientes em crise, como forma de cuidado, deveriam ser alocados em enfermarias separadas por sexo. Esta não me parecia, em uma primeira visada, uma fala moralista na medida em que concordavam e aprovavam a enfermaria II mista. Parece-me que a Instituição não tem nenhuma disponibilidade de escuta para esta fala.

Outro foco de mal-estar se referia ao trato da sexualidade do doente mental, que se constitui como questão complexa, em cujo trato não cabem bulas ou procedimentos prescritivos. Situações desse teor é que me levam a argumentar sobre a necessidade da criação de espaços de fala para esta categoria profissional, apontada em diversos momentos dessa tese, não como propiciadores de soluções mágicas, mas permitindo reflexões, falas e escutas, trocas, que podem apontar outras direções, outras intervenções, mais satisfatórias e eficientes, na perspectiva de um bom cuidado e de uma boa condição de trabalho.

Relatam, com freqüência, um sentimento de desassistência, vivenciado nos casos de acidentes de trabalho ou incidentes no trabalho. Não se sentem respaldados. Acreditam que a agressão ao técnico ou auxiliar de enfermagem é naturalizada como fazendo parte do ofício, daí não causar muita surpresa e nem grandes movimentos da e na Instituição.

Os acidentes relatados aconteceram com profissionais homens e são geralmente atribuídos a descuido. Suponho sob esta conduta o mecanismo de negação/controle do perigo; se eu *dei mole*, está sob minha responsabilidade não dar mais mole e assim o acidente não acontece. As técnicas e auxiliares mulheres não se referiam a acidentes vividos por elas: comentavam acidentes alheios e se indignavam quando avaliavam ter havido descuido da Instituição. O medo aparecia na fala de algumas profissionais recém chegadas à psiquiatria.

Outra questão, que eu nomearia como ética, diz respeito às condições de possibilidade de trabalho dessa categoria: uma boa parte trabalhava, inicialmente, por imposição do concurso, não por escolha, o que não quer dizer que, em um segundo momento, ali permaneçam, agora por escolha, como efetivamente aconteceu. Esta é uma situação delicada em qualquer trabalho e me parece mais ainda, quando se trata de psiquiatria, em uma Instituição atravessada pelas proposições da Reforma, com práticas que exigem presenças subjetivadas, uma escuta sensível, sem instrumentalização para lidar com a dor do outro e com sua própria dor.

Pergunto-me como é possível trabalhar num contexto que tem, como carro-chefe, proposições de resgate da cidadania do doente mental, se esse trabalhador fica colocado na circunstância de não-cidadão: escravizado pelas próprias condições de trabalho, do ponto de vista da escolha e do salário, com pelo menos duplo vínculo empregatício, como condição de sobrevivência, às vezes emendando um plantão no outro; invisibilizado nas suas práticas e descuidado pela Instituição. Para alguns, a esta realidade se acrescenta o medo permanente de acidentes ou demissão, o que os colocaria fora do jogo e sem respaldo financeiro de qualquer natureza.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem discutiam no grupo sua preocupação com o cotidiano dos internos, com o vazio de ocupação que eles vivem. Conjeturavam possibilidades de convênios com várias graduações como musicoterapia, educação física, que, através de alunos estagiários, poderiam propiciar atividades aos internos, no sentido de manutenção do vínculo com o *lá fora*. Discutiam também a viabilidade do paciente executar pequenas tarefas do dia a dia, como ajudar a forrar a cama, a guardar

as roupas, ajudar na cozinha, segundo manifestação de sua vontade, visando vinculação com as pequenas tarefas do cotidiano, como *preparação* do retorno à vida *lá fora*.

Ao mesmo tempo em que discorriam sobre a realização dessas pequenas tarefas, afirmavam a sua impossibilidade porque a leitura desta situação é que se estaria usando o trabalho realizado pelo doente mental, dentro de uma ótica de exploração do mesmo. Esta é uma posição delicada pelos seus limites tênues entre propiciar ao paciente um espaço de ligação com o trabalho/vida e a exploração de seu trabalho. Mas poder ouvir os técnicos e auxiliares a esse respeito, discutir as sugestões e suas conseqüências, se dispor a encontrar uma medida razoável e reavaliável a cada situação creio não só ser possível, como desejável dentro da proposta do funcionamento em equipe trazida pelo movimento de Reforma.

Estaria se assumindo, na prática, com essa surdez e esta exclusão, que os técnicos e auxiliares de enfermagem não fazem parte da equipe? Estaria também a guiar esta postura uma posição de desqualificação do sujeito portador de sofrimento psíquico: trabalho de louco, coisa de louco, voz de louco, que não tem *sua palavra escutada e nem sua ação creditada*, tal como apontada anteriormente na fala da técnica de enfermagem? E como fica a proposição do lar abrigado, ou do retorno à vida social, se esses pequenos atos de trabalho do cotidiano, que reatam ligações com a *vida lá fora*, são impedidos por regras institucionais que nem sequer são interrogadas?

Por outro lado, surpreendia-me a *facilidade* com que os técnicos e auxiliares de enfermagem abriam mão de suas posições ou daquilo que desejavam. Eles se ressentiam, mas não defendiam seus direitos, assumindo uma postura matizada por um tom fatalista, que penso, advém da descrença em mudanças, da invisibilidade da qual são alvos, do sentimento de desvalorização que vivenciam.

Nessa época, nem tentavam colocar seu posicionamento e/ou desagradados para a Instituição: as vias de comunicação eram tão truncadas, as urgências tão cotidianas que o mal-estar de situações específicas acabava se perdendo da fala. No entanto, como não existe mágica, esse mal-estar não falado, fica passível de vazar a qualquer momento, de modo inadequado, no cuidado do outro ou de si próprio.

A posição de silêncio em torno de assuntos que mobilizam me interrogava. Parecia-me que os processos sempre paravam pelo meio, como se nada tivesse muita continuidade em termos de encaminhamentos, não se sabendo o que aconteceu ao final, o que gerava um sentimento de que nada acontecia. A expectativa era de que o tempo diluísse os incômodos. Avalio hoje que o espaço de tempo de encontro de cada grupo,

de vinte e um dias, reforçava a descontinuidade e fragmentação das informações e dos possíveis encaminhamentos.

Nunca soube se o silêncio se devia ao fato de encaminhamentos satisfatórios (a desinformada ali era eu, que não estava no dia a dia da instituição) ou se as informações e encaminhamentos, entrando nos circuitos e funcionamentos institucionais, se perdiam, bem ao gosto dos episódios e fragmentos nos quais é tecida a contemporaneidade.

Os técnicos e auxiliares têm uma percepção de que sem eles o hospital pára. A mim me parece que esta percepção passa mais pelo trabalho-execução de tarefa do que pela noção de seu papel/presença junto ao internado. No grupo embora reconhecessem e discutissem a posição de acomodação em que se colocam frente às diversas ocorrências no trabalho, não agiam. Os incômodos eram reafirmados frequentemente, ainda que as resoluções fossem sempre atribuídas a outrem. Reconheciam a pouca autonomia que tinham, o que os levava a se colocar no lugar de *cumpridores de ordens* dos demais profissionais. Tenho dúvidas se queriam sair desse lugar. Pelo menos essa forma de funcionar era previsível...

As aprendizagens decorrentes da formação e algumas rotinas instituídas na forma de operar o trabalho reforçam tanto a falta de iniciativa, quanto uma postura mais acomodada e menos autônoma. Penso que essa posição serve a um compromisso econômico do ponto de vista psíquico. A obediência à hierarquia, apontada pelos vários autores está presente no cenário e acaba justificando a não tomada de decisões. Atribuem a responsabilidade pelas providências à chefia bem como a culpa quando algo dá errado, isentando-se de responsabilidade nas situações. Também culpam a direção pelo funcionamento institucional. Confirmam a posição transmitida na formação: um fosso entre o trabalho de planejamento, que envolve o pensar e o trabalho de execução, que implica em obedecer a prescrição.

Por outro lado, se atentarmos para a realidade de trabalho desta categoria profissional, podemos imaginar a dificuldade de assumir a imprevisão como parte integrante do ofício, daí as falas reafirmando, por exemplo, *a eficácia do remédio*, e a expectativa de que seu uso controle a crise; as técnicas de como *se colocar* para evitar agressão, como se defender, como *entrar* na enfermaria para não ser agredido. É como se esses saberes eficazes produzissem uma certa garantia e controle da imprevisibilidade, o que, em última instância, funcionava como mecanismo de defesa, a sustentar o trabalho, na maioria das vezes, sem estranhamentos... Efeitos da



naturalização? Decorrencia de excessivo sofrimento? Que destinos dar a questões dessa natureza?

O novo desenho de trabalho proposto, com maior exigência do ponto de vista de presença/contato subjetivado, traz repercussões na vida, arrancando o *tamponador* que a formação e o próprio cotidiano foi construindo. Não há uma contrapartida em termos de uma instrumentalização teórico-pessoal que lhes possibilite cuidar com cuidado, do paciente e de si próprios. Penso esta, uma reflexão fundamental, que conduz a pensar com seriedade: qual é, verdadeiramente, o lugar do técnico e do auxiliar de enfermagem psiquiátrica no contexto da Reforma.?

*Estar* no campo, sem *ser* do campo, e hoje, um certo distanciamento no tempo, me permitem afirmar a necessidade de cuidar, (não só na acepção de cogitar, pensar, mas de ter cuidado) dos técnicos e auxiliares. Penso que as falas do campo apontam a necessidade de um espaço para falar, constituindo-se em argumento forte nessa direção do cuidado.

A experiência com os grupos da enfermagem, as leituras realizadas para este estudo levam-me a considerar que o movimento de Reforma tem, nos técnicos e auxiliares de enfermagem, grandes aliados ou grandes obstaculizadores. Se não formos capazes de pensar/cuidar daquele que está na comissão de frente, o operador do processo, a mais justa, a mais adequada elaboração teórica, se é que existe, está fadada ao fracasso.

É desta perspectiva que circunscrevo minha proposta de construção de espaços de encontro, que eu chamo *grupo de escuta sobre o trabalho*, onde não está contida a idéia de fazer psicoterapia em grupo e sim, de criar um dispositivo que se constitua continente para os sentimentos, inquietações, dúvidas, trocas, discussões advindas dos atos de trabalho.

Penso que a criação de espaços de encontros, sistematizados e não burocráticos, permite exercícios de fala e a possibilidade de começar a exercê-la em outros espaços. Produz ainda outras circulações, criando canais de escoamento daquilo que causa mal-estar, que uma vez compartilhado pode tomar outros destinos que não o enrigecimento, a frieza, a indiferença ou a deserção do trabalho. O espaço de fala como um lugar possibilitador de criação de práticas transformadoras, institui-se como abertura que possibilita *rearranjos* permanentes.

O espaço do grupo também se configurava como espaço de parada do trabalho, permitindo o resgate da *memória do trabalho* que se perdia no cotidiano. Às vezes as

falas tinham esta função e contavam histórias vividas, boas experiências; às vezes se transformavam em um mar de queixas, o que me produzia incômodo e receio de que esta catarse, no espaço do grupo, embora produtora de alívio, podia também paralisar a própria *falação*.

Esse é um risco: o grupo de certo modo ser apropriado no sentido adaptativo, de *fôrma*, entrando no circuito das repetições. No entanto não creio que a existência de riscos deva impedir propostas e, nesse sentido, sustento esta proposta do grupo de escuta sobre o trabalho, que decorre diretamente da minha experiência com esses grupos de técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica na IA.

Esta experiência me possibilitou compartilhar de um momento precioso, extremamente rico de idéias, sugestões e desejos que, se operacionalizados, produziriam um diferencial no estar do internado na Instituição. Penso que a disposição inicial dos técnicos e auxiliares continha a aposta feita por eles nesse grupo e o arejamento trazido pelos novos profissionais, vindos através do concurso, novos na Instituição e na psiquiatria. Se por um lado eles se apresentavam temerosos e inexperientes, por outro, eram cheios de idéias e sugestões. Os mais antigos foram envolvidos por este clima.

Essas falas desejosas, muito presentes no início do grupo, com o passar do tempo, foram se calando, o grupo foi aos poucos perdendo sua energia. A dificuldade de reuniões com as chefias, a falta de tempo de todo mundo, as muitas instâncias pelas quais as questões institucionais têm que passar arrefeceram os desejos, as idéias, e pior, reafirmaram a crença de que nada muda e nada adianta fazer.

No entanto o próprio movimento inicial assinala apostas e aponta efeitos terapêuticos, na posição assumida pelos profissionais, quando do início do grupo, nas modificações ocorridas em algumas equipes<sup>234</sup>, nas indicações para encaminhamentos psicoterapêuticos, na assunção, por alguns, de que realmente este não era um espaço de trabalho possível para eles... Essa proposta encerra uma forma de cuidado para que esse cuidador possa cuidar, viabilizando a operacionalização dos pressupostos da Reforma e a manutenção do seu espírito.

Do ponto de vista da formação, contextualizada na temporalidade da urgência, o modelo acadêmico, moderno e econômico, coloca jovens profissionais competentes do ponto de vista técnico-instrumental, mas sem um preparo ou uma preocupação de

---

<sup>234</sup> Refiro-me à equipe de supervisor (enfermeiro) e técnicos e auxiliares de enfermagem.

considerar a história, os contextos, os processos e seus reflexos no mundo do trabalho. Ou seja, em última análise, de considerar os efeitos da subjetividade nesse espaço.

A continuidade do movimento da Reforma, sua sustentação está nas mãos desses profissionais que formamos, daí ser imperativo um olhar cuidadoso sobre as formações, tanto no que diz respeito ao modo de transmissão do saber, importante na própria ressignificação do seu fazer, quanto no sentido de vivenciar o cuidado, criando espaços de reflexão sistemática acerca das práticas e dos sentimentos suscitados, como espaço de vivência e aprendizagens de cuidar e ser cuidado.

Avaliando os movimentos institucionais na ocasião da experiência relatada nesta tese, suas possibilidades teórico-técnicas, o compromisso e a disposição dos profissionais nos vários cargos, fica difícil entender os obstáculos, os enguiços no fluir das propostas geradas no grupo, o que foi se constituindo, num segundo tempo, reforçador do movimento de extinção do grupo.

Hoje fico a pensar esse movimento de desejar, ao mesmo tempo, dificultar, de querer e não querer, como parte dos mecanismos de resistência da Instituição, em seu incansável trabalho de não permitir nada de novo, de sustentar a infundável repetição das rotinas, que vai engolindo os sujeitos, seus desejos, seus planos, deixando cada um sozinho, prisioneiro da sua imobilidade. Esse movimento de resistência institucional se assemelha ao trabalho da pulsão de morte, no seu sentido subterrâneo, silencioso e contínuo, que resiste ao novo, fazendo com que o instituído retorne sempre, na menor brecha.

Estou aqui me referindo à Instituição não só como espaço arquitetônico, mas como um coletivo de profissionais que a compõe e constrói, que lhe dá as feições com que se visibiliza. Isso aponta de novo e sempre para a necessidade no caso da saúde (e penso que em todos os casos) de ter a formação, o trabalho na perspectiva de um *reexame* permanente, reconstrução de rotas e às vezes recomeços. Implica, me parece, fundamentalmente, na manutenção, sustentação da vida, tomando como modelo a representação da pulsão de vida e da pulsão de morte, entrelaçadas, amalgamadas, num perpétuo trabalho, criando e vencendo resistências e nesse movimento criando outras possibilidades... Esse é o trabalho e é isso que nos movimenta.

Chego ao final desta tese com a convicção de que tenho muito mais questões do que respostas. Ao mesmo tempo espero que algumas constatações, acrescidas das minhas interrogações, provoquem outras interrogações, que permitam reconhecer a necessidade de se operar mudanças nesse campo de trabalho, de se olhar com olhar mais

amoroso para este profissional, operador do movimento de Reforma, de *cuidar*, nas suas duas acepções, das formações profissionais envolvidas nesse campo.

O capitaneamento desta *nau* não se constitui fator de pouca monta. Mantê-lo como processo permanente, sem direção definida *a priori*, embora com uma direção que vai sendo construída ao *navegar* (não cristalizada), talvez, seja este o desafio de hoje, nossas micro-revoluções cotidianas, cuidando para não cair na sedução do canto de sereia da contemporaneidade, que nos quer adaptáveis, maleáveis, descartáveis e, para usar um termo que a caracteriza sobremaneira, sujeitos *da* e *à* flexibilidade.

## REFERÊNCIAS

- ALBORNOZ, S. *O que é trabalho*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- ALVES, R. *Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras*. 8.ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSNAJDER, F. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1999.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2.ed. ver. ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000a.
- \_\_\_\_\_. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000b.
- \_\_\_\_\_. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 2.ed. 2ª.reimp. p.73-84. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p.73-84.
- \_\_\_\_\_. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 2 ed. 2ª reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p.113-148.
- ARAUJO, Tânia M.; AQUINO Estela; MENEZES, Greice, et al. *Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem*. **Rev. Saúde Pública** Ago.2003, vol.37, n.4, p.424-433. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000400006&Ing=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400006&Ing=pt) nrm=iso> Acesso: em 23 nov. 2003
- ARENDT, H. *A condição humana*. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense, 1995.
- ATHAYDE, M. Produção da subjetividade frente à produção bloqueada: os 'sem' e a cena do corte. In: SILVA FILHO, J.F.; JARDIM, S.R. (Org.) *A danação do trabalho*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997, p. 65-78.
- AUBERT, N. Le management par l'urgence. In: BRUNSTEIN, I. *L'homme à l'échine pliée: réflexions sur le stress professionnel*. Paris: [s.n.], 1999.
- AUGRAS, M.R.A. Multidisciplinaridade ou transdisciplinaridade? Dilemas epistemológicos. **Cadernos de Metodologia**, v. 2, p.99-104, 1999.
- AULAGNIER, P. *Os destinos do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1985.
- BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes, teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

- BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, F. (Coord.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985, p. 99-135.
- \_\_\_\_\_. O problema da gestão. In: \_\_\_\_\_ *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2.ed. 2ª reimp. Rio de Janeiro: Graal, 1985, p.313-322.
- \_\_\_\_\_. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (Org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 2.ed 2ª reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p.11-40.
- BECK, C.L.S. **Da banalização do sofrimento à sua resignificação ética na organização do trabalho**. 257f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2000.
- BELMONTE, P. A representação da sexualidade junto às trabalhadoras de nível médio de saúde mental. In: *Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem*. **Cadernos IPUB**, n.19, p.113-120, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2000.
- BEZERRA, B. Grupos, cultura psicológica e psicanálise. In: LANCETTI, A.(Org.) *Saúde e loucura: grupos e coletivos*. (n.4). São Paulo: Hucitec, 1993, p.129-144.
- \_\_\_\_\_. A clínica da reabilitação psicossocial. In: PITTA, M.A.F. (Org.) *Reabilitação psicossocial*. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 137-142.
- BIRMAN, J. *Psicanálise, ciência e cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- BORGES, S.N. Jo: angústia humana, demasiadamente humana. In: *Por uma assistência psiquiátrica em transformação*. **Cadernos IPUB**, n.3, p.131-140. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1996.
- BOHOSLAVSKY, R. *Orientação vocacional: a estratégia clínica*. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- BOURDIEU, P. *O desencantamento do mundo*. São Paulo: Perspectiva, 1979.
- \_\_\_\_\_. *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Contrafogos-táticas para enfrentar a invasão liberal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- CAMPOS, J.S.; OLIVEIRA, L.H.; CARDOSO, M.M.V.N.; OLIVEIRA, R.M.P. e ROCHA, R.M. Teorizando a prática e praticando teorias. In: *Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem*. **Cadernos IPUB**, n.19, p. 142-155, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2000.
- CAMPOS, S. A síndrome da nova economia. **Valor Econômico**, Caderno EU &, p. D1. São Paulo, 8 mai., 2000.

- CANO, S. Para ser feliz no trabalho. **Gazeta Mercantil**, Caderno Profissão, São Paulo, 12 jan., 2001.
- CARDOSO, R. Aventura de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: DURHAM, E.R. et al. *A aventura antropológica*. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997, p. 95-105.
- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- \_\_\_\_\_. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- CASTORIADIS, C. La crise du processus identificatoire. In: *Connexions, Malaise dans l'identification*. [S.l.]: Eres, n.55, 1990.
- CAVALCANTI, M. T. **A trama do tear: sobre o tratar em psiquiatria**. 288f. Tese (Doutorado em Psiquiatria), Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB), Rio de Janeiro, 1997.
- CERTEAU, M. *A escrita da história*. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 1994.
- COHN, G. Indiferença, nova forma de barbárie. In: *Ciclo de Conferências: Civilização e Barbárie*. Espaço Maison de France (RJ)/ Colégio São Paulo (SP), 26 agosto a 30 setembro. Rio de Janeiro: Artepensamento, 2002.
- CORBISIER, C. A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria sem hospícios: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 9-16.
- COUTINHO, A.R. Pressupostos da noção de subjetividade. In: FIGUEIRA, S. (Org.), *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985, p. 62-93.
- DAHER, D.V. **Por detrás da chama da lâmpada, um estudo do processo de construção de identidade social do enfermeiro**. 145f. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 1995.
- DARTINGTON, A. "Where angels fear to tread: idealism, despondency and inhibition of thought in hospital nursing." In: OBHOLZER, A.; ROBERTS, V. Z. *The unconscious at work*. London: Routledge, 1997, p.101-109.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*. São Paulo: Oboré, 1992.
- \_\_\_\_\_. A carga psíquica no trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYNET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

\_\_\_\_\_. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001.

DE MASI, D. *O ócio criativo*. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. 1.ed. reimpr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

DIMENSTEIN, G. Síndrome do lazer. **Folha de São Paulo**, Caderno Cotidiano, p. C 1, 18 nov. 2001.

DUBAR, C. Profissões perdem um perfil conhecido e desafiam trabalhador. **Jornal do Brasil**, Caderno Educação Trabalho: Empregos, Rio de Janeiro, 11 mar.2001.

ENRIQUEZ, E. *Da horda ao Estado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar,1990.

\_\_\_\_\_. *A organização em análise*. Petrópolis: Vozes, 1997.

FAGET, M.R. Ética: psicanálise e sua transmissão. In: FRANÇA, M.I. (Org.) *Ética, psicanálise e sua transmissão*. Petrópolis: Vozes, 1996, p.188-190.

FERNANDES, G. O avesso da vida: como pode a assistência se transformar? In: *Por uma assistência psiquiátrica em transformação*. **Cadernos IPUB**, n.3, p. 9-14. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1996.

FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 1.ed. reimpr. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FERREIRA, M. de A. **As faces do corpo do cliente hospitalizado: o olhar da(o) enfermeira(o)** 1995, 189 f. Dissertação (Mestrado em Educação), Faculdade de Educação da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 1995.

FIGUEIRA, S. (Org.). *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

FIGUEIREDO, A.C.C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica em ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará:1996.

\_\_\_\_\_. Do trabalho clínico sobre o sofrimento psíquico. In: SILVA, J.F.; JARDIM, S. (Org.). *A danação do trabalho*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997, p. 329-333.

FONTES, B.M. Demissão mais que traumática. **Folha de S. Paulo**, Caderno Emprego, p. E 13, 25 nov. 2001.

FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1973.

\_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense, 1980.

\_\_\_\_\_. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 1985a.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 8.ed, Rio de Janeiro: Graal, 1985b.



\_\_\_\_\_. *História da sexualidade III: o cuidado de si*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985c.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. 5.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1996.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 26.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. 5.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003a

\_\_\_\_\_. *História da loucura*. 7.ed. São Paulo: Perspectiva. 2003b

FREUD, S. *Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)* (1913). In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XII.

\_\_\_\_\_. *Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar* (1914). In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIII.

\_\_\_\_\_. *Luto e melancolia* (1915). In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIV.

\_\_\_\_\_. *Reflexões para os tempos de guerra e morte* (1915). In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIV.

\_\_\_\_\_. *Os instintos e suas vicissitudes*. (1915). In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIV.

\_\_\_\_\_. *O inconsciente*. (1915). In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIV.

\_\_\_\_\_. *Uma dificuldade no caminho da psicanálise*. (1917). In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XVII.

\_\_\_\_\_. *Para além do princípio do prazer*. (1920). In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XVIII.

\_\_\_\_\_. *Psicologia de grupo e análise do eu*. (1921). In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XVIII.

\_\_\_\_\_. *As resistências à psicanálise*. (1925). In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIX.

\_\_\_\_\_. *O futuro de uma ilusão*. (1927). In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XXI.

\_\_\_\_\_. *O mal-estar na civilização*. (1930). In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XXI.

\_\_\_\_\_. *Por que a guerra?* (1933). In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XXII.

\_\_\_\_\_. *Projeto para uma psicologia científica.* (1950). In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. I.

GALLIO, G.; CONSTANTINO, M. François Tosquelles, a escola da liberdade. In: LANCETTI, A. (Org.) *Saúde e loucura: grupos e coletivos.* (n.4). São Paulo: Hucitec, 1993, p. 85-128.

GATTO, C. A formação *latu sensu* dos pesquisadores: alguns impasses na área 'saúde mental e trabalho'. In: SILVA FILHO, J.F.; JARDIM, S.R.(Orgs.). *A danação do trabalho.* Rio de Janeiro: Te Corá, 1997, p. 343-356.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos.* 4.ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOLDBERG, J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública.* 2.ed. Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 1996a.

\_\_\_\_\_. *Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial-CAPS.* In: PITTA, A.M. F. (Org.) *Reabilitação psicossocial.* São Paulo:Hucitec, 1996b, p.33-47.

GONZAGUINHA. Um homem também chora (guerreiro menino) In:\_\_\_\_\_, **Alô, alô Brasil**, São Bernardo do Campo, SP: EMI-ODEON, p.1983. 1 disco sonoro (45 min.), 33 1/3 rpm, estéreo, 12 pol.

GRISCI, C. L. I. Trabalho, tempo e subjetividade: impacto da reestruturação produtiva e o papel da psicologia nas organizações. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, Ano 19, n. 1, p.2-13 Conselho Federal de Psicologia, 1999.

GUIRADO, M. *Psicanálise e análise do discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico.* São Paulo: Summus, 1994.

HÜHNE, L.M. *Metodologia científica: cadernos de textos e técnicas.* 5.ed. Rio de Janeiro: Agir, 1992.

JARDIM, S.R. O trabalho e a construção do sujeito. In: SILVA FILHO, J.F.; JARDIM, S.R.(Orgs.). *A danação do trabalho.* Rio de Janeiro: Te Corá, 1997a, p. 79-88.

\_\_\_\_\_. Perícia, trabalho e doença mental. In: *Organização do trabalho e saúde mental.* 3.ed. ampl. **Cadernos IPUB**, n.2, p. 95-102. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1997b.

JODELET, D. Os processos psicossociais de exclusão. In: SAWAIA, B. (Org.). *As artimanhas da exclusão.* Petrópolis: Vozes, 1999, p.53-66.

- KAUFMANN, P. *Dicionário enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.
- KESTENBERG, C.C.F. O curador ferido. In: *Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica*. **Cadernos IPUB**, n.19, p.121-127. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2000.
- KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA. *Reabilitação psicossocial*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- KÖCHE, J. C. *Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e prática da pesquisa*. 14.ed. verif. ampl. Petrópolis: Vozes, 1997.
- KUMAR, K. *Da sociedade pós-industrial à sociedade pós-moderna*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- KHUN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 1986.
- LEITE, N.V. *A psicanálise e a análise do discurso: o acontecimento na estrutura*. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 1994.
- LEITE, S.C. **A experiência psicanalítica, o desejo freudiano e a instituição médico-psiquiátrica**. 2003, 226f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), Rio de Janeiro, 2003
- LIMA, R.C.D. **A enfermeira, uma protagonista que produz o cuidar cotidiano no trabalho em saúde**. 1998, 231f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, (UNICAMP), Campinas. 1998.
- LISBOA, M.T.L. **As representações sociais do sofrimento e do prazer da enfermeira assistencial no seu cotidiano de trabalho**. 1998. 211f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 1998.
- LO BIANCO, A.C. Concepções de família em atendimentos psicológicos fora do consultório: um estudo de caso. In: VELHO, G.; FIGUEIRA, S.(Org.) *Família, Psicologia e Sociedade*. São Paulo: Campus, 1981, p. 151-152.
- LÜDKE, M.; ANDRE, M.E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: E.P.U, 1986.
- MACHADO, R. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

MAJOR, R. O inconsciente sóciopolítico. **Folha de São Paulo**, São Paulo, Caderno Mais, 12 out. 2003.

MANN, C. G. Oficina de saúde & sexualidade: um novo dispositivo de saúde mental em tempos de AIDS. In: *Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica*. **Cadernos IPUB**, n. 19, p.161-170. Rio de Janeiro: IPUB/ UFRJ, 2000.

MARANHÃO, R.M.C.S. **A construção social da mulher: papéis divergentes e conflitos**. 1984.130f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), 1984.

\_\_\_\_\_. Marcas de um trabalho: cenários e recortes. In: *Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica*. **Cadernos IPUB**, n.19, p.67-88. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2000.

\_\_\_\_\_. Trabalho e mal-estar na contemporaneidade. In: **Semana de Enfermagem do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), Realidade e perspectivas no trabalho de enfermagem**. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, UFES e ABEn-ES. 2001, Vitória. Mimeografado. p. 1-9, 19 mai. 2001.

\_\_\_\_\_. O trabalho dos auxiliares de enfermagem psiquiátrica: reflexões sobre uma prática. In: *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, n.79, p.26-33. Rio de Janeiro, out./nov./dez. 2001.

MARCÍLIO, N; NIQUET, L.; JARDIM, S.R. Assistência em saúde mental do trabalhador II: uma reflexão sobre a oferta de tratamento. In: *Organização do trabalho e saúde mental*. 3.ed.ampl. **Cadernos IPUB**, n.2, p.181-197. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1997.

MENEZES, B. Perfil psicológico agora é decisivo na contratação. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, Caderno Empresas & Carreiras, p.C 2, 9 out.2000.

MENZIERS, I. *The functioning of organizations as social systems of defense against anxieties*. Tavistock Institute of Human Relations, 1970. O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade. Tradução e adaptação de RODRIGUES, A. M. (Mimeografado).

MIRANDA, C.M.L. *O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar*. São Paulo: Cortez, 1994.

\_\_\_\_\_. *Algumas questões sobre a assistência de enfermagem psiquiátrica de qualidade*. In: *Por uma assistência psiquiátrica em transformação*. **Cadernos IPUB**, n.3, p.77-82. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1996a.

\_\_\_\_\_. *O risco e o bordado: um estudo sobre a formação da identidade profissional*. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1996b.

\_\_\_\_\_. Enfermagem, essa prática (des)conhecida In: *Saúde mental, a ética do cuidar*. **Revista Saúde em Foco**, ano VI, n. 16, p.5-6. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, nov.1997.

\_\_\_\_\_ et al. Cuidando de quem cuida: uma experiência de supervisão em enfermagem. In: *Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica*. **Cadernos IPUB**, n.19, p. 37-53. Rio de Janeiro: IPUB/ UFRJ, 2000.

MONTEIRO, A.R.M; MORAES, A.P.P. Grupo de vivência: facilitador do estágio de enfermagem psiquiátrica. In: **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.78-82, 120, jan./jun. 1999.

MOREIRA, F.W.de S. A simbologia de Procusto e a normalização do plano estadual de educação-PE-1988-1991. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, n.3.Ano 18. Conselho Federal de Psicologia, 1998.

MORIN, E. A noção de sujeito. In: FRIEDCHSHNITMAN, D. (Org.) *Novos paradigmas culturais e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MOURA, A. A equipe numa enfermagem psiquiátrica: relato de uma experiência. In: SILVA, A.E. et al. (Org). *Subjetividade: questões contemporâneas*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MÜLLER, M. *Orientação vocacional: contribuições clínicas e educacionais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

NASCIMENTO, M.; BASTOS, R. Cais, Elis Regina. **Nada será como antes**: Elis interpreta Milton Nascimento, Rio de Janeiro: Polygram Discos, 1972.

NEGRI, A. Surge o verdadeiro anti-americanismo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, Caderno Mais, p.3, 23 out. 1998.

OLIVEIRA, Alice, G. B.; ALESSI, Nery, P. *O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online] mai./jun. 2003, v.11, n.3, p.333-340. Disponível na world wide web <[http://www.scielo.br/scielophp?script=sci\\_arttext & pid= S0104-11692003000300011&Ing= pt & nrm= iso](http://www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300011&Ing=pt&nrm=iso)> Acesso: em 20 nov. 2003.

OLIVEIRA, G.F.T. Transmissão e supervisão em psicanálise. In: **Cadernos de Psicologia**, n.4, p.17-24, Belo Horizonte, UFMG, 1995.

OLIVEIRA, R.C. O peso de não-inclusão: consideração sobre o valor do trabalho na atualidade. In: *Organização do trabalho e saúde mental*. 3.ed.ampl. **Cadernos IPUB**, n.2, p. 167-180, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ,1997.

OLIVEIRA, R.D. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: BRANDÃO, C.R. (Org.) *Pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1981, p. 17-33.

\_\_\_\_\_. *O elogio da diferença, o feminino emergente*. São Paulo: Brasiliense, 1991.

ORLANDI, E.P. *Linguagem e seu funcionamento: as formas de discurso*. 2.ed., Campinas/ São Paulo: Pontes, 1987.

PALÁCIOS, M. A saúde mental de quem trabalha em saúde: o caso de um Hospital Geral do Rio de Janeiro. In: *Organização do trabalho e saúde mental*. 3ed. ampl. **Cadernos IPUB**. n°2, p.43-56. Rio de Janeiro: IPUB/ UFRJ, 1997.

PERES, E.M.; ANDRADE, V.R.O.; HENRIQUES, R.L.M.; ROMANO, R.A.T. Desafios da implementação do novo currículo de graduação em enfermagem da UERJ. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v.5, n. 2, p. 495-500, dezembro 1997.

PITTA, A.M.F. *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1990.

\_\_\_\_\_. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje?. In: \_\_\_\_\_ (Org.) *Reabilitação psicossocial*. São Paulo: Hucitec, 1996, p.19-26.

PRIGOGINE, I.; STENGERS, I. *Uma nova aliança*. Distrito Federal: UNB, 1991.

REIS, Ricardo, J.; LA ROCCA, Poliana, F.; SILVEIRA, Andréia, M. et al. *Fatores relacionados ao absenteísmo por doenças em profissionais de enfermagem*. Disponível em **Rev. Saúde Pública** [on line], out. 2003, v.37. n.5 [citado 23 novembro de 2003], p.616623. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S003489102003000500011&Ing=pt&nrm=iso>>. Acesso: em 23 nov.2003.

REZENDE, A.L.M.; RAMOS, F.R.S. & PATRÍCIO, Z.M. *O fio das moiras, o afrontamento do destino no cotidiano da saúde*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, R.M. *Enfermagem psiquiátrica: que papel é esse?* Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1994.

RODRIGUES, H.B.C. Compreensão e crítica da psicologia do trabalho: relatos e recortes sobre formação em saúde mental do trabalhador. In: SILVA FILHO, J.F.;

- JARDIM, S.R. (Org.). *A danação do trabalho*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997, p. 335-342.
- ROPA, D.; DUARTE, L.F.D. Considerações teóricas sobre a questão do ‘atendimento psicológico’ às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, S. (Org.) *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985, p. 178-201
- ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 41-56.
- ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 2ed.reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 149-170.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- SAFFIOTTI, H.L.B. *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. Petrópolis: Vozes, 1979.
- SAIDON, O. *Análise institucional no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.
- SALEM, T. *O velho e o novo: um estudo de papéis e conflitos familiares*. Petrópolis: Vozes, 1980.
- SANTOS, C.A.F. Os profissionais de saúde enfrentam-negam a morte. In: MARTINS, J. S. *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1997, p.15-24.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F. (Org.) *Reabilitação psicossocial*. São Paulo: Hucitec, p.13-18, 1996,
- SCHNEIDER, D. Alunos excepcionais: um estudo der caso de desvio. In: VELHO, G. (Org.). *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social*. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.
- SCHWARTZ, Y. Trabalho e valor. **Revista Tempo Sociológico**. USP, São Paulo, n.8 (2), p.147-158, outubro de 1996.
- SENNETT, R. *A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. 4.ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- SERPA Jr., O. D. Sobre o “nascimento” da psiquiatria. In: *Por uma assistência psiquiátrica em transformação*. **Cadernos IPUB**, n.3, p. 15-29. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1996.

\_\_\_\_\_. *Mal-estar na natureza: estudo crítico sobre reducionismo biológico em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1998.

SILVA, C. O. Trabalho e subjetividade no Hospital Geral. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, n. 2. Ano 18. Conselho Federal de Psicologia, 1998.

SILVA, M.G.R. da, et al. Informatização, trabalho bancário e saúde mental. In: *Organização do trabalho e saúde mental*. 3.ed.ampl. **Cadernos IPUB**, n.2, p.21-42. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1997.

STEVANATO, A.L. Profissão: a importância da escolha. **Revista Viver Psicologia**. Ano 1, n 1 s/d.

TENÓRIO, F. Conhecer para cuidar: o 1º Censo da população de internos nos Hospitais Psiquiátricos no Rio de Janeiro. Mimeografado, 1996.

\_\_\_\_\_. A psicanálise e a pesquisa em saúde mental. Mimeografado, 1999.

\_\_\_\_\_. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 2ed. São Paulo: Cortez, 1986.

VALENTE, E. Mercado multiplica leque de exigências. **Folha de São Paulo**, Caderno Emprego, p. E 13, 11 nov. 2001.

VERGEZ, A.; HUISMAN, D. *História dos filósofos ilustrada pelos textos*. 5ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1982.

VERTZMAN, J.; CAVALCANTI, M.T.; SERPA Jr., O.D. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P.M (Org.) *Psiquiatria sem hospícios, contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 17-30.

VORSATZ, I.; JARDIM, S. R.; FERREIRA, I. A clínica em dois tempos. In *Organização do trabalho e saúde mental*. 3.ed.ampl., **Cadernos IPUB**, n.2, p.89-94. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1997.

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. (1947). São Paulo: Pioneira, 2001.

WHEATLEY, L. Organização do trabalho e subjetividade: a produção da flexibilidade. Mimeografado, 2001, p 1-7.