

LÚCIA MARIA PISSOLATTI DA SILVA NAVARRO

**FORMAÇÃO EM SITUAÇÃO DE TRABALHO
PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL: A
ARTE COMO MEDIAÇÃO.**

**PUC – CAMPINAS
2015**

LÚCIA MARIA PISSOLATTI DA SILVA NAVARRO

**FORMAÇÃO EM SITUAÇÃO DE TRABALHO
PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL:
A ARTE COMO MEDIAÇÃO.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia: área de concentração como Profissão e Ciência.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lucia Trevisan de Souza

**PUC-CAMPINAS
2015**

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t158 **Navarro, Lúcia Maria Pissolatti da Silva.**
N322f **Formação em situação de trabalho para profissionais da saúde mental: a arte como**
mediação / Lúcia Maria Pissolatti da Silva Navarro. -
Campinas: PUC-Campinas, 2015.
301p.

Orientadora: Vera Lucia Trevisan de Souza.

Tese (doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de
Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui anexo e bibliografia.

1. Psicologia aplicada. 2. Pessoal da área médica. 3. Arte - Psicologia. 4. Saúde mental.
I. Souza, Vera Lucia Trevisan de. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22. ed. CDD – t158

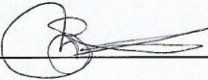
LÚCIA MARIA PISSOLATTI DA SILVA NAVARRO

**FORMAÇÃO EM SITUAÇÃO DE TRABALHO
PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL:
A ARTE COMO MEDIAÇÃO.**

BANCA EXAMINADORA



Presidente: Profa. Dra. Vera Lúcia Trevisan de Souza



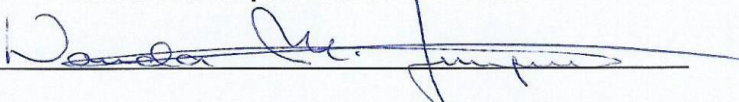
Profa. Dra. Márcia Hespanhol Bernardo



Profa. Dra. Maria Dionísia do Amaral Dias



Profa. Dra. Raquel Souza Lobo Guzzo



Profa. Dra. Wanda Maria Junqueira de Aguiar

PUC-CAMPINAS
2015

DEDICATÓRIA

Recordo o meu pai como a primeira pessoa que me ensinou a prosseguir na jornada, sempre, ainda que sobre tempos difíceis. Me mostrou que os nossos resultados são sempre parciais e as conclusões provisórias. Eternamente, presente em minhas melhores lembranças e no meu coração.

É a ele que dedico, com todo o meu amor, este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Vera Lucia Trevisan de Souza: Agradeço o incentivo, sua generosidade, carinho e compreensão, presença inabalável nos momentos difíceis. Pelos conhecimentos partilhados, pela parceria construída, pelo carinho com que acolheu minhas inquietações, promovendo o meu desenvolvimento minha eterna gratidão e admiração.

Às Professoras Doutoras Márcia Hespanhol e Wanda Junqueira: Pelas valiosas contribuições por ocasião da banca de qualificação e de defesa que contribuíram sobremaneira para o desenvolvimento deste trabalho.

Às Professoras Doutoras: Raquel Guzzo e Maria Dionísia: Pela prontidão e carinho demonstrado no aceite para compor a banca de defesa e nas contribuições para o meu trabalho.

Ao Professor Doutor Jean-Marie Barbier e ao Cnam – Conservatoire National des Arts et Métier: Pela oportunidade de realização do estágio de doutoramento em Paris, pelo carinho desde o primeiro momento, pelas orientações e acolhida. Je vous remerci por votre attention.

À Lennize Pereira: Pela amizade e carinho com que me acolheu, pela parceria e cumplicidade estabelecidas desde o primeiro dia no Séminaire no Axe 2. As discussões teóricas, o grande auxílio nas traduções teóricas, por todo apoio em Paris. Meu carinho e admiração.

À Magda Venâncio: Pela atenção e grande auxílio com prontidão, nas correções dos artigos e pela amizade franca e fraterna.

Aos amigos e parceiros do PROSPED: Paula, Paulinha, Eveline, Lilian, Áurea, Ana Flávia, Ederson, Juliana, Karinna, Guilherme, Jeferson, pelas construções teóricas, as experiências trocadas, pelas parcerias, pela possibilidade de termos constituído um grupo afinados enquanto equipe de trabalho.

Ao Juarez: Pela cumplicidade, apoio incondicional, pela compreensão e força, pelo ouvido sempre atento, pelo amor e pelo respeito às minhas escolhas. Na

distância física e no silêncio, sua presença sempre foi constante nesta minha jornada. Pelo incentivo, desde o primeiro momento. Sem você o percurso seria mais difícil e menos prazeroso e sem você eu não teria conseguido. “ A onça já está quase fora da mata.”

A minha mãe: Pelo apoio constante, pela compreensão da ausência, pelas palavras de incentivo, pela força e coragem que me inspiraram e auxiliaram neste momento final, por todo amor tão necessários nessa caminhada.

Aos meus queridos Nando e Cris: irmão e cunhada/irmã por todo apoio, carinho, incentivo, cumplicidade, o amor que atravessa o atlântico e me proporciona momentos inesquecíveis. Meu eterno muito obrigado!

As minhas queridas sobrinhas Laura, Júlia Lorena e Luiza: Lau e Lu obrigado pela ajuda de revisão das traduções, verdadeiro trabalho em família! Pelo amor e carinho, pelos momentos de alegria e descontração, em que os afetos e as emoções transbordaram, amenizando a saudade da distância forçada. Amo vocês!

Ao querido Allan: (in memoriam): Pela colaboração sempre pronta que possibilitou os primeiros avanços deste trabalho, pelo carinho e abraços afetuosos. Você esteve comigo lá, em cada detalhe artístico e monumento gótico. Serei sempre grata e, você estará sempre presente em minhas lembranças e no meu coração.

Ao Donovan: Pelo carinho sempre presente.

À equipe dos Núcleos de agudos do CAISM Philippe Pinel: pela participação na pesquisa, sem vocês este trabalho não seria possível.

À minha querida amiga Maria José Funes: obrigado minha amiga, pelo carinho e pelo apoio de sempre. Sem você, este caminho teria sido muito mais difícil.

À toda minha família: Minhas tias, tios, pelo apoio e carinho no momento tão difícil que me permitiu a conclusão deste trabalho. Em particular às minhas primas - **irmãs Silvia e Márcia**, como suportar a dor sem o carinho, apoio e presença de vocês.

À Amélia, Elaine, Eliane e Caroline: Pelo auxílio nas questões burocráticas, que não são poucas, e pela paciência.

À CAPES: Pelo apoio financeiro que possibilitou o estágio do doutorado sanduiche.

À PUC-Campinas: Pela bolsa reitoria parcial concedida nestes quatro anos.

RESUMO

PISSOLATTI, Lúcia Maria da Silva Navarro. *Formação em situação de trabalho para profissionais da saúde mental: a arte como mediação*. 2015. 301f – Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Campinas, 2015.

Partimos da análise vivencial de um grupo de vinte e um (21) profissionais que atuam em um núcleo de internação de pacientes com sofrimento mental em estado agudo, em uma instituição hospitalar em saúde mental localizada na cidade de São Paulo, em que se detectam problemas na relação desses profissionais com o trabalho, a saber: dificuldades em trabalhar coletivamente, em comunicar-se e relacionar-se. Estas impactam diretamente a qualidade do atendimento prestado ao paciente e geram, nos profissionais, o sentimento de falta de reconhecimento de seu trabalho. A pesquisa teve como objetivo investigar os sentidos do trabalho e da formação em situação de trabalho realizada no período em que se desenvolveu esta tese, para profissionais que atuam em saúde mental no sistema público de saúde. Também se buscou analisar o potencial desta formação, que se utilizou uso de materialidades mediadoras artísticas para promover a reflexão e conscientização dos profissionais envolvidos sobre seu papel no atendimento aos pacientes e no trabalho do hospital. Utilizou-se como aporte teórico e metodológico os pressupostos da Psicologia Histórico Cultural, sobretudo aqueles da psicologia da arte desenvolvidos por Vigotski. Como resultado, observou-se que as ações de formação em situação de trabalho promovem o desenvolvimento da dimensão do humano em situação de trabalho, permitindo desvelar a intrincada trama de sentidos configurados pelos profissionais. Evidenciou-se, também, que apesar da parceria estabelecida com o gestor, a inserção de um projeto de formação em situação de trabalho carece de legitimação, seja por parte dos próprios profissionais, do gestor e da instituição de políticas públicas voltadas à saúde mental que promovam e sustentem esta inserção, nesta perspectiva.

Termos de Indexação: formação em situação de trabalho, saúde mental, sentidos; arte; psicologia histórico-cultural.

ABSTRACT

PISSOLATTI, Lúcia Maria da Silva Navarro. *Education in work situations for mental health professionals: art as mediation.* 2015. 301f – Thesis (Doctorate in Psychology as Professional and Science) – Pontifícia Universidade Católica de Católica de Campinas, Life Sciences Center, Postgraduate program in Psychology. Campinas, 2015.

We built on on the vivencial analysis of a group of twenty one (21) professionals who work in an admission center for patients in acute mental suffering, in a mental health institution in São Paulo. In this analysis, some work related issues were detected, such as difficulties in working in teams, communicating and dealing with people. Such difficulties heavily impact on the way patients are treated by the staff, and also causes professionals to feel underestimated and not appreciated enough for their potential. The main purpose of this research is to investigate the meaning behind work and work situation education which took place while this research was being conducted, for professionals who work in the mental health area in public hospitals. It was also intended to analyze the potential of this type of education, which made use of artistic materialities as means to promote reflection in and raise the awareness of the professionals involved in relation to the job they perform. As theoretical and methodological support, we chose to tackle Cultural Historical Psychology conjectures, more importantly those of art psychology developed by Vigotski. As a result, we observed that work situation education actions promote the development of the human dimension in this condition. At the same time, we highlight the fact that the arts, used as the mediator of reflection that follows the practice, favored a courageous approach as well as the planning of situations and the coming up of solutions, revealing this strategy's educational potential on the broadening of professionals' consciousness on praxis transformation. It was also our concern to emphasize that regardless the established partnership with the institution, the insertion of a work situation education project needs legitimation, be it from the professionals involved themselves, the manager and the public policies institution that aims to promote and support this insertion, under this perspective and in an ampler way.

Indexing terms: *work situation education, mental health, mediation art, cultural-historical psychology.*

RESUMEN

PISSOLATTI, Lúcia Maria da Silva Navarro. *Capacitación en situaciones de trabajo para los profesionales de la salud mental: el arte como mediación*. 2015. 301f – Tesis (Doctorado em Psicología)- Pontificia Universidad Católica de Campinas, Centro de Ciencias de la Vida, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Campinas, 2015.

Partimos del análisis existencial de un grupo de veintiún (21) profesionales que trabajan en un núcleo hospitalario de pacientes con trastornos mentales en la fase aguda, en un hospital de salud mental en la ciudad de São Paulo, en el cual se detecta problemas en la relación de estos profesionales con el trabajo, a saber: las dificultades para trabajar colectivamente, de comunicación y relación. Estos afectan directamente la calidad de la atención prestada a los pacientes y generan, en el profesional, la sensación de falta de reconocimiento de su trabajo. La investigación tuvo como objetivo investigar los significados del trabajo y la formación en situaciones de trabajo celebradas en el período en que se desarrolló esta tesis, para los profesionales que trabajan en salud mental en el sistema público de salud. También trataron de analizar el potencial de esta formación, que se utilizó uso de materialidad mediador artística, promover la reflexión y el conocimiento de los profesionales que intervienen en relación con su papel en la atención al paciente y trabajo en el hospital. Fue utilizado como un soporte teórico y metodológico los supuestos de la Psicología Cultural History, especialmente los de la psicología del arte desarrollada por Vygotsky. Como resultado, se observó que las actividades de formación en las situaciones de trabajo promueven el desarrollo de la dimensión humana en esta condición. Al mismo tiempo, es evidente que el arte, que se utiliza como una materialidad mediadora de la reflexión sobre la práctica en la formación ofrecida, favoreció el afrontamiento y la planificación de situaciones y creación de soluciones, revelando el potencial de formación y de esta estrategia, para la elevación del grado de conocimiento de los profesionales en la transformación de la praxis. Era evidente, también, que a pesar de la asociación con la institución, la inclusión de un proyecto de formación en una situación de trabajo carece de legitimidad, ya sea por los mismos, el gerente y la institución de políticas públicas para la salud mental que promueven y apoyan integración, en esta perspectiva y de manera ampliada.

Índice de términos: *formación en situaciones de trabajo, salud mental, sentidos; arte; la psicología histórico-cultural.*

RÉSUMÉ

PISSOLATTI, Lúcia Maria da Silva Navarro. *Formation en situation de travail pour les professionnels de la santé mentale: l'art comme médiation*. 2015. 301f – Thèse (Doctorat)- Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centre des Sciences de la vie, programme d'études supérieures en psychologie, Campinas, 2015.

Nous quittons l'analyse par l'expérience d'un groupe de vingt et un 21 professionnels qui travaille dans un centre d'hospitalisation des patients avec une souffrance morale dans un état aigu dans un hôpital en institution de santé mentale situé dans la ville de São Paulo, qui détectent les problèmes dans la relation de ces professionnels avec le travail, à savoir : difficile de travailler collectivement, de communiquer et de relier ceux-ci directement incidence sur la qualité des soins dispensés au patient et génèrent, dans les pros, le sentiment de manque de reconnaissance de leur travail. La recherche visant à étudier le sens du travail et la formation dans les travaux effectués dans la période dans laquelle développé cette thèse, pour les professionnels travaillant en santé mentale dans le système de santé publique. A également cherché à analyser les possibilités de cette formation, qui, si utilisé utilisation de médiation caractéristique des éléments matériels artistiques pour promouvoir la réflexion et la sensibilisation des professionnels impliqués sur son rôle dans les soins aux patients et aux travaux de l'hôpital. Utilisé comme appui théorique et méthodologique, les hypothèses de la psychologie historique culturel, particulièrement ceux de la psychologie art développé par Vygotsky. Ainsi, on a fait observer que les actions de formation dans des situations de travail favoriser le développement de la dimension humaine en situation de travail, permettant de dévoiler l'intrigue complexe des sens configuré par des professionnels. Montre, aussi, que malgré le partenariat établi avec le gestionnaire, l'insertion d'un projet de formation en situation de travail, n'a pas légitimité, soit par les professionnels eux-mêmes, le gestionnaire et l'établissement es politiques publiques axées sur la santé mentale qui favorisent et soutiennent cet encart, dans cette perspective.

Termes d'indexation : formation en situation de travail, santé mentale, sens ; art ; psychologie culturel-historique.

Sumário

INTRODUÇÃO	15
1. O dever do sujeito: As Contribuições da Psicologia Histórico Cultural para o Campo da Análise Institucional em Saúde Mental.	31
1.1 Da trama do social à construção do sujeito crítico: a teia que sustenta e promove o desenvolvimento humano.	37
1.2 A relação entre sentido e significado: da expressão ao papel da linguagem na formação da consciência	39
1.3 A gênese da consciência: o sujeito pensante, pensador de si	44
2 . TRABALHO e EDUCAÇÃO: compromisso com a formação.....	52
2.1 Trabalho: algumas considerações	52
2.2. Trabalho e Atividade	53
2.3 A Educação Enquanto Estratégia de Transformação	61
3. Mediação pela arte na formação em situação de trabalho.	65
3.1 A função social da arte	65
4. Caminhos da pesquisa: metodologia da investigação	70
4.1 Considerações sobre a pesquisa.....	70
4.2 Descrição e caracterização da instituição da pesquisa	72
4.3 Apresentando os profissionais	74
5. Delineamento da Pesquisa	76
6. O Processo de Análise.....	92
7. Análise e Discussão dos Dados	108
7.1 O Trabalho vivido de modo idealizado x a dimensão humana como central no trabalho em saúde mental.....	109
7.1.1 Gostar de Cuidar como Condição para Exercer o Trabalho em Saúde Mental: a práxis e o sentido do trabalho em Saúde Mental	114
7.1.2 Aprendizagem humana do trabalho ocorre na prática profissional: genealogia do cuidado/ ajudar em saúde e suas implicações em saúde mental.....	124
7.1.3 Sentidos do Trabalho em Saúde Mental: consciência e consciência de si: Vinculação da dimensão afetiva ao significado atribuído ao trabalho	132
7.1.4 Necessidade do Profissional Arelada ao Sentido do Trabalho.....	135
7.1.5 Remuneração no Trabalho em Saúde Pública.....	136
7.1.6 A Dinâmica Prazer – Sofrimento	139
7.1.7 Idealização	145
7.2 A Formação Promovendo a Transformação da Práxis: a arte como materialidade mediadora da reflexão.	151

7.2.1 Necessidade e oportunidade de formação/produção de conhecimento e/ou competência profissional	153
7.2.2 Concepção sobre o processo de formação	157
7.2.3 O lugar da afetividade e da emoção no processo de formação.....	160
7.2.4 Aceitação de si.....	161
7.2.5 A importância dada ao conhecimento técnico científico e a formação significativa: fazer emergir a singularidade do sujeito, contribuição à construção do trabalho coletivo.	163
7.2.6 A arte como materialidade mediadora favorecendo o desenvolvimento de conceitos a partir do processo de formação significativa.	166
8. Considerações Finais	177
9. Referências	187
Anexos	200
ANEXO 1	201
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	201
ANEXO 2	202
Descrição da rotina de trabalho dos profissionais que atendem nos Núcleos pesquisados da Instituição em foco.....	202
ANEXO 3	210
Encontros de Formação em Situação de Trabalho	210
ANEXO 4	242
Roteiro e Transcrição das Entrevistas	242

INTRODUÇÃO

“...” Depois há a arte, para mim poemas, para outros música. Depois há o trabalho. Quantas coisas podem incitar uma pessoa à procura da verdade. Quanta luz interior, calor, apoio existe na busca em si! E, então, há o mais importante - a própria vida -o céu, amor, pessoas, sofrimento. Isto não são simplesmente palavras, isto existe. É real. Está entrelaçado na vida. Vigotski (em carta escrita para Levina, em 06/07/1931)

O ponto de chegada na presente tese se dá a partir da imersão no campo da atuação em psicologia em diversos contextos, mas principalmente na clínica e na saúde pública. Iniciei o meu percurso profissional pela clínica, área que paralelamente a outras atuações, permaneci por mais de vinte anos. Durante estes, e seis anos após a minha conclusão da graduação, em 1990, fui convidada a atuar em um novo projeto de creches proposto pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em parceria com a Secretaria Estadual de Promoção Social, e que seria implantado em regiões carentes da cidade de São Paulo e outros municípios. Este foi o rito de iniciação em minha incursão pela saúde pública, e nesta já estou há vinte e dois anos.

O projeto das creches não vingou, apesar de bem-intencionado, fenecia na base, ou seja, as duas áreas setoriais - saúde e promoção social, tomavam para si o que sempre deveria ser de outro setor, o da educação. Assim, pela “via torta”, deram-se os meus primeiros passos na articulação entre saúde e educação.

Na jornada da vida profissional, fui articulando ao trabalho do consultório predominantemente voltado ao atendimento a crianças, especialmente aquelas Com Transtorno Global do Desenvolvimento e do Espectro Autista. Este trabalho culminou na especialização realizada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, e no trabalho sobre inclusão na formação de professores.

Na saúde pública, atuei, inicialmente, no atendimento psicológico em Unidade Básica de Saúde, em um município extremamente carente situado na Região metropolitana de São Paulo. Naquela época, 1994¹, verificava-se um elevado número de crianças encaminhadas pelas escolas e seus professores para avaliação e tratamento psicológico. Tal demanda produzia em mim uma inquietação sobre as reais causas daqueles encaminhamentos, culminando na apresentação de um projeto à Secretaria de Saúde daquele Município e à Supervisão da Direção Regional de Ensino daquela localidade, voltado à “atenção ao escolar das séries iniciais do ensino fundamental”. Este visava capacitar os professores sobre as questões de saúde (saúde física, ocular, psicológica, fonoaudiológica, neurológica e dentária), com enfoque multiprofissional. Juntos, escolas: diretores, coordenadores, orientadores educacionais e os professores, além da Diretoria Regional de Educação (D.R.E. à época), e a equipe da saúde buscaram estabelecer um divisor de águas entre as causas de “problemas escolares” passíveis de diagnóstico e tratamento pela área da saúde daquelas eminentemente escolares. Foi estabelecido que o projeto piloto ocorreria em duas escolas cujos gestores se mostraram mais receptivos à proposta.

O resultado foi surpreendente, seja pelo envolvimento de todos e principalmente pelo que foi alcançado: a diminuição no número de encaminhamentos. Ao mesmo tempo, verificou-se também, que os encaminhamentos eram feitos de forma mais criteriosa e com maior pertinência. Sem contar no efetivo trabalho em equipe de todos os envolvidos na busca de soluções para os problemas enfrentados.

Contudo, o projeto durou apenas um ano e foi abandonado em virtude da descontinuidade das políticas públicas que resultou na troca dos gestores nos governos municipal e estadual.

¹ Tal fato persiste até os dias atuais, conforme nos aponta, SOUZA, Marilene Proença Rebello de. (2005). *Prontuários revelando os bastidores do atendimento psicológico à queixa escolar*. in: Revista Estilos da Clínica. Dossiê: Intervenções no Escolar ; [online], vol.10, n.18, pp. 82-107.

Ainda na saúde pública, atuei, como coordenadora de saúde mental de alguns municípios em decorrência dos trabalhos realizados na assistência.

Posteriormente, em 2001, recebi o convite, generoso e desafiador para atuar na docência no ensino superior. Iniciei no curso de pós-graduação em psicopedagogia, posteriormente, atuei no curso de graduação em pedagogia na mesma instituição. Estas experiências possibilitaram-me maior imersão nos conteúdos da psicologia da educação, da educação inclusiva e da prática docente. Além disto, ao me lançar na docência como atividade sócio histórica coletiva, que promove o desenvolvimento de funções psicológicas superiores dos alunos e, ao realizar a mediação cultural do processo de conhecimento, considero que a um só tempo, os saberes e instrumentos cognitivos próprios dessa relação intersubjetiva, me possibilitaram a apropriação ativa da experiência sociocultural. Desta forma, evidenciou-se para mim, que o ensino e a aprendizagem se constituem como formas universais e necessárias do desenvolvimento psicológico.

Ingressei no CAISM Philippe Pinel em novembro de 2008, a convite, para desempenhar a função de Diretora Técnica de Divisão de Saúde², respondendo pelo gerenciamento do Núcleo de Internação de Agudos.

Me deparei com uma instituição psiquiátrica em processo de mudança. Desde 2005, quando assumiu a direção do hospital, o gestor buscava implantar mudanças tanto na gestão quanto na assistência aos pacientes.

Entre idas e vindas, em 2010 surge a proposta por parte dos gerentes técnicos, de implantar a supervisão institucional, medida que na opinião desses, viria melhor atender a necessidade de reflexão sobre a prática assistencial, ao mesmo tempo que contribuiria para a gestão. Inicialmente a direção concorda, mas a implantação não se efetiva, sendo em seguida substituída pelo projeto de educação permanente, ideia decorrente do curso de gestão realizado pela direção da instituição.

A possibilidade da existência deste espaço exclusivo nos pareceu ideal para realizar a pesquisa que vinha se desenhando, com o objetivo de identificar de que modo a psicologia poderia intervir junto à equipe de trabalho, com vista

² Hoje Diretora Técnica de Saúde II- a partir da nova nomenclatura de cargos da S.E.S. do Estado de S.P.

a transformação das práticas do trabalho, proporcionando melhoria na assistência e redução do sofrimento no trabalho vivido pelos profissionais.

Meu ingresso no Programa de Pós Graduação em Psicologia da PUC de Campinas se deu em 2011, ocasião em que optei pelo Grupo de Pesquisa Processos de Constituição do Sujeito em Práticas Educativas. Tal escolha resultou da possibilidade de desenvolver esta tese na articulação entre saúde e educação, caminho há muito trilhado, considerando que no curso desta investigação, os pressupostos teóricos da Psicologia Histórico-Cultural e o grupo de pesquisa Processos de Constituição do Sujeito em Práticas Educativas, irão me possibilitar maiores possibilidades investigativas e interventivas no contexto institucional, no caso em uma Instituição Pública voltada à internação de pacientes psiquiátricos.

Compreendo em Vigotski³, que desde que nascemos cada qual traz em si as marcas do social ao mesmo tempo em que é marcado por ele, ao ocuparmos distintos papéis e lugares sociais, estes por sua vez carregados de significados, nos chegamos mediados pelos parceiros sociais que encontramos ao longo da vida. Progressivamente, vamos nos integrando neste campo e, nele, aprendendo e nos reconhecendo como pessoas – sujeitos do/no social.

A partir desta compreensão é que pretendo, nesta tese, pensar a psicologia a serviço e no contexto da prática. Aliás, este foi o mote para Vigotski no texto A Crise na Psicologia(1927/1996). Considerava ele que a causa mais premente da chamada Crise, se dava em razão da psicologia aplicada, psicologia prática, ter sido ignorada pelos construtores da(s) psicologia(s) de então. Buscou o autor evidenciar que a práxis configura o teste mais rígido para qualquer teoria já que leva o pesquisador a reconsiderar suas opiniões, constituindo-se no real valor para o progresso científico. Segundo o princípio da práxis, pautado em Marx, a busca da verdade objetiva não se dá no campo teórico, antes, na práxis. “É na práxis que o homem deve demonstrar a verdade,

³ O nome do psicólogo russo Lev Semionovitch Vigotski, aparece escrito de diversas formas. Nessa pesquisa se utiliza a grafia Vigotski por representar similarmente a escrita no alfabeto grego do nome russo, em alfabeto cirílico, Выготский. Corrobora-se, portanto, com a justificativa para essa tradução àquela apresentada por Prestes (2010), em tese de doutorado intitulada “Quando não é quase a mesma coisa: análise das traduções de Lev Semionovitch Vigotski no Brasil. Repercussões no campo educacional”, Brasília, UNB, como a mais próxima da grafia correta. Porém, nas referências apresentadas ao final do trabalho poderá haver diferenças devido às traduções das obras utilizadas.

o saber, a efetividade e o poder, o “critério” [correção nossa] do pensamento.” (Marx, 1845/1978, como citado em Delari Jr., 2011, p.5).

A partir da minha práxis como psicóloga, atuando no campo da saúde mental em instituições públicas, há 20 anos, é que encontro a inspiração para a presente investigação.

Pensar a práxis do trabalho em saúde mental e suas relações me motiva à busca de conhecimentos, o que circularmente incita-me a questionamentos e a novas articulações.

A história da saúde e da doença mental passa por explicações que vão da mágica a mística, percorre a exclusão, o encarceramento e exploração econômica. Em saúde mental, a reunião destes fatores deflagrou a luta antimanicomial, passando pela reforma do Modelo Assistencial, até chegar ao processo atual de busca pela humanização no tratamento.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS, 2007), a humanização na área da saúde se remete à proposta ética, estética e política. Ética por implicar mudanças de atitude dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores de saúde, em que todos passam a ser corresponsáveis pela qualidade das ações e dos serviços prestados em saúde. Estética, por buscar abranger o sistema de produção de saúde de pessoas vistas subjetivamente como autônomas e protagonistas desse processo, e, finalmente, política, por se tratar de uma organização social e institucional das práticas de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

O processo de humanização no SUS deve ser orientado pelos seguintes valores: autonomia, corresponsabilidade, protagonismo dos sujeitos envolvidos, solidariedade entre os vínculos estabelecidos, respeito aos direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão (MS, 2007). A construção desse processo foi possibilitada pela evolução social, mudanças culturais e evolução na formação dos profissionais.

A proposta de humanização considera que aquele que será cuidado tanto como aquele que cuida, devem ser vistos como seres únicos, detentores de uma história singular, que incorpora uma maneira de entender, sentir, se relacionar e se expressar. Portanto, resgata-se a dimensão relacional do ser humano, constituído de identidade, de saberes e sentidos, o que amplia as ações e o foco do profissional da saúde mental.

Atualmente, diversos autores, estudiosos do fazer em saúde, definem o papel do profissional de saúde como cuidador e enfatizam o caráter essencialmente relacional deste cuidado, propondo que a subjetividade passe a ser considerada como intersubjetividade (Amarante, 1999; Ayres, 2001; Mandú, 2004).

Em virtude destas transições paradigmáticas e daquelas observadas no atual gerenciamento na área de saúde e, particularmente, nos serviços em saúde mental, e também a partir do contexto da reforma psiquiátrica⁴, adota-se o modelo transdisciplinar, na tentativa de romper com a lógica do trabalho centrado na figura do médico.

Esse campo apresenta-se marcado pela correlação de forças, em que a hegemonia de uma disciplina opera na não articulação cooperativa e no confronto de sua prática com as demais disciplinas. Nessa perspectiva, a saúde e a doença deveriam ser compreendidas a partir da lógica sistêmica, em que o político e o social seriam considerados na inter-relação com o biológico.

Segundo Chen et al. (2004), a eficiência do sistema de saúde está diretamente relacionada ao desempenho dos trabalhadores que o constituem. Para Rigoli et al. (2006), cada vez mais os países da região das Américas constataam que muitos problemas dos seus sistemas de serviços de saúde, como a iniquidade ao acesso, o descuido com a saúde coletiva e as dificuldades na gestão, estão relacionados aos recursos humanos em saúde.

A perspectiva apontada pelos autores, a meu ver, é um tanto reducionista, ao atribuir os problemas presentes no sistema de saúde, ao trabalhador. Consideramos, no entanto, que um dos elos desta cadeia, o profissional da área de saúde, enquanto agente do trabalho, necessita sim de investimentos contínuos voltados para a sua formação em serviço, ao exercício contínuo de reflexão sobre a práxis e intervenção na prática. Quanto aos demais elos desta intrincada cadeia, como a política pública de saúde, o financiamento, a

⁴ A despeito de considerarmos sobre a importância da reforma psiquiátrica na promoção da transformação do modo da assistência prestada em saúde mental em nosso país, não nos aprofundaremos nesta tese em seu histórico. Caso o leitor queira se dedicar ao tema indicamos :

- Costa, Jurandir Freire. 1976. *A História da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Documentário.

- Amarante, P. D. de C., (coordenador), - *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

remuneração dos servidores e a própria operacionalização da gestão não devem ser descartados se é que se pretende realizar uma análise cuidadosa da questão, com vista a uma profunda compreensão do sistema e à proposição de ações que conduzam a melhor qualidade de atendimento de seus usuários.

No SUS – Sistema Único de Saúde, pode-se dizer que a formação e o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde estão previstos desde sua implantação pela Constituição Federal, de 1988⁵, e pela Lei Orgânica de Saúde, de 1990. A primeira conferência realizada após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, endossada por todas as posteriores, sugere que para implementar o SUS é necessário assegurar políticas para a capacitação ou desenvolvimento e para a formação profissional. Recomendação ratificada na XI Conferência Nacional de Saúde, do ano 2000, quando se reafirma a necessidade de os governos federal, estaduais e municipais assumirem a responsabilidade pela formação e o desenvolvimento de trabalhadores em saúde, por meio do financiamento para a qualificação de pessoal. Foi destacada, também, a necessidade de descentralizar e regionalizar os processos de formação e desenvolvimento profissional (CECCIM et al., 2002), constituindo, portanto, como questão fundamental para a qualidade da atenção em saúde prestada à população e em estratégia de qualificação da gestão dos serviços e sistemas de saúde.

Durante muitos anos os profissionais de saúde, e as instituições públicas e privadas adotaram o formato de Programa de Educação Continuada, que, isoladamente enquanto ação estratégica de qualificação profissional mostrou-se, conforme apontam Ribeiro e Motta⁶(1996), insuficiente para atender às demandas crescentes colocadas pelo avanço da implementação do Sistema Único de Saúde. Até porque este modelo de educação em serviço destina-se a públicos específicos, com enfoque em temas de uma especialidade; visa à atualização técnico-científica e são esporádicos, além de, em geral, se utilizarem

⁵ O artigo 200, da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988).

⁶ Ribeiro e Motta (1996) consideram no estudo realizado, que nos cursos vinculados aos Programas de Educação Continuada, *os profissionais são elevados ao paraíso do “como deveria ser, tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única, de pacientes e serviços. Quando retornam aos serviços, entretanto, se veem confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade da aplicação do conhecimento adquirido”* (p.4)

de metodologias centradas na transmissão de conhecimentos (aulas, conferências, palestras; que ocorrem em locais diferentes dos ambientes de trabalho). Essas ações apresentam como resultado a apropriação passiva do saber científico e o aperfeiçoamento das práticas individuais (Brasil, 2004b)

A crítica a esse modelo abriu espaço, nos sistemas de saúde latino-americanos, para uma nova proposta de educação em serviço – a Educação Permanente. De acordo com Haddad et al (1994), essa proposta se destina a públicos de diferentes especialidades; insere-se de forma institucionalizada no processo de trabalho; possui enfoque nos processos de trabalho e na reorganização dos serviços, e permite a reflexão sobre o cotidiano das práticas de saúde. Em 2002, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) ligada ao Ministério da Saúde, que elaborou e apresentou ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente⁷ em Saúde. Apresenta, como objetivos:

definir uma proposta nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, capaz de tratar de Educação e Trabalho, promover mudanças nas Práticas de Formação e nas Práticas de Saúde, promover articulação entre Ensino, Gestão e Controle Social e criar Pólos de Educação Permanente em Saúde” (Brasil, 2004b, p.39)

⁷ Não nos ateremos, nesta tese, na discussão e aprofundamento do tema sobre Educação Permanente, o que pretendemos fazê-lo em artigo a ser publicado. No entanto, para o pesquisador e leitor interessado no aprofundamento do tema indicamos as publicações abaixo:

- Brasil. M.S.(2006). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 ; v. 9).

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf

- Brasil.(2014). *Educação permanente em saúde: um movimento instituinte de novas práticas no ministério da saúde: agenda 2014*. 120p.

- Merhy, Emerson Elias ; Feuerwerker, L. Camargo Macruz. (2011). *Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado*. In: Ana Cristina de Souza Mandarino; Estélio Gomberg. (Org.). *Informar e Educar em Saúde: análises e experiências*. Informar e Educar em Saúde: análises e experiências. 21ed .Salvador: Editora da UFBA,v. 1, p. 5-

- Ceccim, R. B.; Feuerwerker, L.(2004). *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*. Physis - Rev. Saúde Coletiva, v.14, n.1, p.41-65.

- Ceccim R. (2005). *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário*. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>

Paralelamente, ao considerar o importante papel desempenhado pelos Programas de Educação Permanente propostos pelo Ministério da Saúde, na incorporação do processo de planejamento nas políticas de educação na saúde, verificamos a necessidade de rever conceitos e estratégias do programa, tal como o apontado por Costa (2006).

Tanto quanto as possibilidades é preciso apontar limites à implementação da Educação Permanente pelas instituições de saúde, a começar pelas suas diferentes interpretações e baixa apropriação de seu conceito. Além disso, a cultura das organizações de saúde, de tendência centralizadora e verticalizada, num ambiente de disputas políticas, acarreta sua baixa institucionalização e descontinuidade da implementação. Além das dificuldades apresentadas pelo sistema de saúde, o próprio sistema educacional baseia-se numa pedagogia hegemonicamente tecnicista e de transmissão, formando profissionais não preparados para trabalhar com pedagogias ativas. (p 92)

Concordamos com o autor e apontamos para a necessidade de revisão de enfoque das estratégias do programa para as equipes de saúde mental, dado a especificidade da lógica do trabalho e da pequena ou nenhuma implantação da proposta voltada a este segmento profissional no Brasil, conforme fica demonstrado na pesquisa sobre o assunto. Aliado ao fato de que os investimentos estão centralizados nos órgãos públicos, não atendem aos interesses e urgência dos serviços e ainda a liberação dos recursos, quando o curso é aprovado, padece dos males da burocracia.

De um lado, como participante de curso de formação de tutores e de outro envolvida num processo denominado de educação permanente voltado exclusivamente aos gestores da instituição, é que considero que há muitas propostas intituladas como educação permanente. Por não se constituir este tema em nosso foco de interesse nesta pesquisa, não nos ateremos no aprofundamento conceitual sobre educação permanente tão pouco na distinção de um modelo ou de outro. Consideramos que este tema, por si, seria relevante e vasto o suficiente para estimular uma outra pesquisa.

Em levantamento realizado no banco de teses da CAPES, com o descritor “saúde mental”, acessamos 526 trabalhos desenvolvidos no período de 2000 a 2010. No mesmo período, utilizando o descritor “saúde”, obtemos um total de sete mil, duzentas e noventa e quatro (7.294) pesquisas, e, ainda, utilizando-se o descritor “saúde mental e psicologia histórico-cultural”, obtivemos um total de quatorze (14) teses de doutorado realizadas no período. Já com o descritor “saúde mental e Vigostki”, não consta nenhum registro de tese no período. Pesquisando pelo descritor “educação permanente em saúde mental”, registra-se apenas três (3) teses de doutorado, no período (2000 a 2010), sendo que nenhuma delas está voltada à intervenção pela via da educação permanente com profissionais da saúde mental. O mesmo ocorrendo com o descritor “educação permanente e Vigostski”, encontramos apenas três (3) teses, porém, todas voltadas à pesquisa na área de educação.

No portal BVS- Biblioteca Virtual em Saúde, a busca com o descritor “educação permanente em saúde mental”, trouxe quatro trabalhos (mestrado e doutorado). Nenhum, no entanto, se volta à prática de educação permanente com equipes de saúde mental.

Utilizando a base de dados Lilacs, identificamos apenas um artigo⁸ que melhor se aproxima ao tema desta tese. Essa revisão da produção sobre o tema da formação permanente em saúde mental nos conduz a afirmar pela relevância da proposta da presente investigação.

Em minha vivência, no trabalho junto às equipes de saúde mental, e especialmente na instituição psiquiátrica em que se dá a presente pesquisa, verifico um número significativo de problemas na relação dos profissionais com o trabalho, como dificuldades em trabalhar coletivamente, em comunicar-se e relacionar-se para além do enfoque teórico de seu campo de conhecimento. Observo que essas dificuldades impactam diretamente a qualidade do atendimento prestado ao paciente. Prevalece entre os profissionais o sentimento de falta de reconhecimento no trabalho. Como, em geral, fica a cargo dos profissionais de saúde mental, efetivarem na prática as diretrizes da reforma

⁸ Oliveira, Thaís Thomé Seni S.; Leme, Fernanda Ribeiro da Gama; Godoy, Kathia Regina Galdino. (2009). *O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática*. in: Revista de saúde Mental, vol. 7, núm. 12, janeiro-junho, 2009, pp. 119-138. Universidade Presidente Antônio Carlos. Barbacena- MG.

psiquiátrica, consideramos que isso exige adequações que vão desde a formação em saúde até o desenvolvimento profissional em serviço.

Considerando que as vivências dos profissionais pesquisados, promovem e sustentam o sofrimento, e que a busca por reconhecimento está no âmago do trabalho, partimos da seguinte hipótese: **a falta de adoção de uma política institucional de formação apropriada ao desenvolvimento dos profissionais, em relação ao conhecimento teórico/prático em saúde mental e saúde pública, somada às atribuições do trabalho e ao modelo de gestão adotado pelas instituições públicas em saúde mental, são geradoras de conflitos e promovem o sofrimento vivido por estes trabalhadores.**

Compreendemos a vivência, no sentido vigotskiano, como uma experiência significativa para o sujeito, recheada de emoções, gerada em uma situação específica, situação social de desenvolvimento, que não se configura como externa, mas como junção dos aspectos do sujeito e da própria situação. Visto que a vivência resulta na configuração de novos sentidos e significados pelo sujeito, ela pode ser tomada como unidade da consciência. (Souza; Andrada, 2013). Nas palavras de Vigotski (1935/2010):

A vivência é uma unidade na qual, por um lado, de modo indivisível, o meio, aquilo que se vivencia está representado - a vivência sempre se liga àquilo que está localizado fora da pessoa - e, por outro lado, está representado como eu vivencio isso, ou seja, todas as particularidades da personalidade e todas as particularidades do meio são apresentadas na vivência, tanto aquilo que é retirado do meio, todos os elementos que possuem relação com dada personalidade, como aquilo que é retirado da personalidade, todos os traços de seu caráter, traços constitutivos que possuem relação com dado acontecimento. Dessa forma, na vivência, nós sempre lidamos com a união indivisível das particularidades da personalidade e das particularidades da situação representada na vivência (p.686).

Cabe ressaltar, no tocante ao trabalho, que a concepção que embasa esta pesquisa leva em consideração o trabalho coletivo, porém, pretendemos focalizar o sujeito, e neste caso o sujeito do trabalho, o trabalhador-uno - na

relação com o coletivo em seu processo de desenvolvimento. Seus movimentos e não movimentos, que este faz para criar e recriar o seu trabalho.

Nesse sentido, considera-se que a análise sobre o trabalho na perspectiva histórico-cultural, apresenta uma especificidade que não pode ser tomada como postura de extraterritorialidade (Schwartz,2004), o que significa que pesquisador e objeto de pesquisa devem estar envolvidos em uma rede de complexidade singular, ou seja, ele, pesquisador deve estar presente onde a história acontece, na cena dos acontecimentos, e neste caso deve tomar também o contexto como objeto de investigação.

Essa perspectiva epistemológica e metodológica apoia-se, também, na compreensão que temos do que é viver e trabalhar.

O que nos leva a considerar a superação dos limites do conhecimento científico na investigação das práxis pela via da confrontação mediada. Explico, compreendendo que para uma atividade se configurar como humana é essencial que seja movida por uma intencionalidade fruto de uma necessidade imposta ao homem, nesta pesquisa temos de um lado a pesquisadora frente a intencionalidade de investigar as possibilidades de transformação da práxis pela via da formação em situação de trabalho com profissionais de saúde mental e, de outro, temos uma parte destes profissionais interessados em superar e transformar suas condições de trabalho, já que outros não expressam nenhuma destas intenções e limitam-se à execução de suas tarefas rotineiras.

Tomando por base os pressupostos teórico-metodológicos da Psicologia Histórico-Cultural, representada por Vigotski, autor que ao investigar de que modo a arte se relaciona com o psiquismo humano a postula como linguagem que toca os afetos e possibilita acessar o sujeito por meio do sensível, do afetivo-volitivo, nos propomos a desenvolver um projeto de formação em situação de trabalho com profissionais de saúde mental de uma instituição psiquiátrica, para analisar **em que medida a vivência da formação em situação de trabalho pela via da arte⁹, promove a expressão e elaboração de emoções e**

⁹ O PROSPED - Grupo de Pesquisa Processos de Constituição do Sujeito em Práticas Educativas é um grupo de pesquisa do programa de pós-graduação stricto sensu em Psicologia como Profissão e Ciência da PUC-Campinas. Desenvolve pesquisa em que busca analisar os contextos da perspectiva dialética e tem se dedicado ao desafio de explicar os fenômenos investigados e de criar formas de abordar o fenômeno. Tal busca tem conduzido o grupo, inspirado nas ideias de Vigotski, a utilizar a arte como mediação dos processos psicológicos. O que tem permitido que tenhamos como resultado, a um só tempo, novas

sentimentos que levem ao desenvolvimento da consciência de si, do seu papel profissional, dos efeitos do seu trabalho no outro e das condições em que o trabalho ocorre.

Destacamos a importância da relação entre trabalho e educação no contexto da crise estrutural do capital na atualidade, a qual provoca mudanças econômicas, políticas e sociais, que interferem nas formas de pensamento, sentimento e ação dos homens.

Pensar a práxis do trabalho em saúde mental, suas relações, as angústias do trabalhador e suas causas tem nos motivado à busca de novos conhecimentos, o que incita a novos questionamentos, articulações e reflexões.

No caso da instituição em foco, **interrogamos se as equipes têm clareza sobre as ações que realizam e quais resultados esperam? Qual o sentido dessas ações para esses sujeitos que prestam cuidados a outros sujeitos, disponibilizando e trocando, diariamente, afetos e conteúdo psíquico?**

As relações do sujeito com o mundo objetivo são mediadas pelas relações sociais que lhe possibilitam configurar o mundo, na atribuição de significados e configuração de novos sentidos das vivências, em um movimento dialético permanente.

Para compreender os sentidos do trabalho é necessário conhecer os aspectos constitutivos de sua profissão, tais como, a história, o contexto em que atuam e o modo como história e contexto, na relação com a sociedade atual, configuram o modo de atuação destes profissionais. Sobretudo em relação ao nível de consciência deste profissional frente ao seu papel na saúde mental, como funcionário público da saúde.

Sabemos que os serviços públicos têm, hoje, um papel determinante em muitos países, sobretudo em setores como saúde, educação, cultura e assistência social. Também somos conhecedores de que o Estado tem papel central no atendimento de demandas da vida coletiva, mesmo no contexto

compreensões para dados fenômenos e a sistematização de formas de acessá-lo - método. O que nos interessa portanto, e em Vigotski é a Psicologia da arte, entendida como o impacto que a arte teria na subjetividade humana. Para conhecer as pesquisas desenvolvidas pelo grupo, indicamos o blog: http://prospedpuc.blogspot.com.br/2014/03/artigos_25.html em que os leitores podem acessar todas as produções do grupo, artigos, teses e dissertações.

neoliberal que caracteriza o modo de relação do Estado com a sociedade atualmente (Frémeaux, 2001). No entanto, para muitas pessoas, a representação dos funcionários e do próprio serviço público está, invariavelmente, associada à imagem de pessoas pouco inclinadas a trabalhar e preocupadas, principalmente, em obter vantagens ou privilégios, ideia mais ou menos difundida dependendo das épocas e das camadas sociais desde Courteline¹⁰(Chanlat, 2002).

Podemos verificar, no caso da formação em Psicologia, a partir do seu reconhecimento como profissão em 1962, três áreas de atuação profissional: as psicoterapias, dentro do modelo liberal-privado de consultório, a organizacional e a educacional. A saúde pública ainda não era vista como campo de atuação privilegiado e, após 50 anos, essa situação mudou drasticamente.

Uma pesquisa realizada a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) contabilizou 14.407 psicólogos no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2006, o que representa 10,08% dos profissionais registrados no Sistema Conselhos de Psicologia (Spink, 2007). Diversos estudos apontam que a crescente presença dos psicólogos na saúde pública no Brasil aconteceu em associação com a reforma psiquiátrica e com a criação do campo chamado de Saúde Mental (Dimenstein, 1998; Ferreira Neto, 2004).

A partir dessas considerações, é possível propor a seguinte tese: a Psicologia Histórico-cultural pode se constituir em aporte para intervenções e pesquisa em espaço de formação em situação de trabalho, visto oferecer fundamentos que possibilitam analisar os processos de constituição do sujeito e as mediações que promovem essa constituição, sobretudo as relativas às suas condições materiais de vida e de trabalho. Intervir nesse processo equivale a promover o desenvolvimento da consciência de si, do outro e de suas ações sobre o outro e a sociedade, o que resulta em melhoria das condições de trabalho dos profissionais e da qualidade do atendimento que oferecem.

¹⁰ Georges Courteline, pseudônimo de Georges-Victor-Marcel Moineau (1858/1929), escritor e dramaturgo francês cujo bem-humorado trabalho é uma anatomia brilhante social do meio do século XIX. Courteline antes da carreira literária, foi obrigado a servir em um regimento de cavalaria e depois trabalhar nos escritórios do Ministério do Interior. O que serviu de inspiração para muitos de seus textos.

Tal mudança no modo de ver a si próprio, ao outro e às condições em que atua será possível na medida em que o sujeito acesse vivências que promovam a configuração de novos sentidos, e acreditamos que a arte, como instrumento psicológico (Vigotski;2004/1929), em suas várias expressões, pode se constituir como materialidade mediadora favorecedora desse processo.

OBJETIVOS

Geral

O presente trabalho se propõe a investigar os sentidos do trabalho e da formação em situação de trabalho realizada nesta tese para profissionais que atuam em saúde mental no sistema público de saúde. Formação esta, realizada pela pesquisadora.

Específicos

- Analisar o potencial da arte como estratégia na formação para profissionais da área da saúde mental;
- Identificar e analisar os sentidos atribuídos ao trabalho pelos profissionais e sua influência no modo como desenvolvem suas atividades e o envolvimento destes com a formação.
- Investigar se a formação proposta interfere na superação do sofrimento e adoecimento desses profissionais.
- Caracterizar e estabelecer aproximações entre esta proposta de formação em situação de trabalho e as relacionadas à Educação Permanente em Saúde e a Educação Continuada.

Para desenvolver a proposta apresentada construímos o trabalho tomando por base quatro eixos que visam sustentar a tese:

O primeiro, de natureza teórica, apresenta, reflete e problematiza as contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para o desenvolvimento do sujeito, ao mesmo tempo em que se busca fundamentar os conceitos dessa corrente da psicologia como aporte a uma prática psicológica voltada à formação em situação de trabalho, de caráter interventivo e aplicada no contexto institucional. Damos destaque ao conceito de vivência em Vigotski, por entendermos que as práticas que promovem as vivências podem ser propulsoras para a configuração de novos sentidos sobre trabalho.

Tomando por base esses pressupostos e considerando que assim como Vigotski, Leontiev e Luria já defendiam que o verdadeiro objeto da psicologia é o estudo do desenvolvimento social do psiquismo humano, o binômio evocado nesta tese: trabalho - educação encontra nesta teoria a base para se pensar e discutir a práxis do trabalho e o processo de formação em serviço dos profissionais da saúde mental.

Neste eixo, acreditamos ser importante questionar como o trabalho em saúde mental no âmbito público pode ser alienante, dado o automatismo de determinadas práxis e a verticalização das ações, que levam à imobilização dos movimentos criativos do trabalhador. Modo que dificulta o processo de reflexão e, conseqüentemente, de crítica. Será apresentada, também, uma análise crítica da produção científica sobre nosso tema de pesquisa e como os principais conceitos estão sendo utilizados.

Já no segundo eixo, buscamos, a partir da compreensão teórica da perspectiva da Psicologia Histórico Cultural, discutir o binômio trabalho-educação. Enfocamos o trabalho, enquanto condição para o desenvolvimento do psiquismo e da consciência do homem, abordando o trabalho enquanto atividade, e seu papel na constituição da identidade profissional. Buscamos destacar em que medida este aporte teórico, pode deslocar a discussão da Psicologia exercida no campo do trabalho e a serviço dele; que em geral se centra nos estudos com enfoque ético-político, que abordam o trabalho como exterior ao homem e não como intrínseco a ele, próprio de sua constituição como sujeito, em que a participação ativa, envolve e mobiliza tanto as ações físicas como psíquicas, e neste sentido é promotor de desenvolvimento.

Para tanto, faremos uma revisão do tema, buscando neste percurso investigar as contribuições possíveis da Psicologia Histórico-Cultural no contexto do trabalho em saúde mental; visto a escassez de pesquisas que se utilizam desta corrente teórica enquanto aporte teórico.

Retomamos aqui, a formação em situação de trabalho como princípio para o desenvolvimento humano a partir de vivências significativas; tomando o espaço de formação em situação de trabalho enquanto espaço de emergência do sujeito, destacando a plausibilidade dos fundamentos da Psicologia Histórico-Cultural na ação formadora.

No terceiro eixo, pretendemos mostrar o lastro da psicologia da arte como aporte às práticas psicológicas em contextos institucionais. As ideias desenvolvidas neste eixo fundamentam-se em dois grupos de pressupostos teóricos de Vigotski: alguns de obras produzidas no início de sua carreira, antes da Psicologia Histórico-cultural, como: Psicologia da Arte, (1925/2001b); Psicologia Pedagógica, (1926/2003) e O Príncipe da Dinamarca: a tragédia de Hamlet (1916/2001b); e outros em seus últimos escritos, quando já consolidada a Psicologia Histórico-Cultural, como: A construção do Pensamento e da Linguagem, (2001a) e The teaching about emotions, (1999b), ambos de 1934. E, por fim, apresentaremos a arte como Materialidade Mediadora na formação em situação de trabalho, aqui compreendida enquanto espaço singular de produção subjetivante no trabalho.

1. O dever do sujeito: As Contribuições da Psicologia Histórico Cultural para o Campo da Análise Institucional em Saúde Mental.

*Não está sob suspeita que aquilo que nos é dado em uma **perejivanie** direta, de nenhum outro modo nos poderá ser dado. (...) Nenhum tratado psicológico substitui, ao homem, o que sente, se não tiver provado pessoalmente o amor, o fervor combativo e a alegria do trabalho criativo“....”*

Serguei Rubinshtein (1940/2009, p. 19)

Neste primeiro eixo, de natureza teórica, busca-se apresentar, refletir e problematizar as contribuições da Psicologia Histórico-cultural para o desenvolvimento do sujeito e fundamentar os conceitos dessa corrente da psicologia como aporte a uma prática psicológica voltada à formação em situação de trabalho em saúde mental, de caráter interventivo e desenvolvida no contexto institucional. Aprofundaremos o conceito de vivência em Vigotski, ressaltando como as práticas que promovem vivências; como a formação executada nesta pesquisa, podem ser propulsoras da configuração de novos sentidos sobre trabalho.

Visamos, sobretudo, destacar a aplicabilidade dos conceitos teóricos voltados à compreensão do desenvolvimento humano: funções psicológicas superiores. Pretendemos, ainda, discutir a plausibilidade desta teoria para pesquisas e trabalhos voltados às questões institucionais, uma vez que compreendemos, tal como aponta Delari Jr., (2012, p.6), que entre as relações de produção, as instituições e os grupos há campos que ainda “estão a descoberto até o momento nas obras de Vigotski”.

Consideramos que o exercício primeiro de se colocar um campo teórico como a Psicologia Histórico Cultural; tradicionalmente, no Brasil, mais aplicada à educação, como aporte à compreensão do desenvolvimento humano em situação de trabalho, traz significativa contribuição à discussão sobre a prática da psicologia aplicada no contexto institucional e, no caso, em uma instituição de saúde mental. Tal empreendimento encontra respaldo na ênfase dada por Vigotski no texto sobre a Crise na Psicologia (1996a /1927), quando remete à necessidade de se propor uma metodologia voltada para a práxis no campo da ciência aplicada.

Tendo em vista as inclinações teóricas que marcavam os estudos de então, que oscilavam ante uma compreensão do desenvolvimento humano centrado na biologia ou no naturalismo, a psicologia dialética defendida por Vigotski (2004), ao contrário, se propõe à análise em termos de unidade dos processos psicofisiológicos. Ou seja, se propõe estudá-los de forma imbricada, em que um mantém estreita relação com o outro ao mesmo tempo em que marcado pelo pensamento dialético voltado à análise dos processos de desenvolvimento de forma contínua, caracterizado por saltos e pelo aparecimento de novas qualidades (p.144). Ao reconhecer e compreender o sistema psicológico como unidade, aponta para seu caráter indivisível (p.145) de desenvolvimento, momento inaugural em que Vigotski se inclina à elaboração de uma metodologia completamente nova à época e talvez ainda hoje, uma vez que enfoca o processo de desenvolvimento humano em sua totalidade, considerando os aspectos subjetivos e objetivos. A este intrincado sistêmico, em que compreende o desenvolvimento do psiquismo, Vigotski postula que toda função psicológica foi anteriormente uma relação entre duas pessoas, de forma que

podemos afirmar que o social e o cultural inauguram duas categorias fundamentais que se encontram na base da obra deste autor.

Outro marco importante proposto na metodologia de Vigotski e que o distinguiria daquelas que criticava, é o conceito de *historicismo*¹¹. Inicialmente com base no método de Marx (1890) e posteriormente nos estudos de Engels (1925/1978), ele vai aplicar este conceito na psicologia. No texto Manuscrito (1929), ele deixa clara a matriz inspiradora do conceito. Inicia o texto esclarecendo ao leitor o que significava para ele a palavra história, diz:

“...” para mim significa duas coisas: 1) abordagem dialética geral das coisas – neste sentido qualquer coisa tem sua história, neste sentido Marx: uma ciência – a história (Arquivo, p. X), ciências naturais = história da natureza, história natural; 2) **História no próprio sentido**, isto é a história do homem. Primeira história = materialismo dialético, a segunda – materialismo histórico. (1929/2000, p. 23- grifo do autor).

De um lado, afirma que a primeira traz a “abordagem dialética geral das coisas” e de outro, significa a “história humana”. Revela-nos, assim, a importante aproximação com Marx e Engels, a partir da compreensão destes autores de que a única ciência é a história: “*toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder ‘fazer história’.*” (MARX e ENGELS, 1984, p. 39).

Concordamos com Kozulin (1996) frente à afirmação de que a tendência fundamental apresentada por Vigotski para o uso de conceitos de Marx e Engels na psicologia, se dá pelo caráter filosófico da teoria marxista, cuja proposição é extremamente ativista. Ao propor que a evolução psíquica do homem não se prende apenas à maturação biológica na ontogênese, nem à adaptação biológica na filogênese, mas, com apoio na teoria de Marx, decorre da” atividade

¹¹ Corrente que dominou o pensamento alemão durante um século e meio e do qual proveio a sociologia do conhecimento. Suas idéias principais são: 1- Todo fenômeno cultural, social ou político é histórico e não pode ser compreendido senão através de sua historicidade. 2- Existem diferenças fundamentais entre os fatos naturais e os fatos históricos e, conseqüentemente, entre as ciências que os estudam. 3- Não somente o objeto da pesquisa está imerso no fluxo da história, mas também o sujeito, o próprio pesquisador, sua perspectiva, seu método, seu ponto de vista. (Löwy, 1994)

laboral com a ajuda de instrumentos” (Vigotski, 2004,p.447-448), temos aí a síntese que confere ao humano uma existência biológica, psicológica, antropológica e histórica, marcada essencialmente pelo cultural. Esta condição *ativa* do homem sobre a natureza decorre inicialmente da necessidade de sobrevivência da espécie, seguida da necessidade de intercâmbio e comunicação pelo aprimoramento da linguagem entre os homens. Esta participação ativa em que a pessoa se insere nos contextos sociais complexos, suas conquistas é o que lhe conferirá a condição de humanização, temos aí o caráter fundante do trabalho no desenvolvimento do humano. Consideramos aqui a hipótese do caráter mediado dos processos psíquicos a partir do desenvolvimento das funções psíquicas superiores (consciência, pensamento e fala, percepção, vontade, atenção e memória voluntária, raciocínio dedutivo, capacidade de planejamento).

Tomando por base a realização do trabalho como decorrente da forma material do uso de instrumentos (Vigotski,2004, p.449) é possível afirmar que o signo ocupa lugar central, se constituindo no meio pelo qual o homem opera sobre si mesmo. Formulação que irá se constituir nos estudos posteriores sobre a formação das funções psíquicas superiores, tema central das investigações de Vigotski e seus colaboradores. Esclarecemos, temos aqui o caráter fundante da natureza sociocultural das funções mentais superiores que, segundo ele, são relações sociais internalizadas, ao que Pino (2000) acrescenta como “mecanismo semiótico que explica a conversão dessas relações sociais em funções da pessoa” (p.45). Em outras palavras, o processo de mediação não é apenas uma função que ocorre a partir de uma incidência externa, mas antes é ou deve ser estabelecido e vivido pelo próprio sujeito.

Mas como se dá esse processo de desenvolvimento humano? Vigotski, (1929/2000) responde: “para nós é a personalidade social, o conjunto de relações sociais encarnadas num indivíduo” (p.33), em que as funções psicológicas serão construídas na e pela estrutura social. Podemos então compreender a partir do referencial vigotskiano, que os aspectos fisiológicos e psíquicos de toda e qualquer atividade psicológica humana, devem ser entendidos como instâncias de um mesmo e único processo histórico que, ao constituí-lo, os relaciona. De forma que ao considerar o conceito de atividade

humana do trabalho e os fundamentos do materialismo dialético, temos a base da metodologia proposta e defendida por Vigotski, que fundamenta os processos de desenvolvimento do psiquismo.

Há de se compreender, no entanto, que este desenvolvimento não ocorre de forma linear, ao contrário, avanços e retrocessos estão presentes e de forma dialética. Vigotski (1927/2004) afirma: “somos dialéticos e não pensamos, de modo algum, que o caminho de desenvolvimento das ciências ande em linha reta” (p. 404). De forma que o movimento de idas e vindas, erros e acertos, são inevitáveis e esperados em nosso processo de desenvolvimento, o que configura a capacidade de superação.

Portanto, os pressupostos da Psicologia Histórico-Cultural, em especial, os postulados por Vigotski (1931/2007), nos auxiliam a compreender como se dá a constituição do sujeito: processo que implica a apropriação das características humanas e da produção cultural dos homens, ou seja, o homem é uma produção social da qual participa na condição de sujeito. (Pino,1993)

Mas como sujeito e cultura se relacionam? De que forma esta afeta o seu desenvolvimento? Este problema proposto por Vigotski é esclarecido por Palangana (1994) e Pino (2000). Segundo estes autores, sem o social não haveria como o processo de hominização ocorrer. Neste sentido, é pela mediação do social, que o sujeito é capaz de configurar seus próprios sentidos e significados a respeito do que já existe socialmente. Sem a mediação do outro não seria possível haver tais configurações, não basta a força apresentada pelo sujeito. Podemos dizer que o elo epistemológico da teoria de Vigotski é a mediação.

A visão de homem desta perspectiva é sustentada na integração de vários fatores e, sobretudo, a partir da perspectiva social. De forma que é necessário considerar a constituição e desenvolvimento do sujeito partindo-se do princípio de que corpo, cognição e afeto se constituem entrelaçados a partir da gama de experiências sociais e históricas vivenciadas por ele. (Vigotski, 1995, 1934/2001a, 2007). Isto porque, o contexto em que ele – sujeito, está inserido, irá estabelecer uma espécie de trama que respaldará o seu desenvolvimento físico, afetivo e social.

Homem e sociedade vivem uma relação de mediação, em que um expressa e contém o outro, sem se diluírem e sem perderem sua singularidade. Vivem a dialética, entre níveis de semelhança e diferenciação, processo em que se efetivará a singularidade do sujeito. Ao se manter assim, cria a possibilidade de colocar o novo no social. Dessa forma, a constituição do plano individual não se dá como mera transposição, plano social-plano individual, mas como resultado de um processo de configuração, em que indivíduo e sociedade não mantêm uma relação isomórfica entre si, mas uma relação na qual um constitui o outro (Aguiar, 2006).

Aguiar (2006), reitera a afirmação de Vigotski, em que este considera que o processo de internalização deveria ser chamado de processo de revolução, pressupondo, com isso, uma radical reestruturação da atividade psíquica. Processo que é denominado pela autora como configuração, entendendo que este só é possível na e pela atividade, entendida como vital para a existência humana. (p.12)

De forma, entendemos o sujeito como aquele que é ao mesmo tempo único e singular, mas também social e histórico, como aquele que transforma o social em psicológico, como aquele que vive a unidade contraditória do simbólico e do emocional e como aquele que produz sentidos subjetivos. (Aguiar, 2006)

Aqui destacamos dois pontos fundamentais que, ao nosso ver, sustentam a legitimidade dessa teoria para a atuação do psicólogo em contextos institucionais. O primeiro, de aspecto mais geral, diz respeito à função de mediador que atribuímos ao psicólogo que atuará junto às equipes em formação. Mediador das relações, das diversas possibilidades de transformação, de mudança, possíveis pela conscientização sobre si e sobre outro. (Petroni e Souza, 2014). O segundo ponto, de aspecto mais particular, é a importância que a fala assume neste processo.

Vigotski (1999) defende a fala oral e escrita como a forma superior do signo, dando base para afirmarmos que a palavra é um instrumento psicológico.

A fala assume a função de viabilizar o acesso aos indicadores que permitem a compreensão do modo de funcionar do sujeito, ao mesmo tempo em que o coloca para refletir sobre si mesmo. Ela permite ao sujeito narrar-se, narrar

o outro e narrar suas vivências, revelando suas condições materiais de existência e significando-as; pela atribuição de significados e sentidos.

Para realizar a mediação, o psicólogo lança mão de instrumentos, que permitiriam acessar os sujeitos e promover a configuração de novos significados e sentidos, movimento que exige uma reorganização de todas as funções psicológicas, e resulta na ampliação da consciência (Souza; Andrada, 2013), categoria que abordamos a seguir.

1.1 Da trama do social à construção do sujeito crítico: a teia que sustenta e promove o desenvolvimento humano.

Não é por julgarmos uma coisa boa que nos esforçamos por ela, que a queremos, que a apetecemos, que a desejamos, mas, ao contrário, é por nos esforçarmos por ela, por querê-la, por apetecê-la, por desejá-la, que a julgamos boa.

Espinoza, Ética, parte 3 prop. 9 esc.

Compreender o social como fonte de desenvolvimento implica conceber a realidade como uma construção em que múltiplos sujeitos dela participam e nela interagem, em um processo contínuo de troca entre externo e interno, pela via das relações sociais, por meio da linguagem. Neste sentido, os conflitos humanos não decorrem de fenômenos internos, do próprio sujeito, ou do resultado da ação passiva do meio, mas são construídos nas relações sociais pela linguagem. O desenvolvimento do homem é fundamentalmente desenvolvimento social e cultural, forjado nas interações, por meio da fala oral, do pensamento, da escrita, ou seja, dos signos culturais.

O resultado desse intrincado processo histórico-social é que conduzirá o homem à sua conseqüente evolução psíquica, culminando naquilo que Vigotski denominou Funções Psicológicas Superiores (2001, 1934/2003, 1930/2004, 1933-1934/2006, 2007). Ou seja, a partir do que vive com os outros o sujeito se torna capaz de se apropriar de modos de funcionar cada vez mais elaborados, rumo ao desenvolvimento qualitativo do sistema psicológico, em que as conexões entre as funções assumem possibilidades quase infinitas. As funções elementares, no entanto, não desaparecem, ao contrário, se constituem como

base para as superiores; superiores na medida que são autorreguladas, assumindo o caráter de voluntárias. (Souza, V.L.T. et al, 2011.).

Entendemos, então, que o processo de desenvolvimento das funções elementares e superiores não é paralelo ou sobreposto, mas resultado de combinações e nexos entre as funções, constituindo uma rede de sínteses entre elas, em que a diferença essencial não decorre de mudança intrafuncional, mas de mudanças interfuncionais” (Vigotski (1930/2004b, p.104). Souza (2011) concebe este processo como uma teia de funções interligadas, em que uma contata outra, e mais outra, se unindo com as demais. Forma-se, assim, o sistema psicológico em que as funções se relacionam entre si de forma imbricada e nunca isolada.

As Funções Psicológicas Superiores como memória, consciência, percepção, atenção, fala, pensamento, vontade, formação de conceitos e emoção se intercambiam nesta rede de nexos ou relações (Souza, 2011). Esse processo não se esgota, pois, apesar da estrutura das Funções Psicológicas Superiores não mudarem, as conexões mudam. São as relações entre as funções psicológicas superiores entendidas como ‘nexos das funções entre si’ que mudam no processo de desenvolvimento humano. (Vigotski, 1930/2004b p.105).

No estudo desta teoria vamos percorrendo os fios que formam esta teia que nos constitui como humanos. Verificamos neste percurso não só as ligações e interconexões, mas as alternâncias de prevalência no desenvolvimento das Funções Psicológicas Superiores, abordando inicialmente o processo ontogenético que leva à formação da consciência nos indivíduos. A seguir, aprofundaremos nossa discussão sobre os conceitos de sentido e significado, pensamento e palavra, consciência e vivência e seus nexos no sistema psicológico, visando delimitar a linha de investigação, bem como encontrar relevâncias para a compreensão da potencialidade interventiva no processo de formação em situação de trabalho.

1.2 A relação entre sentido e significado: da expressão ao papel da linguagem¹² na formação da consciência

“...”Nenhum som teme o silêncio que o extingue, e nenhum silêncio existe que não esteja grávido de sons”.

(CAGE, John¹³, 1985, p. 98).

O conceito de sentido está presente desde os primórdios da psicologia enquanto ciência, e as explicações dependem do modelo teórico em foco, o que influenciou e influencia a definição do conceito até os dias atuais. Vigotski, em sua crítica à psicologia vigente em sua época e visando superar as cisões presentes neste campo teórico, adota a categoria sentido para ressaltar a natureza humana do homem, seus modos e condições de existência. (Namura, 2004,p: 91) .

Aparece primeiro na obra de Vigotski, especificamente no capítulo “Pensamento e Palavra”, depois Leontiev, como dito, apropria-se deste conceito, porém denominando-o de “sentido pessoal” e relacionando-o com a atividade e a consciência humana. Leontiev (1978), ao empregar o conceito de sentido na relação com a ação, o limita, já Vigotski amplia sua definição, quando introduz o “motivo” como processo mediado que é a base da volição, sendo que o conjunto da ação é que irá conferir sentido ao vivido. Aí temos a diferença conceitual para estes autores. Neste trabalho, tomamos o conceito de sentido em Vigotski.

Consideramos além de importante necessário esclarecer que as categorias de sentido e significado apresentadas aqui com base na perspectiva da teoria histórico-cultural “...” introduzida por Vigotski na última etapa de seu pensamento científico “...” , foi ignorada na Psicologia soviética até a década de 1980, sendo “...” substituída pela categoria de sentido pessoal de A. N. Leontiev,

¹² Embora em muitos textos de Vigotski o termo “palavra” tenha sido traduzido erroneamente para o termo “linguagem” (Prestes, 2010), em “O Problema da Consciência”¹² (1933/1968-2004) há uma nota do autor esclarecendo que o uso do termo linguagem, naquele momento referia-se a linguagem em seu sentido mais amplo. Portanto, nesta tese é com este sentido que a empregamos.

¹³ John Cage (5/09/1912 a 12/08/1992) compositor, teórico musical, escritor e artista dos Estados Unidos, foi um pioneiro da música aleatória, da música eletroacústica, do uso de instrumentos não convencionais, bem como do uso não convencional de instrumentos convencionais, sendo considerado uma das figuras chave na vanguarda artística do pós-guerra. Influuiu também no desenvolvimento da dança contemporânea.

embora este autor tenha tomado um caminho diferente daquele que a categoria de sentido sinalizava na obra de Vigotski.”, conforme assinala Gonzáles Rey (2007).

Para compreendermos, por exemplo, os motivos e as vivências presentes nos profissionais que atuam na saúde mental na instituição investigada, é necessário adentrarmos o processo de construção de sentidos destes profissionais. Vigotski (2003) afirma que os sentidos atribuídos a algo revelam aspectos permeados de questões pessoais, afetivas e sociais de um sujeito que não está só, mas inserido em uma cultura e uma história. Assim, ao investigarmos os sentidos atribuídos pelos participantes da pesquisa à algo, acessaremos sua realidade social, afetos e volições construídos a partir das interações que estabelecem com o meio, portanto, devemos considerar toda rede que se estabelece como fonte social do desenvolvimento.

Para Vigotski (2003a), o sujeito condensa/elabora as percepções que tem do contexto/ meio, dando sentido e significado às suas vivências. Sentido entendido como recriação singular do mundo, elaboração particular da realidade, realizada por um sujeito ativo que pode influenciar, modificar e transformar essa realidade. Entende-se, portanto, por sentido, a releitura individual que o sujeito faz desta realidade. É mediante a rede de significados compartilhados socialmente que os sentidos, nos quais estão presentes os afetos, as lembranças, enfim, as vivências, são elaborados.

No entendimento do autor, os sentidos atribuídos a algo, correspondem à própria manifestação dos sentimentos e volições do sujeito. Assim, para a compreensão da fala do outro devemos analisar não só suas palavras (significado), mas também suas construções pessoais (sentidos) (Vigotski, 2003a), compreendendo que a afetividade é indissociável do que se pensa e se fala: “Uma compreensão plena e verdadeira do pensamento de outrem só é possível quando entendemos a sua base afetivo-volitiva.” (Vigotski, 2003a, p.187).

A noção de sentido em Vigotski (2001) como parte integrante do psiquismo remete-nos à complexidade do fenômeno forjado na articulação dialética entre o social e os processos psicológicos. Não deve ser tomada pela

determinação causal do social, ou seja, não deve ser compreendida apenas pela força que a influência externa possa ter sobre o indivíduo, a composição de sentidos se dá de forma singularizada, constituída nas interações sociais historicamente constituídas.

Compreendemos, portanto, como sentido ...” *a soma de todos os fatos psicológicos que uma palavra desperta em nossa consciência. Assim, o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida e complexa, que tem várias zonas cuja estabilidade é variada.*” (Vigotski,2001, p.465), O sentido é resultante da interação real existente entre o homem e o mundo, ou seja, é produzido nas práticas sociais, na articulação dialética da história da constituição do mundo psicológico com a experiência atualizada do sujeito e, nessa produção, imbricam-se as dimensões cognitivas e afetivas, bem como os processos individuais e coletivos. Como a configuração de sentidos decorre das experiências das interações, deve-se levar em conta o contexto, de forma que a palavra incorpora e o absorve [sentidos], em um amálgama de conteúdos afetivos e intelectuais.

O psicólogo alemão Paulhan, em sua obra, enfatiza a relação entre o sentido da palavra e o sistema da consciência. O que evidencia a tendência de Vigotski em compreender e apresentar a psique como um sistema dinâmico, processual que tem em sua base as unidades que reproduzem em si mesmas as características dinâmicas do todo (González Rey, 2007,p:156-157). Compreendemos, assim, o sentido como uma formação integrada à psique como um todo, e não apenas função da linguagem. Nesse contexto, Vigotski (2001), citando o psicólogo alemão, afirma:

“...” o sentido da palavra é complexo, fluido e está em mudança permanente. De alguma maneira ele é único para cada consciência e para uma consciência individual em circunstâncias diferentes. Nesse aspecto, o sentido da palavra é inesgotável. A palavra adquire sentido numa frase. A frase em si mesma adquire sentido porém no contexto do parágrafo, o parágrafo no contexto do livro, e o livro no contexto dos trabalhos escolhidos do autor. Finalmente, o sentido da palavra é

determinado por tudo o que na consciência está relacionado com aquilo expresso na palavra. (p. 276)

Na afirmação de Vigotski de que o sentido é “o agregado de todos os fatos psicológicos que aparecem na consciência como resultado da palavra” (Vigotski, 2001, pp. 275-276), podemos sintetizar a importância da fala e da palavra na formação do conjunto de elementos psicológicos presentes na consciência. Podemos afirmar que Vigotski, ao deslocar a categoria sentido da fala para a consciência, destaca ali a presença de todos os elementos psicológicos como resultado do uso da palavra, o que indica implicitamente a presença das emoções e dos motivos, dimensão afetivo-volitiva. Assim, os motivos e os afetos em seu movimento singularizam as manifestações e expressões humanas presentes no sistema simbólico humano, porém não se apresentam claramente dada sua complexidade e alternância.

Temos, portanto, o predomínio do sentido em relação ao significado da palavra, sendo o significado mais estável que o sentido, já que este muda de acordo com o contexto, daí o caráter dinâmico, complexo e instável. Já o significado é a zona mais estável do sentido, porém menos amplo e complexo. É o sentido que empresta dinamismo ao significado da palavra, palavra que dependendo do contexto, pode significar mais ou menos o que expressa. Mais, porque de acordo com o contexto surge um conteúdo diverso, menos, dado o caráter restritivo que cada contexto poderá determinar. Vigotski (2003) alerta que cada palavra e sentido são relativamente independentes, ou seja, pode-se, às vezes usar uma palavra no lugar de outra sem prejuízo do sentido. Tendo o sentido como a configuração singular do que é instância do coletivo, pode-se dizer que o sentido é antes de tudo uma relação criada na e pela vida (Leontiev, 1978). Em Vigotski, o sentido significa uma nova unidade para a compreensão da psique e para o desenvolvimento da categoria personalidade, embora tenha permanecido inconcluso pela morte prematura do autor.

Ao pensarmos sobre o desenvolvimento da consciência verificamos em Vigotski, que um sujeito que tem grande contato com as produções sociais pode desenvolver-se mais conscientemente e criticamente, pode-se dizer que quanto

maior for o contato do sujeito com formas diferenciadas da produção social, maior será sua chance de se desenvolver como um sujeito criativo, logo, de tornar-se mais consciente criticamente. A ação criativa está imbricada com as relações sociais, com o contato cultural, com a ampliação das experiências que o sujeito irá ter ao longo de seu desenvolvimento (Vigotski, 1930/2009).

Em sua proposta de construção de uma psicologia humana, a abordagem histórico-cultural, como vimos, se assenta na explicação do social como fonte de desenvolvimento humano e gênese histórica da consciência, o que nos leva à apreciação do caráter indissociável da linguagem presente no modo pelo qual os seres humanos estabelecem relações uns com os outros. Desde o nascimento, a apresentação do mundo à criança por aquele(a) que lhe presta cuidados, seja no núcleo das primeiras relações sociais na família, depois na escola, seja na realização do trabalho coletivo mais básico em sua busca de sobrevivência, seja na construção das variadas formas de arte, o modo pelo qual os seres humanos estabelecem suas relações é sempre mediado pela linguagem. Porém, o *tornar-se* humano não é condição dada *à priori*, é condição dada na e pela linguagem que não se apresenta inscrita; até onde sabemos, em nosso código genético, apresentamos os recursos em nosso arcabouço biológico para tal, mas ela só se potencializará via processo mediático dado na relação social.

Vigotski compreende a linguagem como um sistema de símbolos que representou um salto na evolução humana em relação aos outros animais, uma vez que permitiu a formação das funções mentais superiores e a transmissão de informações ao longo de gerações, através da cultura. Para ele, é pela via da linguagem que organizamos o mundo e estabelecemos a mediação entre sujeito e objeto. Elaborada no curso da história social, a linguagem organiza os signos em estruturas complexas e vem desempenhar um papel imprescindível na formação das características psicológicas humanas.

Em sua investigação para a compreensão das relações entre pensamento e linguagem, apesar de reconhecer a independência dos elementos, Vigotski considerava que deveria compreender como um se comporta em relação ao outro, dialeticamente.

Estudar a psicologia histórico-cultural em Vigotski, não é algo que se consegue de modo fácil, pelo acesso a textos temáticos, ao contrário, temos que garimpar, seja por caminhos já percorridos por outros pesquisadores, ou desbravados por nós em nosso grupo de pesquisa. Resta-nos ainda um bom caminho a percorrer na busca de maior compreensão da sua teoria, seja pelas dificuldades do conhecimento da língua russa, ou por que muitos de seus textos ainda não foram publicados e ou traduzidos, ou ainda pela dualidade própria da vida do autor – curta, porém vasta na obra deixada. Assim, buscar uma ordem para a apresentação da nossa proposição remete-nos a pinçar um fio na trama de conceitos que se ligam ou emaranham-se, cabendo-nos desatar parte deles frente à nossa propositura. O que faz desse construto, e toda a obra, um corpo cujas partes não podemos considerar isoladamente.

Neste percurso, surge a indagação: traremos o conceito de consciência primeiro e a partir dele desataremos os fios da linguagem e pensamento ou o inverso? Ou apresentaremos estes conceitos tomando como ponto de partida a construção do sujeito pensante, crítico, pensador de si? Consideramos este último percurso, tomando como ponto de ancoragem o que destacamos acima, isto é, a teia, como alusão semiótica para a compreensão complexa do funcionamento do sistema psicológico.

1.3 A gênese da consciência: o sujeito pensante, pensador de si

Neste estudo, buscamos dialogar com a concepção de L. S. Vigotski sobre o movimento pelo qual linguagem e consciência interconectam-se na trama das relações sociais, em que a linguagem tem papel central na constituição do humano, desde as artes, o trabalho, a política, a ciência, ou seja, em tudo o que se constitui enquanto cultura. Só podemos compreender a questão da consciência na obra do autor, a partir da sua concepção sobre linguagem, ou melhor, sobre os *processos de significação* de modo geral, e da *palavra* de modo central e particular.

Temos como objetivo neste ponto, apresentar algumas reflexões sobre a relação dialética presente na constituição da consciência humana, considerando as relações vivenciadas como produto da atividade voltada à formação dos

profissionais de saúde mental. Compreendemos que em seu movimento, a constituição da consciência é sempre uma “*atividade cognoscitiva*” sobre a realidade ou ligada a algum objeto que existe independentemente de se ter consciência ou não da sua existência.

Explica-se, a constituição da consciência se relaciona ao movimento pelo qual tomamos conhecimento dos nossos próprios conhecimentos, nossas próprias ações e emoções. Neste movimento, podemos não só conhecer o mundo como também podemos ter um domínio sobre os nossos próprios modos de conhecer o mundo, ao que Vigotski (2003a;p:115) denomina “percepção auto-reflexiva”, ou seja, a imagem da realidade não se confunde com a do vivido pelo sujeito. Como exemplifica Vigotski, o fato de que duas irmãs brinquem de irmãs, implica que durante a brincadeira, tenham que realizar um empenho voluntário em agir como se fossem [outras, se não elas próprias] irmãs, sendo que durante sua própria vida cotidiana já agem como irmãs, sem nunca precisarem se preocupar em saber como agir enquanto irmãs. Nesse caso, a brincadeira solicita a criação para operar com um *significado* do que venha a ser o papel social de “irmã”, enseja uma certa tomada de consciência do que é, de um modo *geral*; ainda que ligado às experiências *específicas* das crianças, o agir como “irmã”. O que não esvazia o caráter da brincadeira enquanto tal, nem faz com que as crianças confundam seus papéis sociais efetivos com os papéis da brincadeira. Então, para Vigotski, neste caso, enquanto brincam, as crianças podem desenvolver uma observação sobre elas mesmas.

Consideramos que o mesmo possa se dar na formação em situação de trabalho, em que pelo movimento provocado pela atividade sugerida intencionalmente no processo de formação, pode-se levar os participantes à ‘tomada de conhecimento’ de seus próprios conhecimentos, de suas próprias ações e emoções. Neste movimento, podem não só conhecer o mundo do trabalho, e do trabalho em que estão envolvidos de forma ampla e sistêmica, como também ter domínio sobre os seus próprios modos de conhecer e atuar no cotidiano da atividade do trabalho e dos resultados dela. Esse movimento se aproxima do que Vigotski denomina vivência, conceito que abordaremos mais adiante.

Diante da necessidade em especificar uma unidade de análise para a investigação da consciência, já que não existe um modo específico para investigá-la de forma geral, Vigotski propõe o significado da palavra como unidade de análise. Ao fazê-lo, parece-nos que não o elege apenas pela preocupação do pesquisador com a sua ciência em tomar a consciência como objeto de uma psicologia científica. Mas como aponta Delari Jr.(2000), visava o aprofundamento de uma proposta mais elaborada sobre o papel das relações sociais e da mediação semiótica na constituição do psiquismo.

O interesse de Vigotski residia em apontar para a gênese daquilo que nos torna humanos - a linguagem, interesse que nos parece aportar no caráter humanista de sua formação como homem, apaixonado pela palavra, pela prosa, pela poesia, pela filosofia, pela filologia, um conhecedor de muitos idiomas, como o grego, o latim, o hebraico, o alemão, o inglês e o francês, além do russo e do bielorusso. (p.118/119)

É no texto *Pensamento e Linguagem*, tese a qual o autor dedicou pelo menos uma década e que se apresenta como sua última obra, ditada em seu leito de morte; que busca responder à questões sobre a(s) transição (ões) entre as funções psicológicas presentes desde “A Tragédia de Hamlet”, ou como ele próprio assinala no estudo sobre as funções presentes “*nos aspectos internos da fala, que eram tão desconhecidos pela ciência quanto a outra face da Lua*”. (Vigotski,2003a ; p:190)

Outra relação importante, utilizada por Vigotski em “O Significado Histórico da Crise na Psicologia” (1927/1996), é o resgate realizado pelo autor da metáfora do espelho, para ilustrar a condição epistemológica da categoria consciência. Ao estabelecer esta comparação, isto é, a consciência como um reflexo no espelho, Vigotski considera que devemos estudá-la não como algo totalmente real nem como uma imagem ou ilusão simplesmente, e sim como um evento que é real de outra forma. Dito de outro modo, a consciência deve ser estudada como um fenômeno resultante da realidade e ao mesmo tempo a internalização desta.

Para Vigotski (1925/2004), não haveria como pensar a Psicologia sem pensar a consciência, em como promover que o sujeito saiba-se pensante e

pensador de si e das coisas que o cercam, que se veja como participante da construção da história da sociedade e de sua própria. Já em 1931, o autor apresenta o conceito de consciência como processo e produto, passível de análises semióticas concretas e também em termos de interações sistêmicas cerebrais.

Podemos dizer que o desenvolvimento da consciência indica o caminho que percorremos ao longo de nosso desenvolvimento como sujeitos: do social para o individual, mas sem que um substitua o outro, ao contrário, os dois movimentos são complementares.

Torna-se evidente, a importância das relações sociais estabelecidas pelo sujeito para o desenvolvimento de sua consciência, como afirma Vigotski (1925/1991a; 1925/2004b), é a partir da consciência que temos do(s) outro(s) que a consciência de si emerge, ou seja, aqui o autor reconhece a importância do(s) outro(s) para a consciência de si ao dizer que seu desenvolvimento só é possível porque temos consciência desses outros com quem convivemos, porque os conhecemos, e o modo como se relacionam conosco constrói a maneira como nos relacionamos com nós mesmos.

Compreendemos então, que consciência é sempre “consciência socialmente mediada de alguma coisa (Vigotski, 1928-1933/1996): é a própria relação da criança com o meio, e, de modo mais tardio, da pessoa consigo própria (Luria,1991). A consciência não é sistema estático ou mecânico, mas relaciona-se ao desenvolvimento da conduta voluntária.

Diante da dificuldade, como já dissemos, de abordar este conceito, apesar da centralidade que ganha na obra de Vigotski, consideramos que essa categoria se apresenta como fundamental para a compreensão do psiquismo e, sobretudo, do modo de agir e pensar das pessoas e das pessoas em e na relação; por isso acreditamos ser plausível tomá-la como categoria central em nossa investigação.

Por esta razão, trazemos um outro autor, Leontiev¹⁴, uma vez, que seus postulados sobre o conceito de consciência, expressam grande pertinência e aproximação em relação ao conceito vigotskiano de consciência.

Leontiev (1978) concebe a consciência como atividade psíquica em que o sujeito atribui sentido ao objeto concreto com o qual se relaciona, em um movimento interno gerado pelo movimento da atividade humana. É a capacidade adquirida pelo sujeito de observação sobre si mesmo, de saber-se como sujeito atuante, não de modo individualizado, mas saber-se social, pertencente a um contexto, a uma cultura que, a um só tempo, influencia e é influenciada por esse sujeito.

Segundo este autor, é por meio do trabalho, da utilização mais complexa dos instrumentos e das interações com o meio, que o aspecto humano se desenvolve. Portanto, a ação se encontra na base da gênese da consciência, uma vez que é necessário saber da própria ação, da mobilização para empreender algo; a apropriação do processo e do resultado do trabalho representa o desenvolvimento da consciência.

A atividade humana modifica os instrumentos, as relações sociais, a linguagem e o próprio pensamento. A atividade consciente não é determinada apenas por experiências imediatas, porque o homem abstrai, processa e atua sobre estas experiências e informações. As objetivações humanas sintetizam as atividades desenvolvidas no percurso da história do homem, condensando essa própria história. Ou seja, olhar a história objetiva da atividade humana corresponde a uma construção subjetiva da referida realidade (Duarte, 2004). A consciência emerge assim da atividade humana, no processo de mediação das relações do homem com a natureza, conferindo-lhe forma. (Sirgado, 1990).

Concebemos, portanto, que toda atividade voltada à formação; em que se enseja uma relação mediática, no caso a formação em situação de trabalho , deve se voltar a uma relação social de desenvolvimento e se constituir como

¹⁴ Alexei Nikolaevich Leontiev(1903-1979), juntamente com Aleksander Romanovitch Luria e Vigotski, formou um grupo de estudos conhecido como Troika, que sofreu fortes investidas do governo ditatorial de Stalin. Durante a repressão, o grupo se desfez, e cada um, a seu modo, prosseguiu com seus estudos.

uma particularidade da atividade da práxis em que se criam situações para a transformação da realidade concreta. Portanto, enseja possibilidades para o desenvolvimento da consciência de si, do outro e das condições em que o trabalho ocorre, de forma que deve ser considerada como um elemento essencial para que as finalidades objetivadas sejam alcançadas no processo da formação no contexto do trabalho.

Retomando o conceito de mediação em Vigotski, compreendemos que na atividade de formação devemos elevar o objeto, conflito ou fato a ser estudado, do estatuto particular, em que estão presentes condições mediadoras que ao serem conscientemente representado por uma síntese, exige-se níveis mais abstratos de tomada de consciência, em que concorrem a percepção dos próprios sistemas semióticos, estabelecem relação com a realidade, mediados especialmente por uma história de apropriação significativa dos conceitos científicos. Dito de outro modo, tanto no trabalho como na ação sobre o mundo para transformá-lo, o homem faz uso de instrumentos. Para plantar uma árvore, ou cavar um buraco, ele usa, na atualidade, de uma pá como instrumento, assim, quando o cérebro humano aprende um conceito, usa a mediação das palavras ou a própria linguagem. Não há como pensar se não utilizarmos palavras ou imagens.

Nesse processo, observamos uma relação com as conquistas do gênero humano e com as experiências individuais da pessoa, processo em que “a tomada de consciência passa pelos portões dos conceitos científicos” (Vigotski, 1934/2001a, p. 290).

Tais conceitos são mediados por outros conceitos, de modo que o objeto é colocado em um sistema hierárquico de inter-relações semióticas (palavras, imagens, sons, etc); daí a possibilidade de que seja apreendido e transferido para outros campos do pensamento e de conceitos anteriormente não relacionados a ele. Segundo Vigotski (1934/2001a), a generalização significa, ao mesmo tempo, tomada de consciência e sistematização de conceitos

Considerando, que o psiquismo humano constitui-se culturalmente, é que Vigotski, aplicará o termo vivência para explicar que o desenvolvimento da consciência é formado pelo intrincado processo que engloba o racional, mas,

sobretudo, emocional, afetivo, ligado à vida real dos sujeitos. É pela vivência que o sujeito configura sentidos que o levarão à consciência de si e do outro.

Vivência

Em outras línguas, como no francês por exemplo, o termo *perejivanie*, é traduzido como experiência, no entanto, Prestes (2010), considera que esta não seria a melhor tradução do termo russo, pois para ela, a palavra em russo tem um significado mais amplo entendendo que a melhor tradução seria a expressão vivência.

A vivência, segundo Vigotski (1933/1934/2006) sempre se “liga aquilo que está localizado fora da pessoa” e, por outro lado, está representado pela forma como o sujeito o vivencia ou seja, todas as particularidades da personalidade e todas as particularidades do meio formarão e se apresentarão na vivência. Diz:

tanto aquilo que é retirado do meio, todos os elementos que possuem relação com dada personalidade, como aquilo que é retirado da personalidade, todos os traços de seu caráter, traços constitutivos que possuem relação com dado acontecimento.(p. 285)

Entendemos que ao estabelecer esta relação entre personalidade e meio Vigotski (1933-1934/2006) estabelece uma relação “biossocial”, e coloca o conceito de vivência como uma unidade que incorpora o interno e o externo. Sugere, então, que a vivência possa ser tomada como unidade de estudo, visto que ela seria a tradução daquilo que o sujeito pensa, sente e mantém com o seu entorno. (Souza; Andrada, 2013)

Deste modo, a vivência pode nos revelar o sujeito, sua personalidade, suas motivações, afetos e como tudo isto se manifesta no meio ou sob sua influência. Portanto, o estudo das vivências não pode ser reduzido à investigação das condições externas do sujeito, tampouco pode ser focalizado de forma linear porque o desenvolvimento ocorre de forma integrada, incorpora a anterior e a seguinte (Vigotski, 1933-1934/2006a). Assim para o autor, o processo de tomada de consciência tem início por meio da relação dialética entre indivíduo e meio, tendo como mediador fundamental as vivências.

O vivido – passado- será sempre reestruturado pelo que está sendo vivido. Tal processo se dá na relação demandada pelo meio e das interações do sujeito com ele. Quando este processo se modifica, as necessidades e motivos do sujeito também mudam. Vigotski afirma que este processo é o próprio motor que movimenta suas ações: as vivências precisam se ajustar a este novo fenômeno e toda esta dinâmica é o que despontará em uma crise do sujeito. Para haver vivência, é necessário que uma situação a suscite (Vigotski 1933-1934/2006b). Ou seja, a vivência é o que permite compreender como cada pessoa se relaciona com o mundo e como esse mundo é subjetivado.

Para Clot (2011) a análise do trabalho se revela como instrumento de desenvolvimento da consciência, isto ocorre quando é oferecida ao sujeito – profissional- a possibilidade de alterar o estatuto do vivido. “O vivido pode se tornar-se meio para viver outras vidas.” (p. 223)

Não desejamos esgotar aqui o tema, já que retomaremos à ele ao longo desta pesquisa.

Essas ideias nos são cara na sustentação de nossa tese, processo pelo qual acreditamos poder acessar a maneira como os profissionais da saúde mental vão se constituindo por meio de seu trabalho, e que desenvolveremos a seguir.

2 . TRABALHO e EDUCAÇÃO: compromisso com a formação.

Sem trabalho, toda vida apodrece. Mas, sob um trabalho sem alma a vida sufoca e morre.

Albert Camus

2.1 Trabalho: algumas considerações

As acepções a seguir indicam uma escolha. Escolha de perspectiva no sentido de se buscar a lente apropriada para retomar as aproximações e distanciamentos entre os dois temas que costuram, no âmbito do empírico, a investigação que desenvolvemos: trabalho e educação. Compreendemos a partir dos fundamentos históricos e ontológicos presentes na relação entre trabalho e educação, que estes se constituem como atividades especificamente humanas, ou seja, apenas o ser humano trabalha e educa. (Saviani, 2007,p.152).

Na citação acima, Camus¹⁵, possivelmente, a constrói tocado pelos ideais contemporâneos a sua época, historicamente o trabalho nem sempre foi visto como atividade que enobrece o homem. Nas cidades Estados gregas (sec.VIII a.C.), todas as ocupações não políticas, ou seja aquelas que se destinavam apenas ao sustento da vida (*ad vitae sustentatione*), eram vistas com desprezo e trabalhar significava ser escravizado pela necessidade.

Em *A Condição Humana*, Hannah Arendt (2010) faz a análise do estatuto humano em relação a sua origem, e define aquilo que considera como as três dimensões da vida ativa (*vita activa*). Assegura que o homem habita o mundo condicionado pelas atividades de *labor, trabalho e ação* e que elas são a própria tessitura (ou organização) da *vita activa*. Para a pensadora, essas atividades se distribuíam em dois espaços: o público e o privado. Define o *Labor* como atividade assinalada pela necessidade do processo biológico e que assegura a manutenção da espécie, denotando a proximidade do homem com os outros animais, *animal laborans*. O trabalho é definido pela autora como a atividade que

¹⁵ **Albert Camus** (1913/1960), escritor, romancista, ensaísta, dramaturgo e filósofo francês nascido na Argélia. Foi também jornalista militante engajado na Resistência Francesa e nas discussões morais do pós-guerra.

nos remete ao artificialismo da existência humana, pois, ao contrário da primeira, não se relaciona com o ciclo vital natural, mas sim com a *criação* de artefatos a partir da natureza que acabam por engendrar um mundo diferente do mundo natural, um mundo de objetos que se interpõe entre a natureza e o homem e entre os próprios homens; esta atividade é atribuída ao Homo Faber.

Por fim, a filósofa atribui à ação, a atividade (única) exercida entre os homens diretamente, sem a mediação das coisas ou matéria; trata-se, aqui, da condição política (*bios politikos*) dos homens, na sua extrema pluralidade e é aqui, segundo Arendt, que se encontra a liberdade enquanto capacidade de reger o próprio destino, para começar algo novo e imprimir no mundo a lembrança e a história, que dão eternidade à condição humana.

Para a autora, somente a ação é tipicamente humana e pressupõe a presença de outros; por isso é a condição humana fundamental. Por ação, a filósofa entende a atividade exercida entre os homens, a própria expressão do ser, sem o discurso que a acompanha, ficaria totalmente desprovida de sentido.

O espaço público, neste contexto, poderia ser entendido enquanto a própria realidade circundante na qual tudo o que vem ao público pode ser visto e ouvido por todos, isto é, seria a totalidade dos fenômenos apreendidos por todos e que é reconhecida enquanto realidade.

Trazemos Arendt, neste fragmento, num breve traçado histórico sobre o trabalho. Focaremos a seguir na relação entre trabalho e atividade na perspectiva corrente francófona da clínica da atividade proposta por Yves Clot.

2.2. Trabalho e Atividade

Na teoria histórico-cultural, a atividade é vista como um conceito chave, explicativo do processo de mediação. A atividade mediatiza a relação entre o homem e a realidade objetiva. O homem não reage mecanicamente aos estímulos do meio, ao contrário, pela sua atividade, põe-se em contato com os objetos e fenômenos do mundo circundante, atua sobre eles transformando-os, transformando também a si próprio.

Compreendendo a aproximação conceitual presente entre a Psicologia Histórico Cultural e as proposições de Yves Clot, prosseguiremos nossa

discussão sobre o tema trabalho e atividade, e nela nos apoiaremos no processo de análise adiante.

A Atividade e a Clínica da Atividade

Clot (2007, p. 11) deixa clara a sua afinidade com a visão marxiana, ao afirmar que “a análise do trabalho visa sempre, de todo modo, a compreender para transformar”, bastante próximo da orientação de Marx na Tese XI sobre Feuerbach, a respeito da crítica aos filósofos que interpretam o mundo sem se preocupar com sua transformação. Além disso, há uma clara inspiração nos estudos da Psicologia sócio histórica de Lev Vygotsky, assumida de forma clara e inequívoca, quando afirma que “trabalho não é uma atividade entre outras. Exerce na vida pessoal uma função psicológica específica que se deve chegar a definir” (Clot, 2007, p. 12).

Também baseada em Vygotsky está a proposição de que, para Clot, a atividade psicológica é, ao mesmo tempo, mediatizada (pela linguagem, pelos instrumentos) e mediatizante (produz elo entre objetos, pessoas e sujeito) (Clot, 2006b, p. 25). As derivações dialéticas desse raciocínio servirão para estudar, por exemplo, a questão da ferramenta nas situações de trabalho:

Em situações de trabalho, certas ferramentas não entram nunca na atividade do sujeito, a menos que sirvam aos objetivos a que esse sujeito a emprestou, não somente aos objetivos que lhe deram, mas aos objetivos que ele atribuiu. Por uma razão evidente, bem simples e forte: é que o artefato/ferramenta não é a origem do instrumento. Ele não é a fonte (*la source*), a ferramenta é apenas o recurso (*la ressource*) da atividade. Tal diferença, acreditamos, está presente da obra de Vygotsky (Clot, 2006b, p. 24) (grifos no original).

É assim que Clot vai defender a ideia de que Vygotsky teria proposto não uma teoria da internalização, mas sim uma teoria da apropriação, pois, no exemplo da ferramenta acima citado, o sujeito impõe sua marca na situação de trabalho, de maneira inevitável e inequívoca. Esse processo de subjetivação do uso do artefato / instrumento de trabalho (ou, como ele mesmo diz, “um desvio visando à subjetividade”) é o que constitui a ideia de apropriação.

Para Clot, a dimensão social do trabalho se faz presente na própria realização da atividade de trabalho, executada, que é bem diferente da tarefa prescrita. Ou, como ele mesmo diz:

[A atividade de trabalho] é triplamente dirigida e não de modo metafórico. Na situação vivida, ela é dirigida não só pelo comportamento do sujeito ou dirigida por meio do objeto da tarefa, mas também dirigida aos outros. É dirigida aos outros depois de ter sido destinatária da atividade destes e antes de o ser de novo. Ela é sempre resposta à atividade dos outros, eco de outras atividades. Ocorre numa corrente de atividades de que constitui um elo. No terceiro sentido do termo, o trabalho é, portanto, ainda uma atividade dirigida: atividade dirigida pelo sujeito, para o objeto e para a atividade dos outros, com a mediação do gênero (Clot, 2006a, p. 97).

Há então, primariamente, um componente coletivo na atividade, que deverá ser sempre considerada uma coatividade, pois estará sempre endereçada a um ou vários destinatários. O autor alerta, entretanto, que essa relação não deve ser de oposição ou de anulação, mas de complementaridade. Essa noção de atividade para os outros constituiu objeto de investigação realizada por Yves Clot junto a trabalhadores do serviço de transporte ferroviário (comboios) em Paris. Em seus estudos mais recentes, investigando o trabalho dos professores, Clot irá ampliar a noção de atividade para os outros, buscando analisar as implicações das atividades dos alunos sobre aquelas desenvolvidas pelos professores e seus desdobramentos sobre a relação entre aprendizagem e desenvolvimento (Clot e Yvon, 2004).

Um outro conceito desenvolvido por Yves Clot é o de catacrese, que poderia ser definido como o uso não previsto dos instrumentos de trabalho, caracterizando-se, muitas vezes, como um tipo de enriquecimento de funções desse mesmo instrumento. Não deve ser interpretado como um erro ou desvio, pois, sendo elaborado pelo trabalhador, tem por finalidade mantê-lo vinculado às suas ocupações, apartando-o daquilo que Clot chama de “pré-ocupações”. Essas, por sua vez, são formadas por aquelas outras atividades, usualmente de

caráter pessoal (problemas familiares, salário, etc.), que ocupam parte do tempo e da atenção do trabalhador.

Em ambos os conceitos, tanto na catacrese quanto nas pré-ocupações, Clot recorre aos escritos de Vygotsky, demonstrando como se efetiva a mudança de um instrumento técnico em um instrumento psicológico, que, em instância final, será um instrumento de gestão do trabalhador sobre si mesmo. Simultaneamente, pode-se observar que, na história das técnicas, é exatamente a implementação de funções novas que transformam os mecanismos ou artefatos (processos prescritos) em instrumentos (alimentados com a criatividade dos sujeitos) (Clot, 2007).

A discussão entre o trabalho prescrito e o trabalho real é retomada por Yves Clot, por meio da diferenciação entre os conceitos de atividade real e o que ele chama de real da atividade. A atividade real diz respeito ao que efetivamente é feito, mas seria uma parte relativamente pequena em relação ao que é possível. Esse raciocínio, que se origina dos estudos da Ergonomia e segue para além deles, permite a Clot apresentar a seguinte ideia: há um potencial risco de desgaste do trabalhador no controle da atividade que ele, muitas vezes, não chega a realizar, pois a configuração da atividade a partir do desenho proposto pela tarefa é que se torna cansativa. Como consequência, surge a constatação de que a programação de tarefas a serem realizadas – ou seja, a prescrição – seria tanto melhor (há realmente por Clot uma afirmação valorativa nesse sentido) quanto mais permitisse o sujeito se desenvolver enquanto realiza suas atividades.

É importante lembrar também que essas supostas “transgressões” em relação às tarefas prescritas, para se tornarem instrumentos de trabalho, devem ser compartilhadas e ratificadas no espaço coletivo dos trabalhadores, em determinado lugar e duração, assumindo, assim, uma configuração histórica e, ao mesmo tempo, transitória. Estaria assim se constituindo o que Clot chama de gênero profissional:

Chamamos aqui gênero ao que foi referido anteriormente como um corpo intermediário entre os sujeitos, um intercalar social situado entre eles por um

lado e entre eles e o objeto de trabalho, por outro lado. De fato, um gênero une sempre eles, aqueles que participam numa mesma situação, como coautores que conhecem, compreendem e avaliam uma situação da mesma maneira (Clot, 2006a, p. 41).

Clot considera também que o gênero profissional não deve ser visto apenas como pertencimento social, mas também como um recurso para a ação, uma vez que os trabalhadores, muitas vezes, servem-se deles para evitar erros. Esse gênero também poderia ser denominado como trabalho da organização (conjunto de obrigações partilhadas por um grupo em determinado meio profissional) e se articularia, complementarmente, à organização do trabalho (que corresponde à tarefa). Mesmo porque o gênero profissional não está restrito ao sujeito, pois remete sempre ao coletivo, ao grupal e aos registros que são compartilhados por esse grupo ao longo do tempo em situações de atividade, extrapolando em muito a prescrição original (ou tarefa). A função psicológica do trabalho estaria vinculada, portanto, à possibilidade de construção e manutenção de um gênero profissional e sua não efetivação poderia implicar, entre outras consequências, aumento do número de acidentes e sofrimento psicológico.

Clot também incorpora a dimensão individual ao considerar que, muitas vezes, o trabalhador é chamado, ao improviso, a lidar com situações não previstas. Aí surgirá o estilo profissional, vinculado ao gênero.

Gênero e estilo Profissional

Para Clot (2007), gênero de atividade é um sistema de instrumentos, coletivamente construído e que se encontra no interior da atividade individual. É uma gama de atividades encorajadas, proibidas ou interditas. Um repertório disponível que pré-organiza a atividade. Ou seja, trata-se de técnicas, formas de fazer estabelecidas, uma reorganização do métier pelo coletivo e, dessa forma, pode ser compreendido como a parte subentendida da atividade, um estoque de possibilidades conhecido somente por aqueles que participam da mesma situação.

Trata-se, portanto, de um instrumento coletivo da atividade individual. Ele ressalta a necessidade constante de se recriar nos contextos de trabalho,

dizendo que essa recriação é sempre única e que o gênero auxilia nesse processo. Mas aos que identificam gênero e cultura, esclarece que não está se referindo à cultura como ideia, pois esta seria uma visão instrumental do gênero. Trata-se, segundo ele, da cultura como prática, isto é, de um instrumento genérico da ação individual. O gênero seria, portanto, uma espécie de senha para se saber o que é possível ou não esperar de uma situação. Aquilo que é permitido ou que é proibido em um métier. Trata-se de uma memória que não se refere apenas ao passado, mas que serve para prever o futuro, para antecipar, permitindo evitar possíveis erros no exercício da atividade, ou seja, é um:

“...” sistema aberto de regras impessoais, não escritas, que definem num meio dado, o uso dos objetos e o intercâmbio entre as pessoas; uma forma de rascunho social que esboça as relações dos homens entre si para agir sobre o mundo. (Clot, 2007, p. 50)

Em suma, pode-se definir gênero:

“...” como um sistema flexível de variantes normativas e de descrições que comportam vários cenários e um jogo de indeterminação que nos diz de que modo agem aqueles com quem trabalhamos, como agir ou deixar de agir em situações precisas; como bem realizar as transações entre colegas de trabalho requeridas pela vida em comum, organizada em torno de objetivos da ação. (Clot, 2007, p. 50)

É o gênero, enfim, que “...” organiza a reciprocidade dos lugares e funções ao definir as atividades independentemente das propriedades subjetivas dos indivíduos que as realizam num momento específico. (Clot, 2007p. 50)

Portanto, ele não regula apenas e diretamente as relações entre as pessoas, mas principalmente as relações entre profissionais, “ao fixar o ‘espírito’ dos lugares como instrumento de ação: diz, sem o dizer, o que deve fazer em tal ou qual situação o suposto desconhecido que jamais iríamos conhecer.” (Clot, 2007p. 50)

Mas, adverte Clot (2007), não é o gênero que explica a atividade e sim esta que explica o gênero. Além disso, ele não pode ser “ensinado”, pois é na

atividade, ao lidar com os obstáculos, que o gênero é transmitido. Sua transmissão, portanto, é sempre indireta e ela se dá pelo exercício das atividades e pelo enfrentamento das dificuldades. Isso significa que é, muitas vezes, no fracasso que se mostra como fazer e o que as pessoas aprendem. Nesse sentido, o gênero é fundamental e estruturalmente inacabado. Por isso, nosso autor alerta também para o perigo de que seja percebido como um molde, dizendo que, assim, ele pode necrosar. O fechamento do gênero, portanto, é percebido por ele como algo perigoso, pois impede que seja utilizado não apenas pelos novatos que chegam ao local de trabalho, mas também pelos antigos, pois, para continuar a ser um instrumento, deve variar, permanecer vivo. Além disso, ao debater o gênero, os indivíduos o recriam e, se ele é um sistema de variantes, quanto mais choques ocorrerem entre as variantes, mais flexibilidade ele terá e menos ingênuo será o sujeito.

Ainda de acordo com o autor, na mesma obra, “O gênero social, ao definir as fronteiras móveis do aceitável e do inaceitável no trabalho, ao organizar o encontro do sujeito com seus limites, requer o estilo pessoal. (p. 49). Este, seria, então, “...” a transformação dos gêneros, por um sujeito, em recursos para agir em suas atividades reais.” (p.50). Em outros termos, é o movimento mediante o qual esse sujeito se liberta do curso das atividades esperadas, não as negando, mas desenvolvendo-as.

O estilo emerge quando o trabalhador pode falar do *métier*, fazê-lo viver de forma plurivocal. É quando ele mobiliza a variabilidade e faz circular as variantes. Portanto, “...” situa-se sempre no âmbito do gênero, ou, para ser mais precisos, no ponto de colisão entre as variantes do gênero, às quais recorre, alternativamente, de variadas maneiras, a depender do momento. (p. 50)

Dessa forma, o estilo se concretiza quando se cria a possibilidade de colocar em xeque o espírito categórico, sempre espreitado pela seriedade, pois, segundo Clot, esta passa a ser perigosa quando encarcera o gênero numa verdade, ou seja, quando impede o desenvolvimento do *métier*. Em outras palavras, um dos perigos que se apresentam é quanto ao excessivo estreitamento do gênero em relação à riqueza da atividade, pois quando ele se enrijece, a atividade necrosa. É por isso que se deve sempre evitar que ele se

torne um clichê e que não possa transitar para um outro gênero, pois é nesse trânsito que os diferentes gêneros se contaminam e ocorre a estilização.

Análise do trabalho

Essa formatação metodológica – segundo o próprio Yves Clot, ainda em construção – teria, pelo menos, dois desdobramentos mais próximos. O primeiro deles seria a constatação de que a análise do trabalho teria um forte efeito sobre a transformação do trabalho, principalmente no que diz respeito à formação.

A análise do trabalho revela-se um bom instrumento de formação para o sujeito na condição de se tornar um instrumento de transformação da experiência. O que é formador para o sujeito, quer dizer, o que aumenta o seu raio de ação e o seu poder de agir, é conseguir mudar o estatuto do vivido: de objeto de análise, o vivido deve tornar-se meio para viver outras vidas (grifo nosso) (Clot apud Santos, 2006, p. 38).

Exatamente devido ao seu caráter mediador, a proposta de Clot extrapola aquilo que é considerado como a análise tradicional da atividade. Partindo do pressuposto (considerado clássico para a ergonomia e a Psicologia do trabalho francesa) de que a tarefa é o que se tem a fazer (trabalho prescrito) a atividade é aquilo que se faz (trabalho real), Clot avança e afirma: “atividade realizada e atividade real também não correspondem uma à outra” (Clot, 2006a, p. 115).

A atividade realizada se aproxima da noção de tarefa (portanto claramente visível e passível de observação direta) e constitui apenas uma ínfima parte do que é possível. Já a atividade real ou real da atividade não está claramente visível e inclui a chamada atividade impossível, não manifesta e, portanto, fora da possibilidade de observação de qualquer analista. É importante dizer, porém: de forma alguma a atividade real está em segundo plano, pois é na realização que se encontram os “novos possíveis”. Assim, a análise da atividade deverá considerar “o trabalho psíquico e prático que o trabalhador precisa fazer para transformar o real da atividade em atividade realizada” (Clot, 2007, p. 17).

Buscando fundamentação em Vygotsky (“o homem está a cada minuto pleno de possibilidades não realizadas”) e recuperando a ideia de *real da*

atividade, já mencionado anteriormente, Clot organiza seu conceito de *clínica da atividade*, que buscaria basicamente compreender a dinâmica da ação dos sujeitos (Clot *et alii*, 2000), sempre lembrando que essa atividade tem três direções: a si próprio, ao objeto de trabalho e aos outros.

No campo da Educação, a análise psicológica do trabalho vem trazendo contribuições importantes. Ao investigar a atividade de um professor de Filosofia, Clot observa o que ele mesmo denomina de uma “metamorfose dos gêneros” profissionais, a partir da construção de um estilo profissional, o qual, por sua vez, “depende da relação do sujeito com sua própria memória operatória e subjetiva” (Clot, 2006, p. 196).

2.3 A Educação Enquanto Estratégia de Transformação

A formação em situação de trabalho que nos propomos, objetiva promover mudanças na atividade do trabalho por meio da educação, por acreditar em seu potencial de transformar sujeitos. Este capítulo apresenta esta característica da educação sob a ótica de alguns autores, com destaque para Saviani, Freire, Morin, e Luckesi.

Saviani (2007) defende que a educação é um ato de produzir, intencionalmente, a humanidade, que é produzida historicamente pela coletividade, diz:

(...) o saber que diretamente interessa à educação é aquele que emerge como resultado do processo de aprendizagem, como resultado do trabalho educativo. Entretanto para chegar a esse resultado a educação tem que partir, tem que tomar como referência, como matéria prima de sua atividade, o saber objetivo produzido historicamente. (p.7).

Considera que a existência humana não é garantida pela natureza, não é uma dádiva natural, mas deve ser produzida pelos próprios homens, uma vez que é um produto do trabalho, o que significa dizer que “o homem não nasce homem, forma-se homem.” Ele necessita aprender a ser homem, desta forma, produzir sua própria existência. Portanto, a produção do homem é, ao mesmo tempo, sua a formação, “isto é, um processo educativo. A origem da educação coincide, então, com a origem do homem mesmo” (Saviani, 2008, p. 154).

Para Saviani (2007), o ato de agir sobre a natureza transformando-a em função das necessidades humanas é o que conhecemos com o nome de trabalho, considera então, que a essência do homem é o trabalho. Cabe ao próprio homem produzir sua humanidade. Enfatiza o autor, “o que o homem é, o é pelo trabalho” (p. 156). Trabalho este, que se desenvolve, se aprofunda e se complexifica ao longo do tempo: é um processo histórico.

É, portanto, na existência efetiva dos homens, nas contradições de seu movimento real, e não numa essência externa a essa existência, que se descobre o que o homem é: “tal e como os indivíduos manifestam sua vida, assim são” (p. 156).

Diríamos, que no ponto de partida a relação entre trabalho e educação é uma relação de identidade.

Luckesi (1994) descreve três formas de intervenção da educação, traduzidos por sentidos atribuídos pela sociedade. Esses três grupos de entendimento do sentido da educação na sociedade são expressos pelos seguintes conceitos: educação como redenção, educação como reprodução e educação como um meio de transformação da sociedade.

A educação redentora considera a sociedade como um conjunto harmonioso, em equilíbrio, e reconhece a existência de grupos que estão à margem dessa harmonia, isto é, deslocados da sociedade. Nesse contexto, a educação tem o objetivo de integrar os indivíduos ao todo social. Para tanto, atua na formação da personalidade do indivíduo para o desenvolvimento de suas habilidades e para a veiculação dos valores éticos necessários à convivência social (Luckesi, 1994). Percebe-se que nessa lógica a educação redentora assume uma importante autonomia. Ao invés da sociedade interferir na educação, é ela que interfere nos destinos do todo social (Luckesi, 1994). Para o mesmo autor, esta é uma forma ingênua de compreender a relação da educação com a sociedade.

O segundo sentido afirma que a educação é um elemento da sociedade, faz parte dela e a reproduz. Diferente da anterior, a educação neste entendimento serve à sociedade; ela não possui autonomia como na primeira. A educação reprodutora tem uma postura de submissão à ideologia dominante,

pois acredita que a educação é genuinamente produto da determinação dos condicionantes econômicos, sociais e políticos da sociedade. Assim, nada pode ser feito para que a educação se desenvolva de outras formas. A educação reprodutora não propõe um modo de agir, mas apenas demonstra como ela se desenvolve na sociedade (Luckesi, 1994).

Para o autor, a educação reprodutora está intimamente relacionada à reprodução da força de trabalho. Para garantir a produtividade da sociedade capitalista, a educação atua no sentido de oferecer conhecimentos técnicos (ler, escrever, fazer cálculos, entre outros), como também de determinar o comportamento dos sujeitos. “A reprodução da força de trabalho exige não só uma reprodução da qualificação desta, mas, ao mesmo tempo, uma reprodução da submissão desta à ideologia dominante.” (Luckesi, 1994, p.44). Em outras palavras, a educação reprodutora da sociedade oferece conhecimentos, mas dentro dos limites impostos pela ideologia dominante.

Já a educação transformadora não reproduz, tampouco redime a sociedade. Ela atua criando um projeto de sociedade, o qual pode ser de conservação ou de transformação. Ao contrário das duas tendências anteriores, a educação transformadora reconhece seu papel ativo na sociedade, mas também assume os condicionantes histórico-sociais (Luckesi, 1994). Tal como nos propomos no processo de formação em situação de trabalho.

As formas de intervenção da educação apresentados por Luckesi, revelam que cada concepção possui uma determinação filosófica e política. Assim, quando se fala em educação é preciso sempre reconhecer seus determinantes.

Quanto ao processo educativo, Luckesi (1994) afirma, diante da resistência à reflexão, ele se desenvolve em um espaço sem perspectivas, em que não há avanços nem novos conhecimentos. A educação perde a sua essência, deixa de ser dialética.

Luckesi(1994) e Freire (2002), consideram que educação é política, visto que constitui um direcionamento para a ação Luckesi,1994).

Dentro do sentido da educação transformadora, surgem algumas tendências pedagógicas, entre elas a progressista libertadora, a qual é baseada nas ideias de Paulo Freire. Essa tendência propõe uma pedagogia crítica social, capaz de superar as práticas educativas tradicionais. Ela valoriza a ação pedagógica inserida no contexto social (Luckesi, 1994), assim como a formação em situação de trabalho a que nos propomos.

Partindo dessa tendência, a educação deve ser entendida não apenas como um meio de adquirir conhecimentos, mas também de transformar a realidade do sujeito que é educado. A educação deve contribuir para formar cidadãos e despertar virtudes de solidariedade e responsabilidade (MORIN, 2006).

Tendo em vista o aspecto transformador da sociedade, é inadmissível reduzir o processo educativo à transmissão de conhecimentos e acúmulos de informações.

Freire (2002) afirma que não há como compreender a educação sem perceber que no processo educativo há sempre um objeto de conhecimento a ser conhecido e apreendido. O mesmo autor destaca que antes de se tentar conceituar a educação é necessário se auto-questionar da seguinte forma: Qual a minha compreensão do ato de conhecer? Conhecer para quê? Com quem? Em favor do quê? Contra quê? Em favor de quem? Contra quem? Porém, Freire salienta que o primeiro questionamento deve ser: como conhecer? Ou seja, que métodos utilizar? Como ensinar? Todas estas indagações sugeridas por Freire destacam a necessidade de refletir sobre si, sobre o outro e sobre o contexto no processo educativo. Vemos aqui um ponto também necessário a se considerar, no processo de formação em situação de trabalho.

Deve-se considerar, que ensinar não é transmitir conhecimento, pois o conhecimento não se transmite, mas se faz e se refaz historicamente por meio das transformações sociais (Freire, 2002). Acreditar que o conhecimento é algo que se possa transmitir é acreditar que o conteúdo da educação pode ser transformado em um acumulado de sabedoria e repassado como tijolos aos educandos (Freire, 2002).

Assim “...” ensinar é desafiar os educandos a que pensem sua prática a partir da prática social, e com eles, em busca dessa compreensão, estudar rigorosamente a teoria da prática.” (Freire, 2002, p.104). Isso quer dizer que é preciso considerar a natureza dialética da teoria-prática. É essencial integrar a prática com a teoria por meio da compreensão teórica da prática que os sujeitos possuem.

Luckesi (1994) afirma que para ser educador é preciso conhecer a realidade, ter comprometimento político, conhecer o campo científico no qual atua e ter habilidades e recursos técnicos suficientes. O mesmo autor reforça que o educador também deve ter consciência de que o educando não é um ser desprovido de conhecimentos, mas que possui capacidades próprias. Assim o papel do educador se traduz em criar as condições propícias para que o educando cresça.

De forma semelhante, compreendemos que o papel do profissional que atuará na condução do processo de formação em situação de trabalho, guarda as mesmas prerrogativas ao do educador postulado por Luckesi e dos princípios ético-político da educação concebidos por Saviani, Freire e Luckesi.

3. Mediação pela arte na formação em situação de trabalho.

A função da arte não é a de passar por portas abertas, mas é a de abrir as portas fechadas.

(Ernst Fisher, 1973)¹⁶

3.1 A função social da arte

Desde os primórdios da civilização, a necessidade de encontrar formas de interação com o outro tem sido um estímulo significativo para o desenvolvimento da expressão humana e da própria humanidade. Exemplo

¹⁶ Ernst Fischer (1899 -1972). teórico, crítico de arte, filósofo e poeta, se dedicou ao jornalismo, foi escritor e político. Em 1959 publica o livro Von der Notwendigkeit der Kunst “A necessidade da arte” Trad. Inglês publicada em 1963.

disso são os desenhos e pinturas rupestres, que datam do período paleolítico e expressam o modo como o homem via a realidade e se relacionava com ela.

Fischer (1963) assevera que a arte, em sua origem, foi para o homem um auxílio mágico à dominação de um mundo real inexplorado. A religião, a ciência e a arte eram combinadas, fundidas, em uma forma primitiva de magia, que existiam em estado latente. Esse papel mágico da arte foi progressivamente cedendo lugar ao papel de clarificação das relações sociais: “iluminação” dos homens em sociedades que se tornavam opacas; e de ajudar o homem a reconhecer e transformar a realidade social. Neste sentido, a arte jamais foi ou é uma mera descrição do real. Sua função concerne sempre ao homem total, e o capacita a identificar-se com a vida de outros, a incorporar aquilo que ele não é, mas tem possibilidade de ser. O próprio Brecht considerava que no teatro lidava com forças que se transformavam. Dizia que não se limitava a colocar o seu público em face da obra de arte, permitia-lhe "entrar" nela.

Aristóteles também sustentou que a função do drama era purificar as emoções, superando o terror e a piedade, de maneira que o espectador, ao se identificar com Orestes ou Édipo, viesse a ser por sua vez libertado daquela identificação e se erguesse acima da ação cega do destino. (Brecht apud Fischer, 1963, p.12)

A tensão e a contradição dialética são inerentes à arte; a arte não só precisa derivar de uma intensa experiência da realidade como precisa ser construída, tomar forma através da objetividade. O livre resultado do trabalho artístico resulta da mestria.

Marx caracteriza a arte como um momento histórico da humanidade, e neste sentido reside o seu poder de agir para além dele, de forma a exercer uma sedução eterna.

Podemos compreender com os autores acima, principalmente Marx, que a arte é condição geral necessária para que se efetive um intercâmbio entre o homem e a natureza; é condição permanente imposta pela natureza à vida humana e, por conseguinte, é comum a todas as formas sociais. De sorte que podemos afirmar que a arte é quase tão antiga quanto o homem, é uma forma

de trabalho compreendido como atividade característica do homem diante da necessidade de transformação da natureza.

A ação do homem sobre a natureza não decorre apenas de uma ação instintiva de sobrevivência, vai além; para sobreviver o homem necessitou utilizar de seu potencial criativo genuíno. Desenvolveu instrumentos e ferramentas, registrou o seu cotidiano e seu modo de viver. O processo criativo humano vai além da concepção da arte, deve ser visto “num sentido global, como um agir integrado em um viver humano.”(Fayga, p.1) De forma que, criar e viver se interligam. Acrescenta Fayga (1977):

Desde as primeiras culturas, o ser humano surge dotado de um dom singular: mais do que "homo faber", ser fazedor, o homem é um ser informador. Ele é capaz de estabelecer relacionamentos entre os múltiplos eventos que ocorrem ao redor e dentro dele. Relacionando os eventos, ele se configura em sua experiência de viver e lhes dá um significado. Nas perguntas que o homem faz ou nas soluções que encontra, ao agir, ao imaginar, ao sonhar, sempre o homem relaciona e forma.(p.2)

Todo indivíduo, portanto, se desenvolve em uma realidade social, em que as necessidades e os valores culturais moldam os próprios valores de vida. O humano particular (singular) em sua capacidade de criar desenvolverá e executará suas potencialidades criativas a partir do quadro de uma determinada cultura.

Vigotski (1925/2001b), ao elucidar o sentido social da arte, considera-a como uma técnica criada pelo humano para dar uma existência social objetiva aos sentimentos, possibilitando assim que os indivíduos se relacionem com esses sentimentos como um objeto, como algo externo que se interioriza por meio da catarse:

O social existe até mesmo onde há apenas um homem e as suas emoções individuais. Por isso, quando a arte realiza a catarse e arrasta para esse fogo purificador as comoções mais íntimas e mais vitalmente importantes de uma alma individual, o seu efeito é um efeito social. A questão não se dá da maneira como representa a teoria do contágio, segundo a qual o sentimento que nasce em um indivíduo contagia a

todos, torna-se social; ocorre exatamente o contrário. A refundição das emoções fora de nós realiza-se por força de um sentimento que foi objetivado, levado para fora de nós, materializado e fixado nos objetos externos da arte, que se tornaram instrumento da sociedade.” (p.315)

Radica nessa acepção a psicologia da arte, entendida como o impacto que a arte teria na subjetividade humana, ideia que o autor busca sustentar em sua obra de mesmo título, que resulta de sua tese de doutoramento.

Afirma ainda o autor (1925/2001b): “...” a arte é a mais importante concentração de todos os processos biológicos e sociais “...”, realizados pelo homem na sociedade, pois se constitui como mediação no equilíbrio do homem em momentos críticos de sua existência. (p.329). Nesse sentido, supera a ideia de arte como ornamento e defende sua capacidade de promover a integração do homem com o mundo e no mundo, além de consigo próprio.

Enquanto produção humana, a arte é síntese do humano e condensa o sentimento de uma época, do contexto em que foi produzida. Ao entrar em contato com esta produção, o homem se funde com o sentimento humano nela presente, ocorrendo o que Vigotski denomina de “refusão” ou identificação com os elementos nela expressos, o que promove a configuração de novos sentidos e o desenvolvimento da consciência enquanto novos modos de viver e pensar a realidade.

Ao nos propormos utilizar a arte, em suas diferentes formas, como materialidade mediadora, o nosso interesse não era o de fazer arte nem tecer uma crítica sobre ela, mas em consonância com as ideias defendidas por Vigotski, compreender de que maneira ela pode contribuir para o desenvolvimento e constituição do sujeito. Ou seja, estávamos interessados na Psicologia da Arte, o que significa voltarmos nosso olhar para o que a arte poderia provocar nos sujeitos, de que maneira ela afetaria seu modo de significar e pensar a realidade do trabalho.

Ao explicar o processo que caracteriza a relação do indivíduo com uma obra de arte Vigotski diz que o efeito de uma obra sobre nós, em um primeiro momento, é semelhante ao de outros objetos ou fenômenos. No entanto, as influências que essa obra irá exercer sobre o indivíduo é que a faz diferir de uma reação comum. O que está implícito nela, aquilo que não vemos, que não

ouvimos e que não enxergamos é que nos toca. A imaginação e a criação são componentes fundamentais nesse processo, pois são elas que abrem o caminho para a interpretação que daremos àquela obra (já que ela não é acabada). A avaliação que será feita dessa obra depende, diretamente, daquilo que é dito sobre ela, assim, não é a obra que é boa ou ruim, mas o que ela nos provoca que fará com que seja entendida de uma ou outra maneira (Vigotski, 1925/2001; 2003).

Podemos dizer que, ao exigir que o sujeito imagine e crie formas de interpretar aquilo que está percebendo, a arte permite que se desenvolva, que se utilize das ferramentas disponíveis para ampliar seu campo de atuação frente aquela situação. Vigotski (2005) diz, sabiamente, que:

Uma obra de arte vivenciada realmente pode ampliar nossa opinião sobre certo campo de fenômenos, obrigar-nos a observá-lo com novos olhos, generalizar e reunir fatos por vezes totalmente dispersos. Como toda vivência intensa, a vivência estética cria um estado muito sensível para as ações posteriores e, naturalmente, nunca passa sem deixar marcas em nosso comportamento posterior (p. 234).

Compreendemos, que a arte enquanto materialidade mediadora, articula-se ao conceito de atividade, o qual compreende ações, porém as transcende, na medida em que amplia, para o sujeito, as possibilidades de leitura e intervenção sobre a realidade. Sendo que a análise da atividade, por sua vez, pressupõe o olhar sobre as múltiplas relações que caracterizam a tríade sujeito/ações/contextos sociais, relações estas singulares e coletivas, na medida em que se pautam nas significações ali (re) produzidas, transformadas e apropriadas.

Esses apontamentos nos são úteis, em nossa proposta do uso da arte como materialidade mediadora no processo de formação em situação de trabalho, voltado à construção do trabalho coletivo, não parcializado, a ser construído pelos profissionais de saúde mental.

Considerando, de um lado a importância do social na constituição do homem, de outro, o trabalho enquanto atividade vital, e da educação e a possibilidade de configurar esse espaço coletivo em que se dá o trabalho, como locus privilegiado voltado à expansão contínua das atividades humanas, em que se amplia as possibilidades criativas de forma livre, acreditamos no potencial da formação em situação de trabalho para o desenvolvimento humano.

4. Caminhos da pesquisa: metodologia da investigação

4.1 Considerações sobre a pesquisa

Esta é uma pesquisa¹⁷ de abordagem qualitativa, do tipo participativo, com características de pesquisa intervenção, em que se busca transformar para conhecer. Ancora-se no materialismo histórico dialético que vem sendo utilizado pelo Grupo de Pesquisa Processos de Constituição do Sujeito em Práticas Educativas – PROSPED. Tem como compromisso ir ao contexto com o objetivo de superar determinadas condições presentes nas relações de trabalho. Utiliza-se dos princípios metodológicos da Psicologia Histórico Cultural, sobretudo os pressupostos de L. S. Vigotski.

Para este autor, o objeto e o método de investigação em psicologia mantêm uma relação muito estreita. O pesquisador, ao se acercar dos fatos que pretende investigar (o objeto de pesquisa), já o faz de certa perspectiva metodológica. A elaboração do problema e a do método se desenvolvem conjuntamente, ainda que não de modo paralelo (Vigotski, 1995: p. 47). Dessa perspectiva, a questão do método nas pesquisas com aporte teórico da Psicologia Histórico-cultural tem um duplo desafio: é, a um só tempo, ferramenta e resultado da investigação, demandando, portanto, um trabalho de construção permanente do pesquisador.

¹⁷ Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas . **Número do Parecer:** 242.706 **Data da Relatoria:** 08/04/2013

Há que se esclarecer que compreendemos como “histórico” o estudo do fenômeno em movimento, e historicidade como processo em movimento dialético, marcado por oposição, concordância, simetria e assimetria, enfim, tensões que se objetivam em sínteses provisórias. Tal abordagem nos permite focalizar o fenômeno investigado desde seu surgimento, de forma a identificar e analisar dialeticamente as transformações e contradições que o constituem. Objetiva-se ir além do evidente, busca-se responder como dado fenômeno chegou a ser o que é. (Zanella et al., 2007).

De acordo com Souza (2011,p. 2-3), podemos dizer que a possibilidade de realizar esse tipo de análise reside no fato de conhecermos o sujeito em movimento nas relações que são estabelecidas em seu contexto, investigando as condicionantes dessas relações, já que são elas as promotoras da emergência do sujeito tal como se manifesta. Sendo assim, o sujeito e a realidade se imbricam em um processo de constituição mútua e contínua. Portanto, o método utilizado por nós focaliza as relações que os sujeitos estabelecem no contexto do trabalho em saúde mental, levando em consideração o devir que se encontra na base do movimento que fundamenta a dialética. Nessas relações, é que nos deparamos com o movimento entre o singular e o coletivo.

Em nossa tentativa de buscar apreender os fenômenos estudados, temos realizado, em nosso grupo de pesquisa; intensos estudos sobre as formas possíveis de fazer emergir os sentidos e significados que os sujeitos configuram. No caso da presente pesquisa, esses esforços são direcionados para a possibilidade de ampliação da consciência dos profissionais que atuam na instituição pesquisada, o que se dá pela possibilidade de configurarem novos nexos sobre si e sobre seu papel profissional. Para tanto, sistematizamos o uso de materialidades mediadoras no processo de formação em situação de trabalho, em que estas são representadas pelas diversas expressões artísticas – textos literários, músicas, filmes, fotografias e reproduções de pinturas. Tomamos como base Vigotski (1925/2001b), quando diz que a arte pode ser utilizada como um instrumento psicológico mediador, um signo que possibilita ao sujeito o desenvolvimento de suas funções psicológicas superiores, das quais destacamos a consciência. A mediação realizada pela arte possibilita que

acessemos os sujeitos pelo afeto, que como veremos adiante, é fundamental para a compreensão da constituição e ação humanas.

Para Vigotski (1930/1991), a compreensão dos próprios afetos pelo sujeito promove alterações em sua vida psíquica, pois ele volta-se para si mesmo e desenvolve novas conexões entre as funções psicológicas. Pensar sobre seus afetos, suas emoções, faz com que o sujeito não se volte somente para aquilo que é externo a ele. Foi esse movimento pendular, que buscamos realizar ao utilizarmos as materialidades mediadoras. Neste processo, consideramos, que todos, pesquisador e profissionais são atingidos, possibilitando a dissolução, a criação e a transformação das realidades existentes, levando à ampliando da consciência de todos os participantes do processo. Considera-se a pesquisa realizada, dessa perspectiva, como uma pesquisa-intervenção, visto a intenção clara do pesquisador de transformar os sujeitos e o contexto em que se inserem.

É com base nesses pressupostos que nos propomos investigar o sujeito no contexto do trabalho, compreendendo-o constituído na e pela atividade, no caso; atividade de cuidados em saúde mental. Em que ao produzir sua forma humana de existência, revela sua historicidade social, sua ideologia, as relações sociais, seu modo de produção, em todas as suas nuances. Ao mesmo tempo, esse mesmo homem expressa a sua singularidade, na produção do novo nos significados sociais e nos sentidos subjetivos. (Aguiar e Ozella,2006).

4.2 Descrição e caracterização da instituição da pesquisa

O lócus desta pesquisa é uma instituição hospitalar, voltada à internação de pacientes com Transtorno Mental em fase aguda e também de crônicos. Instalado no bairro de Pirituba em São Paulo, este hospital foi construído na antiga Fazenda Anastácio. Fundado no século passado, no ano de 1929 pelo Dr. Pacheco e Silva e outros, recebeu o nome de Sanatório Pinel e tinha o caráter privado visando atender famílias com alto poder aquisitivo. Em 29/08/1944, o Governo do Estado de São Paulo adquiriu o acervo social do Sanatório Pinel que passou a chamar Hospital Psiquiátrico Pinel. Atendia pacientes de todas as camadas sociais, principalmente a população considerada de baixa renda, de

pacientes crônicos e dispunha de seis pavilhões voltados à internação de pacientes do sexo feminino.

Nesta mesma época já existia a Chácara Paraíso, nome dado à uma extensão do Hospital Pinel. Esse local continha outros três pavilhões, sendo dois femininos e um masculino, ali promovia-se atividades ligadas a pesca e pecuária com os pacientes internos. Com o encerramento de suas atividades em 1976, ela foi incorporada ao patrimônio do Hospital Pinel. Somente em meados de 1984 o Hospital Psiquiátrico Pinel passou a atender pacientes do sexo masculino, tornando-se, assim, um hospital misto.

Em 1998 iniciou-se um estudo por parte da Secretaria da Administração para implementação de um novo modelo organizacional, modificando o organograma. Em 16 de maio de 2008, a partir do decreto 53.004/2008, o novo organograma hospitalar recebeu a aprovação do governo do Estado de São Paulo e o então hospital passou a chamar-se “Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental Philippe Pinel” ou C.A.I.S.M. Philippe Pinel.

Atualmente, é uma instituição da administração direta da Secretaria de Estado da Saúde do governo de São Paulo, e tem como Missão: “garantir atenção integral, humanizada e qualificada à pessoa com transtorno mental severo e promover sua inclusão social de acordo com a evolução da Política Nacional de Saúde Mental, os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS”,

Atende no total, 137 pacientes, sendo 45 pacientes agudos adultos (30 homens e 15 mulheres), 18 crianças e adolescentes com quadro psicótico, 06 crianças e adolescentes autistas e 68 pacientes de longa permanência. Funciona 24 horas, sendo que o setor de internação recebe pacientes de segunda–feira a domingo, das, 8h às 22h. O hospital, hoje, em sua nova estrutura técnica e administrativa; em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, está organizado da seguinte forma: direção de departamento, quatro gerências

técnicas¹⁸, quatro gerências administrativas e dois assistentes técnicos. Ao todo a instituição conta com aproximadamente 400¹⁹ funcionários.

A presente pesquisa focaliza apenas uma área de atuação desta Instituição, a Gerência de Agudos, responsável pelas ações de cuidados com pacientes adultos, internados com quadro agudo de transtorno mental. Esta gerência é responsável pelas unidades das clínicas masculina e feminina que no total conta com 45 leitos para internação (30 masculinos e 15 femininos).

4.3 Apresentando os profissionais

Consideramos para efeito desta pesquisa, os profissionais que atuam na gerência de agudos adultos, num total de 19 (dezenove) profissionais de diferentes especialidades; a saber: três psicólogos, três assistentes sociais, três enfermeiras, três médicos, uma terapeuta ocupacional e seis da equipe de auxiliares de enfermagem ²⁰que participaram de todos os encontros, além das duas coordenadoras dos núcleos, totalizando 21 (vinte e um) profissionais.

O trabalho realizado por este grupo de pessoas, se dá a partir da lógica do trabalho em Saúde Mental desde a Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), que preconiza o rompimento da lógica do trabalho disciplinarizado, e ou multidisciplinar, portanto, dicotômico e especializado, o que, invariavelmente, esteve centrado na figura do médico. Propõe-se o modelo transdisciplinar, em que diferentes disciplinas ou sub áreas disciplinares tematizam um mesmo “objeto”, busca-se relações mais horizontalizadas de poder entre os diversos saberes em que não se descarta a clínica nem a dissocia das formas de organização do trabalho e gestão (Onocko Campos, 2005, p.578-579)

¹⁸ As Gerências Técnicas são divididas em: Gerência de Infância e Adolescência; Gerência de Agudos; Gerência de Reinserção Social e Gerência de Apoio Técnico.

¹⁹ A grande maioria desses funcionários é formada pela equipe de enfermagem, que trabalha em turnos de 12/36 horas dia e noite.

²⁰ A equipe de auxiliares é composta por 20 profissionais nos dois plantões (par e impar) , no entanto encontramos dificuldades na substituição destes visando a participação nos encontros. Limitamos assim, a presença de apenas seis auxiliares de enfermagem em todos os encontros.

Importante salientar que os profissionais foram convidados a participar, leram e assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, e puderam recusar ou desistir a qualquer tempo, da participação na pesquisa.

Para efeito de maior clareza sobre a formação inicial e sequencial dos profissionais participantes da pesquisa, apresentamos a tabela abaixo, a partir do cargo ocupado pelo profissional na instituição.

Cargo	Função	Quantidade	Formação inicial	Formação sequencial
Médico 20 hs	Médico Psiquiatra – (assistências)	3	3 - Graduação em Medicina	3 com especialização em psiquiatria
Enfermeiro		3	3- Graduação em Enfermagem	1 especialização em saúde mental; 1 especialização em administração hospitalar.
Psicólogo	Psicólogo 30hs	3	3 Graduação em Psicologia	1- Especialização em Neuropsicologia
Assistente Social	Assistente Social 30 hs	2	Graduação em Serviço Social	1- Especialização em psicopedagogia
Terapeuta Ocupacional	Terapeuta Ocupacional 30hs	2	Graduação em Terapia Ocupacional	
Auxiliar de Enfermagem (Plantão diurno)	Aux. de enfermagem (plantonista 12 h.- 12/36)	6	5 (cinco) profissionais com 2º. Grau completo;	
			1-(um) profissional com Graduação em Enfermagem;	1- especialização em saúde mental (cursando)

Coordenadores de Núcleos Assistenciais (N.A.S.- também denominado mais comumente na instituição e nesta pesquisa como clínica)

N.A.S. ou Clínica	Cargo	Função	Quantidade	Formação inicial	Formação sequencial
N.A.S. I – Clínica masculina	Diretor Técnico de Saúde I	Coordenação técnica e administrativa do Núcleo (clínica)	1	Psicologia	Especialização em Psicanálise, Psicologia hospitalar e psicopedagogia
N.A.S. II – Clínica feminina	Diretor Técnico de Saúde I	Coordenação técnica e administrativa do Núcleo (clínica)	1	Enfermagem	

5. Delineamento da Pesquisa

Em 2005, após assumir a direção do hospital, o diretor da instituição traçou como objetivo a transformação da prática assistencial ali realizada. Tal objetivo, ainda que um pouco tardio, visava adequar a instituição ao preconizado na Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre o direito das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial para a atenção à comunidade e prevendo a construção e ampliação de serviços territoriais, para a superação progressiva do modelo assistencial hospitalocêntrico.

Como estratégia de gestão na prática em saúde mental, semanalmente, o diretor reunia-se com a equipe de gerentes técnicos e, quinzenalmente, com todos os gerentes, técnicos e administrativos. Em uma dessas reuniões, foi proposto que se avaliasse a qualidade da assistência prestada.

Nesse processo foi detectado, que alguns modelos assistenciais repetiam-se sem que houvesse críticas por parte da equipe assistencial. Citava-se como exemplo as reuniões de grupo familiar²¹, que em seu formato, não

²¹ As reuniões de grupo de família ocorriam uma vez por semana, em cada um dos Núcleos Assistenciais, com a presença da equipe multiprofissional (médico, psicólogo enfermeiro, terapeuta ocupacional e assistente social) e as famílias dos pacientes. Cada Núcleo realizava a sua reunião em dias e horários diferentes. Em geral, nestas reuniões centrava-se na temática de orientações médicas com foco na

atingiam os objetivos traçados, levando a falhas na qualidade da assistência prestada, o que foi atribuído em parte à formação inicial desses profissionais, cujos cursos não os preparavam para a atuação no trabalho em equipe interdisciplinar, aliado à falta de reflexão sobre o trabalho. Considerava-se, também, que a educação continuada oferecida na instituição não alcançava os resultados esperados.

Aliado a isso, apontava-se problemas no processo de comunicação geral da instituição, o que impactava diretamente na qualidade do atendimento prestado, bem como refletia no cotidiano do trabalho em equipe. Apontavam também sinais de adoecimento e sofrimento, em uma parcela significativa de trabalhadores, o que expressava-se no alto índice de absenteísmo, bem como no grande número de funcionários afastados em decorrência de agressão cometida por pacientes, quadro depressivo e problemas gástricos.

No calor da discussão do processo dessa avaliação, não se atribuí a ineficácia do programa de educação continuada ao fato de ser dirigido exclusivamente à equipe de auxiliares de enfermagem tampouco a temática dos cursos, que não era levantada junto a esse grupo de trabalhadores.

No início do ano de 2010, a diretoria imbuída na busca de melhores resultados para a assistência prestada aos pacientes e familiares, bem como tendo como objetivo se alinhar aos princípios de gestão adotados pela Secretaria de Estado de Saúde - S.E.S.-, propôs a sua equipe de gerentes, coordenadores de serviço, elaborar o planejamento estratégico.

Em meados do mesmo ano, a direção, a partir de um curso de gestão que realizou, sugere à equipe de gestores, adotar a educação permanente como uma forma de solucionar, além dos problemas detectados na reunião de avaliação sobre a assistência aos pacientes, a solicitação da Secretaria de Estado para implantação do planejamento estratégico.

medicação e evolução do paciente naquele período da internação. Desprezava-se as ações das outras áreas profissionais como: esclarecimentos sobre a doença, os serviços de referência no pós alta, orientações para solicitação de benefícios e principalmente conscientizá-los sobre a doença e motivá-los para a adesão ao tratamento. E ainda, procedia-se as orientações individuais, embora na presença de todas as famílias e logo após os esclarecimentos, a família era dispensada.

No final de 2010, a equipe gestora teve a iniciativa de utilizar o encontro²² de final de ano com a finalidade de conhecer o trabalho de educação permanente. Uma facilitadora foi convidada para exemplificar como se daria o trabalho. Ao final, ficou combinado que ele ocorreria ao longo do ano seguinte, na instituição como um todo. Proposta que não aconteceu em decorrência de acertos financeiros e metodológicos entre a direção e a facilitadora.

No entanto, somente no início de 2012 foi implantado o projeto de “Educação Permanente” e envolveu apenas os gerentes e coordenadores de núcleos assistenciais. Além de não atender aos objetivos inicialmente estabelecidos, atingir todos os funcionários, a direção junto com a facilitadora, consideraram oportuno utilizar esse projeto para desenvolver o planejamento estratégico institucional e desta forma atender à solicitação da Secretaria de Estado.

Além de descaracterizar a finalidade geradora do projeto, ao nosso ver, utiliza-se da educação permanente apenas como ferramenta de gestão para obtenção de resultados de curto prazo voltados ao cumprimento de tarefa burocrática, instituída pelo nível central - Secretaria de Estado -.

A existência deste hiato, no tocante à busca de soluções para a melhoria da assistência prestada, nos pareceu ideal para realizar a pesquisa-intervenção que vinha se desenhando, com o objetivo de identificar de que modo a psicologia poderia intervir junto à equipe de trabalho, com vista à transformação da práxis, em busca da melhoria na assistência e redução do sofrimento vivido pelos profissionais na situação de trabalho.

A partir da experiência que vivenciávamos naquele momento com o processo de educação permanente, e que estava voltado apenas para os gestores (gerentes e coordenadores de núcleos assistenciais e administrativos) daquela unidade de saúde, considerávamos que o modelo de educação no trabalho proposto não atingia os objetivos de mudança e melhoria na qualidade das ações de cuidado prestado pelos profissionais diretamente envolvidos.

²² O Encontro de final de ano entre o Diretor, gerentes e coordenadores, ocorre desde 2008, e é realizado em dois dias em hotel nas imediações de São Paulo. Tem como objetivo, o desenvolvimento do planejamento das ações para o ano seguinte.

As reuniões semanais realizadas pelas equipes técnicas, voltadas para a discussão dos casos dos pacientes internados (quanto ao diagnóstico, projeto terapêutico individual dos pacientes, avaliação de alta e encaminhamentos no pós alta), também ao nosso ver não se constituíam em ações de transformação da prática a partir das reflexões construídas com base nos erros ou acertos cometidos.

Consideramos que a proposta de formação em situação de trabalho voltado diretamente aos que prestam assistência ao paciente, poderia sim se constituir na melhor resposta aos problemas detectados.

Para nós, era claro que não desejávamos propor uma formação em situação de trabalho nos moldes do processo educativo voltado à atualização técnico-científica, como educação continuada, deveria ir além. Compreendíamos, que a proposta deveria não só garantir a melhoria na qualidade da assistência, mas ao mesmo tempo, se constituísse, de um lado em processo do desenvolvimento humano crítico, com a ampliação da consciência a partir da configuração de novos nexos sobre si, sobre o outro e sobre o trabalho, de forma que no coletivo do trabalho, ao colocarmos em discussão o cotidiano das atividades, os seus problemas, fosse possível por meio da cooperação dos membros, adquirir e usar novos conhecimentos, sejam eles provenientes do interior da organização ou do seu exterior. Nesse processo de intercâmbio e de olhar sistêmico, desenvolver capacidades e habilidades em seus membros, valores para fazer face ao inesperado. Para tanto, avaliamos que deveríamos possibilitar um exercício de explicitação por parte dos membros da equipe de suas ações, da interpretação e questionamento vivo delas.

Nas pesquisas desenvolvidas pelo Grupo de Pesquisa Processos de Constituição do Sujeito em Práticas Educativas – PROSPED, temos utilizado a arte (fotografias, reproduções de obras de artes visuais, música, dança, textos literários, poesia e filmes) como materialidade mediadora. Nesta pesquisa utilizamos a arte como base metodológica em que ancorará a estratégia utilizada na ação da formação em situação de trabalho.

Das Etapas e suas Fases

Devido a sua abrangência, essa investigação contemplou quatro (4) etapas fundamentais que serão descritas a seguir:

1ª. Etapa: Cenário da Pesquisa

O levantamento de dados se deu a partir do cotidiano do trabalho nesta instituição e junto aos profissionais e frente às suas atividades, envolvendo os coordenadores e técnicos das equipes que atuam com pacientes portadores de transtorno mental em fase aguda na instituição em foco. Após os dados coletados, reunidos e analisados, dá-se a elaboração do projeto de formação, seguido da sua apresentação para o diretor da instituição. Diante de sua aprovação, apresentamos e reconfiguramos junto às equipes os detalhes para a sua execução. Por fim, também foi solicitado a apresentação do projeto para as outras áreas de gestão do hospital, os gerentes técnicos e administrativos.

Conceitualmente, a construção do “cenário da pesquisa” para Rey (2005, p. 83-85), tem por objetivo apresentá-la aos possíveis sujeitos que dela participarão por meio de um clima de comunicação e de participação que facilita o envolvimento dos sujeitos e constitui-se como o primeiro momento da pesquisa, no qual já podem aparecer informações significativas sobre o problema estudado.

Constitui-se o cenário desta pesquisa o momento de apresentação da proposta aos profissionais que integram as duas equipes dos Núcleos de Assistência (N.A.S.), esta apresentação ocorreu no momento inicial da reunião geral de equipe que acontece semanalmente em cada um dos núcleos, com a posterior aceitação de participação na pesquisa pelos profissionais da equipe²³ multiprofissional presentes naquele momento. Manifestaram-se favoráveis, em

²³ Cada equipe é composta de um profissional de cada especialidade (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, médico psiquiatra) para um grupo de 15 pacientes, além da equipe de enfermagem que é formada no total de 20 pessoas divididas por plantões de 12h, sendo que a equipe do Núcleo masculino conta com 6 auxiliares por plantão para atender 30 pacientes e a feminina com 4 para 15 pacientes.

relato oral, por considerarem a necessidade de um espaço de reflexão sobre o trabalho, uma vez que consideravam que as reuniões de equipe acabavam por se constituir em um momento de discutir o ‘trabalho imediato’, o atendimento ou resolução de tarefas pontuais sobre um ou outro paciente além dos problemas rotineiros do trabalho, que nomearam como “apagar incêndio”. Foram informados sobre os termos do consentimento livre e esclarecido e que mesmo após assinarem, poderiam livremente, recusarem-se a participar da pesquisa.

A proposta foi bem acolhida pela equipe e a condição de gerente exercida pela pesquisadora daquele grupo, consideramos, que nem facilitou tão pouco dificultou a receptividade da proposta. Isto se deve, a nosso ver pela presença diária junto às equipes e a participação nas reuniões semanais, construindo horizontalmente a proposta do trabalho e partilhando o mesmo desejo de superação das condições de trabalho. Neste sentido, este tipo de pesquisa, não significa um processo de organização de estratégias de “descoberta” da realidade, embora muitos a compreendam desta forma e tomem iniciativas a partir deste entendimento. O processo investigativo precisa ser compreendido sob a perspectiva da formação e também como compromisso ético e político. É a definição destas dimensões que nos possibilitará identificar os caminhos a serem trilhados, ou seja, as estratégias e instrumentos adequados aos objetivos que possuímos.

2.a Etapa: Descrição das Atividades

Nesta etapa, foi solicitado aos profissionais que desejassem responder o questionário com as seguintes questões: O que eu faço na enfermaria e como faço? Para que eu faço? O que faço sozinho? O que dificulta meu trabalho? O que facilita? O que faço com a ajuda do outro? Tal procedimento teve como objetivo capturar a atividade real e o real da atividade, sob a ótica dos próprios profissionais além de identificar as dificuldades atribuídas na execução do trabalho e a visão sobre a realização do trabalho em equipe. Foram orientados, caso desejassem, poderiam omitir seus nomes, apenas identificando-se a partir do cargo ocupado. Ao todo, participaram desta etapa, seis (6) profissionais,

sendo duas (2) psicólogas, uma(1) enfermeira, uma (1) terapeuta ocupacional e duas assistentes sociais (2) e todos identificaram-se.

3ª. Etapa: Encontro de Formação

No final de agosto de 2012 propusemos, primeiro aos coordenadores dos Núcleos de Assistência da Gerência de Agudos, o núcleo masculino e feminino, e em seguida aos profissionais que integram essas duas equipes de nos encontrarmos quinzenalmente no horário já estabelecido para as reuniões de equipe. A proposta era promover a reflexão sobre o trabalho a partir da discussão da prática.

Os encontros tiveram início em outubro face ao planejamento e organização necessários. Participaram dos encontros, a pesquisadora, as duas coordenadoras de cada um dos Núcleos, e as três equipes²⁴ desses setores.

Nem sempre havia a presença de todos, impedidos por situações diversas, seja do cotidiano do trabalho, seja por razões pessoais de ausência no trabalho, ou em decorrência da escala de trabalho, situação essa que envolve a equipe de enfermagem. Estiveram presentes em todos os encontros oito profissionais, em relação aos demais a presença variou entre sete (7) e dois(2). Apenas um profissional esteve presente em apenas um encontro. Nesses realizamos atividades que envolviam as materialidades mediadoras, suscitando discussões que giravam em torno das demandas apresentadas pelos sujeitos e enfrentadas no dia a dia do trabalho e visamos a problematização com propostas de solução para esses conflitos. A duração de cada encontro foi em média de 1h30m, e realizado dentro da carga horária de trabalho dos profissionais, e em espaço adequado na própria instituição. Na maioria deles, levamos a materialidade já pronta, músicas, textos literários ou teóricos, poesias, imagens de obras de arte e filmes. Em apenas um encontro solicitamos que eles produzissem a pintura em tela.

²⁴ Cada equipe é composta de um profissional de cada especialidade (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, médico psiquiatra) para um grupo de 15 pacientes, além da equipe de enfermagem que é formada no total de 20 pessoas divididas por plantões de 12h, sendo que a equipe do Núcleo masculino conta com 6 auxiliares por plantão para atender 30 pacientes e a feminina com 4 para 15 pacientes.

Todos os encontros, onze ao todo, foram planejados anteriormente com vista a colocar o cotidiano do trabalho em análise. Foram definidos os objetivos de aprendizagem com base no levantamento dos fatores de sofrimento já apontados (agressão sofrida por parte de pacientes, excesso de jornada de trabalho) e das dificuldades no trabalho (a atuação na assistência a pessoas com sofrimento mental e seus familiares, a atuação da direção e o trabalho em equipe), em seguida realizamos a seleção de conteúdos ou temas.

Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador é frequentemente confrontado em sua intencionalidade, e também reconfigura sentidos, o que, no nosso caso, nos levou a repensar e redefinir o encontro seguinte, as materialidades que seriam utilizadas e as ações que seriam executadas.

Nos pautamos na metodologia de Vigotski e em suas contribuições para o processo de ensino-aprendizagem; estabelecemos a organização seqüencial da grade programática com a definição das atividades, quando utilizamos reflexões escritas no desenvolvimento das atividades com materialidades mediadoras, o objetivo era termos mais informações sobre as vivências e o anonimato implica uma busca por relatos mais espontâneos possíveis. A avaliação do processo e seus resultados foi contínua.

Corroborando a afirmação de Delari Jr. (2009), compreendermos que a prática de formação deve estar em consonância com os princípios éticos que estão na base da Psicologia Histórico-Cultural: a superação, a cooperação e a emancipação. A superação refere-se à ação de ir além dos limites existentes, em direção à possibilidade que podemos alcançar enquanto seres humanos, encontrar caminhos para ir além do que se está estabelecido, tendo como referência para essa ação as condições materiais e concretas presentes no meio.

Um elemento importante para que a superação aconteça, é a cooperação. A ação do outro junto a nós, a um só tempo, contribui para que possamos avançar e para conhecermos a nós mesmos, ao mesmo tempo em que influencia esse outro. Sem o outro humano, como vimos, não teríamos as condições necessárias para nos tornarmos humanos. Para nós, a cooperação é

fundamental para compreendermos como poderíamos alcançar a superação das condições observadas.

Por fim, em relação à emancipação, que diz respeito à conquista última do homem, especialmente com a cooperação do outro, a partir da relação com o outro, esta deve ser buscada pelo exercício da autonomia no coletivo, uma vez que só podemos concebê-la - emancipação - como conquista social. Importa afirmar que o psicólogo tem que construir uma identidade de promotor de vivências no contexto em que atue, no nosso caso na formação em situação de trabalho, considerando vivência no sentido vigotskiano, como experiência que amplia a consciência pela apropriação de suas condições de vida e trabalho, que leva à configuração de novos sentidos e à mudança. Acreditamos que ações desta natureza sejam possíveis pelo oferecimento de signos da cultura, que conduzam à reflexão sobre a ação rumo à compreensão da teoria que subsidia a ação e que desenvolve todo aquele que se propõe ao processo de formação, no oferecimento de conhecimentos teóricos que ampliem suas teorias.

Com a finalidade de identificar mais diretamente os fatores de sofrimento e de dificuldades no trabalho, foram realizadas, também, entrevistas semi-estruturadas (anexo 4) com os sujeitos. De acordo com Souza (2011), esse instrumento possibilita —abrir espaço para o sujeito se expressar e para o pesquisador investigar suas hipóteses, além da construção de um espaço de dialogia, em que novos sentidos se configuram, tanto para o pesquisado como para o pesquisador (p. 5).

4.a Etapa: Entrevista

Nesta pesquisa, utilizamos a entrevista como um dos instrumentos indutores da expressão do sujeito, uma vez que segundo Rey (2002), ela nos possibilita captar os significados e os sentidos produzidos acerca de um dado fenômeno. Optamos pela utilização da entrevista semi-estruturada considerando, a possibilidade de abrir espaço para o sujeito se expressar e para o pesquisador investigar suas hipóteses, além da construção de um espaço de dialogia, em que novos sentidos se configuram, tanto para o pesquisado como para o pesquisador.

Reconhecemos a importância e por isto optamos pela utilização de vários instrumentos visando acessar as informações que possibilitaram a construção dos dados da pesquisa. Neste processo, sujeitos e pesquisador configuram significados e sentidos, num movimento interpretativo-constutivo contínuo.

Para melhor visualização e compreensão do processo, apresentamos a seguir o quadro com a descrição dos encontros, as materialidades utilizadas, os procedimentos adotados, os objetivos pretendidos a cada encontro e a descrição **do número de profissionais participantes em cada encontro e seus respectivos cargos.**

Encontros	Datas	Materialidade Mediadora	Procedimento	Objetivo	Participantes
1º Encontro Conhecendo os motivos da escolha do trabalho	16/10/2012	O encontro foi aberto com um trecho do filme “ 3 Idiotas” ²⁵ no trecho musical “Aa Izz Well”	Pediu-se aos sujeitos que contassem sobre o seu percurso profissional. O encontro pode ser descrito como uma entrevista coletiva, sem roteiro.	Produzir reflexão escrita em relação ao motivo da escolha pela área profissional - saúde mental e os motivos da escolha por aquela instituição.	4 Psicólogos, 3 Assist. Social, 2 Médicos Psiquiatras, 1 Terapeuta Ocupacional
2º e 3º. Encontro Oficina de arte: Emoção do lidar	23/10/2012 Turma A	Pintura em Tela	Este encontro foi realizado no anfiteatro do hospital. Ao som de músicas clássicas (Vivaldi- Four a seasons, Chopin - Prelúdio em Mi Menor, Noturno, e Ligt - Sonho de Amor) foi explicado aos participantes o objetivo do encontro, esclarecido que tal qual o que era proporcionado aos pacientes, eles poderiam ali desfrutar do encontro com a arte através da pintura em tela. Esclarecido que não se pretendíamos avaliar a qualidade da obra produzida e ou seu autor, mas que eles se permitissem à fluência livre da expressão livre da arte. Ao final, foi feita a pergunta aos participantes: quais as sensações e sentimentos que aquele encontro despertou neles?	Proporcionar, pela fluência da vivência em artes plásticas - pintura em tela, reflexões sobre o sentido, de um lado do uso da arte enquanto expressão de linguagem nas ações de cuidado/tratamento dos pacientes, e de outro despertando a reflexão sobre o sentido e significado do trabalho em saúde mental para aquele que presta ações de cuidado.	Turma A 2 Médicos Psiquiatras, 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Enfermeira, 6 Auxiliares De Enfermagem, 3 Psicólogas E 1 Assist. Social
	24/10/2012 Turma B				Turma B 1 Enfermeira, 1 Assistente Social, 4 Auxiliares De Enfermagem, 1 Médico, 1 Psicólogo
4º e 5º Encontro Oficina de arte: Emoção do lidar	30/10/2012 Turma A ²⁶	DVD da “ peça de Teatro Nise da Silveira - “A Senhora das Imagens”	Assistiram ao DVD da peça “ Nise da Silveira - A Senhora da Imagens”. Ao final , foi disparada a pergunta sobre o que esta peça os fez pensar? Iniciada a discussão e reflexão sobre os aspectos observados e os sentidos configurados .	Despertar o olhar dos profissionais para questões do trabalho em saúde mental antes da reforma psiquiátrica e na atualidade, fazendo-os refletir sobre o protagonismo do hospital e daquela equipe nas ações de cuidado/tratamento desenvolvidas e dispensadas aos pacientes e s repercussão disto nos demais atores. Refletir, sobre a própria condição hospital, seus recursos materiais e humanos e seu papel histórico e social na política de saúde mental .	Turma A 2 Médicos Psiquiatras, 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Enfermeira, 6 Auxiliares De Enfermagem, 2 Psicólogas
	31/10/2012 Turma B				Turma B 1 Enfermeira, 1 Assistente Social, 4 Auxiliares De

					Enfermagem, 1 Médico, 1 Psicólogo
6º. e 7º Encontro: Estudo Temático: Estudo sobre o Transtorno Afetivo Bipolar	Turma A 06/11/2012	- Slide da Tela “ O Grito” (1893) - <u>Edvard Munch</u>	A partir da sugestão dos participantes do tema para estudo e discussão neste encontro - TAB: Transtorno Afetivo Bipolar, indicamos dois artigos científicos sobre o assunto, com antecedência de 15 dias e informamos que poderiam indicar outros, o que não ocorreu. Foram realizados 2 encontros com equipes diferentes de forma a contemplar os dois plantões de enfermagem (par e impar). Iniciamos, apresentando a imagem da Pintura em Tela “ O Grito” (1893) de Edvard Munch e perguntamos “O que a imagens os faz pensar? Em seguida foi apresentado o vídeo do curta metragem “ EUSPELHO”, disparando discussão e reflexão sobre os aspectos observados e sentidos configurados na relação teórico - prática com os textos e a vivência de cada um no trabalho. Encerramos este encontro, com a apresentação do vídeo sobre	Propiciar o acesso ao conhecimento científico produzido relacionando-o com a prática do trabalho. Acessar como a equipe compreende o trabalho desenvolvido, e dessa forma possibilitar a reflexão crítica da realidade identificando possibilidade de transformação e configuração de novos nexos sobre si e do trabalho realizado- ampliação da consciência.	Turma A 2 Médicos Psiquiatras, 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Enfermeira, 1 Psicóloga, 3 Auxiliares De Enfermagem, 1 Assist. Social
	Turma B 07/11/2012	- Curta Euspelho - sobre o transtorno afetivo bipolar: http://youtu.be/cKxRWEhR_h8 Curta Metragem exibido no “2º. Festival de Cinema Experimental Curta a Vida” em 2009. Um filme de Dina Alves e Odair Dias. O filme retrata uma personagem que sofre de transtorno bipolar. - Vídeo Arthur Bispo do Rosário: A poesia do fio : http://youtu.be/ky3zHSVhFMQ			Turma B 1 Enfermeira, 1 Assistente Social, 2 Auxiliares De Enfermagem, , 1 Psicólogo

²⁵ “3 Idiotas” discute a educação rígida na Índia, na qual muitos rapazes são mandados para escolas de engenharias pelos seus pais, sem direito à escolha, visto que é uma profissão que tem um futuro promissor nesse país, além de questionar os métodos de ensino, que tratam os alunos como máquinas e não seres humanos . Neste encontro apresentamos apenas um trecho com uma das trilhas sonoras com 3min. de duração.(http://www.youtube.com/watch?v=Ood3jcm_4k&feature=em-share_video_user)

²⁶ Com o objetivo de estender a oficina aos dois plantões da equipe de enfermagem (plantão dias par e impar), realizamos o encontro em quatro dias, sendo que no primeiro dia foi realizado a vivência em arte com pintura em tela seguida de roda de conversa sobre a experiência artística e a relação de cuidado. No segundo dia assistiu-se ao DVD da peça, seguida de discussão sobre o trabalho em saúde mental naquela instituição.

			algumas obras do artista (ex paciente psiquiátrico) Arthur Bispo do Rosário: A poesia do fio e foi solicitado que realizassem um breve resumo sobre o sentido daquele encontro para cada um.		
8º. O que eu faço? Descrevendo o trabalho	13/11/2012 Turma A 14/11/2012 Turma B	Trecho do filme Camille Claudel, de Bruno Nuytten, (1989). Imagens em Power Point de algumas obras de Camille Claudel (idade madura, Sakuntala (1886-1905) e La Valse (1889-1905)	Para este encontro foi solicitado que cada participante trouxesse escrito o que faz, indicando o que faz diariamente, o que faz eventualmente e como faz. Na abertura do encontro, apresentamos um trecho do filme Camille Claudel, de Bruno Nuytten, (1989). Filme baseado na biografia escrita por Raine-Marie, sobrinha-neta de Camille. O trecho apresentado, destaca disposição de Camille em concretizar o seu desejo de trabalhar com escultura, contrariando sua família e a busca por argila numa França chuvosa. Discuti-se a impressão deles sobre o trecho do filme e pediu-se, que falassem algo que reportassem ao que o filme havia suscitado neles no que se refere aos sentimentos em relação ao trabalho. Apresentamos algumas imagens em Power Point, uma por vez. Discuti-se a impressão deles sobre as imagens e pediu-se, que falassem algo que reportasse ao que a leitura de imagens suscitou neles.	1 - Como objetivo, além de possibilitar a troca de informação sobre o processo do trabalho realizado por cada área profissional, desejamos que o profissional pudesse tomar consciência da sua práxis refletindo sobre a importância do coletivo do trabalho na diminuição da angústia e sofrimento do trabalho isolado e fracionado tanto para si como para o paciente.	Turma A 2 Médicos Psiquiatras, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Enfermeira, 1 Psicóloga, 4 Auxiliares De Enfermagem, 2 Assist. Social Turma B 1 Enfermeira, 1 Assistente Social, 2 Auxiliares De Enfermagem, 1 Psicólogo
9º. Encontro: Projeto Terapêutico	21/11/2012		Leitura e Revisão do Projeto Terapêutico dos Núcleos de Assistência já em vigor.	1- Leitura crítica e reflexiva sobre o trabalho realizado visando construir documento balizador da prática.	4 Psicólogos, 3 Assist. Social, 1 Médicos

			<p>Providenciou-se, cópia deste instrumento (PTN) para todos, dividiu-se o grupo de participantes em dois subgrupos, pediu-se que lessem e apontassem para a pertinência do texto na relação com a prática atual, anotando as sugestões de alteração. Ao final combinamos que haveria a socialização da discussão com os membros ausentes, providenciou-se o envio do Projeto Terapêutico em vigor e a Síntese do encontro com as sugestões apontadas, por e-mail. Garantiu-se também que seria impresso o Projeto e que ficaria disponível para todos na sala de equipe de cada um dos Núcleos (masculino e feminino) possibilitando o acesso ao conhecimento produzido à todos.</p>		<p>Psiquiatras, 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Enfermeiras, 6 Auxiliares de Enfermagem.</p>
<p>10º. Encontro da escrita do Projeto Terapêutico dos Núcleos (PTN)</p>	<p>27/11/2012</p>	<p>Trecho das peças musicais abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minueto em Sol Maior de Bach - Noturno Chopin - Beethoven - Silencie 	<p>Inicia-se o encontro solicitando que os participantes, após ouvir um trecho das peças musicais abaixo, escolhessem uma que melhor representasse o que esperavam daquele encontro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minueto em Sol Maior de Bach - Noturno Chopin - Beethoven - Silencie <p>Tocamos um trecho de cada música e os participantes escolheram Minueto em Sol Maior de Bach, atribuíram como significado da escolha a calma e a tranquilidade transmitida pela música. Consideraram que aquele clima, era essencial para aquela escrita, além de inspirador.</p>	<p>Escrita do Projeto Terapêutico dos Núcleos</p>	<p>Turma A + Turma B 1 Médico Psiquiatra, 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Enfermeira, 2 Assist. Social, 6 Auxiliares De Enfermagem, 3 Psicólogos</p>

			<p>Após a música, dividiu-se em 3 grupos para a elaboração da tarefa, o primeiro grupo ficou com a função de revisão e elaboração da apresentação do serviço e dos objetivos e o tratamento oferecido. O segundo grupo se encarregou da revisão e elaboração das Funções e Competências, neste item orientou-se para que os integrantes do grupo procedem-se à redação das competências das áreas cujos participantes estivessem presentes, assim poderiam convidá-los a falar de seu trabalho para serem fiéis ao que de fato estes profissionais executavam no dia a dia de seu trabalho. Para àquelas funções que não tínhamos profissionais presentes, combinou-se, após sugestão do grupo que eles fariam a entrevista com o colega de forma a descrever o trabalho. O terceiro grupo encarregou-se da revisão e escrita da estrutura de recursos humanos (R H) e física que compõe cada núcleo.</p>		
<p>11º- Encontro : continuidade e finalização do Projeto Terapêutico dos Núcleos (PTN) e início dos trabalhos de revisão do Projeto</p>	04/12/2012	Não houve materialidade mediadora	<p>Iniciamos com a apresentação dos protocolos já praticados agora revisados :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo Para Situações Específicas Vulnerabilidade Social Ou Familiar, - Protocolo de Contenção e formas de abordagem, (física e ou de espaço). 	<p>Finalização da escrita do PTN e Escrita do Projeto Terapêutico Individual</p>	<p>Turma A + Turma B 1 Médico psiquiatra, 1 Terapeuta ocupacional, 2 Enfermeiras, 6 Assist. Social, 6 Auxiliares de</p>

Terapêutico Individual.			Durante a leitura a equipe identifica a necessidade de alterá-los tornando-os mais fiel à prática. Em seguida passamos para a discussão do Projeto Terapêutico Individual (PTI), e da mesma forma o grupo revê e apresenta sugestões de alteração.		enfermagem, 3 Psicólogos
-------------------------	--	--	--	--	--------------------------

Quadro de descrição dos encontros

6. O Processo de Análise

Os pressupostos teóricos nos quais nos baseamos, a psicologia histórico-cultural e o materialismo dialético, segundo o qual o homem é visto como ser social, histórico constituído nas e constituinte das relações sociais. Desta decorrem algumas categorias que são centrais e estão na base e permeiam toda a nossa análise e, por essa razão, consideramos necessário delimitá-las brevemente.

A primeira delas é a de mediação, entendida como instância que relaciona objetos, processos ou situações entre si. Como categoria teórico- metodológica, permite (1) romper com dicotomias e identificar as determinações dialeticamente constitutivas do sujeito, tendo como função não apenas de ligar dois elementos, mas, ainda, a de ser o centro organizador dessa relação (Aguiar e Ozella,2006); (2) explicar/compreender que, embora o homem possa potencialmente, como membro da espécie humana, alcançar sua humanidade, ele só o faz por meio das relações sociais que mantém com outros homens e com a cultura até então acumulada. A categoria mediação nos permite aprender o fenômeno e pensá-lo em movimento. E como salienta Aguiar e Ozella (2006) ao utilizarmos esta categoria na intervenção em um elemento/processo, cuja relação antes era vista como direta, permite-nos pensar em objetos/processos ausentes até então.

A segunda categoria diz respeito à história/ historicidade entendida tanto como movimento dialético da realidade (marcado pela unidade de contrários: parte-todo; pela distinção aparência-essência) quanto como ordenamento dos fatos, o que implica certo nível de consciência e intencionalidade, enfim, tensões que se objetivam em sínteses provisórias.

A atividade é a terceira categoria, e aqui a tomamos a partir das proposições de Vigotski e Yves Clot. A delimitamos, como processo em que está engajado o homem, de forma voluntária (individual ou coletivo) na relação com o ambiente (físico, mental e ou social), trata-se de um processo de transformação dialética do mundo, e de si-mesmo, sendo suas inovações transmitidas culturalmente de geração a geração. Comporta portanto um fazer situado em

uma dimensão histórica e dinâmica. Nesta ação de transformação do mundo, a atividade humana é sempre significada, ou seja, em seu agir o homem opera uma atividade externa e ao mesmo tempo uma interna (palavra e gesto) [grifo nosso] e ambas operam com significados (Aguiar e Ozella,2006;p. 226). Compreende-se que é na e pela atividade, especificamente pelo trabalho, que encontramos a gênese da consciência e a possibilidade de compreender o desenvolvimento humano. Tal compreensão só é possível uma vez que a consciência humana emerge a partir da atividade linguística mediada.

Na concepção vigotskiana, motivos e necessidades encontram-se imbricados nesta categoria. Tal intencionalidade voltada à tarefa envolve as relações entre emoção e intelecto, sendo que estas não são estáveis. Do encontro ou desencontro destas relações, das tensões e desejos, é que iremos encontrar no sentido da atividade o regulador da tarefa.

A quarta categoria é significação, formada por duas outras, a dos sentidos e dos significados. Estes estão relacionados à realidade (referente) e aos signos (referência) dentre as quais a palavra destaca-se. Sentido e significado estão imbricados, não podem ser compreendidos isoladamente. No campo semântico, o significado corresponde as relações que a palavra pode manter na representação da realidade. Já no campo psicológico, trata-se de uma generalização decorrente das produções históricas e sociais por meio das quais os sujeitos comunicam e socializam suas vivências. O significado é a zona mais estável do sentido, porém menos amplo e complexo.

Ao analisarmos os sentidos nos aproximamos mais da subjetividade dos sujeitos, de suas determinações constitutivas, como por exemplo o seu modo de agir (gestos), sua forma de expressar os sentimentos (palavra e gesto) e a expressão de seus pensamentos. Expressa, por tanto, com mais precisão a partir da unidade de todos os processos cognitivos, afetivos e biológicos. Os sentidos não são apenas construções mentais, estão diretamente ligados aos afetos e às disposições dos sujeitos de se conectar à atividade, possuindo portanto uma força dinâmica relacionada às atitudes.

A quinta categoria é a vivência. Para Vigotski o conceito de vivência expressa a relação personalidade e meio, o interno e externo, mas sem dicotomizar. A vivência seria uma tradução daquilo que o sujeito pensa, sente e mantém com o seu entorno.

Compreendemos e relacionamos o conceito de vivência tal como Vigotski o apresenta na relação com sentidos atribuídos na relação com a atividade. A vivência então, decorre da construção de sentidos que os sujeitos operam a partir e na relação com sua atividade. Compreende frequentemente, atividades mentais e discursivas relacionadas ao ambiente físico e social.

A vivência passa por um processo de reestruturação contínuo e que se dá justamente a partir das demandas do meio na interação do sujeito com a atividade. Quando este processo modifica-se, as necessidades e motivos do sujeito também mudam. Vigotski afirma que a mudança das necessidades e motivos formam o próprio motor que movimenta suas ações.

O que nos guia pensar que as vivências provocadas quando entramos em contato com a linguagem artística, nos marcará permitindo lastro para as nossas ações, e assim entendemos o que Vigotski denomina como vivência estética.

A vivência pode ser entendida como uma experiência muito significativa para o sujeito, imbricada à situação social de desenvolvimento e fortemente investida de emoção; é uma produção do social e do cultural. Ela toca o sujeito de uma maneira diferente, levando-o a configurar novos significados e sentidos. Apesar de seu caráter consciente, não é possível acessar o que foi vivenciado, apenas sua representação a partir dos sentidos, sendo que desses, acessamos somente os indicadores. Portanto, na base da vivência, tal como em toda ação humana, situa-se o afetivo e o volitivo, as emoções e a motivação humana.

Posto isto, prosseguimos na apresentação de como configuramos do nosso processo de análise.

Para Aguiar e Ozella (2006) a palavra impregnada de sentido é o ponto de partida para nossa análise. No entanto, para compreender a palavra pronunciada é preciso ir além dela, é preciso compreender, de forma imbricada,

o seu significado que é ato do pensamento, que por sua vez é carregado de emoção. E como apreender esse significado para além do dito? Para Vigotski (2001) para apreender um processo interno é necessário exteriorizá-lo, relacionando-o com alguma outra atividade exterior. Assim, apontamos a palavra com significado como nossa unidade de análise, uma vez que de um lado, ela carrega as propriedades do pensamento, e de outro constitui-se na mediação deste. De forma, que “[...] por meio da palavra, podemos apreender os aspectos cognitivos/afetivos/volitivos constitutivos da subjetividade”[...] (Aguiar,2001). Toda palavra é uma frase, constituindo em palavra com significação para aquele sujeito em particular, e tal subjetividade, os sentidos produzidos pelos indivíduos são históricos e sociais.

Segundo Aguiar e Ozella (2006), para se compreender os sentidos, é necessário analisar as determinações constitutivas do sujeito, como por exemplo, o reconhecimento e compreensão dos modos de agir, de sentir e de pensar dos participantes envolvidos na pesquisa. Extraímos tais aspectos, das falas proferidas nos encontros de formação e nas entrevistas que foram realizadas posteriormente, após três meses do final dos encontros de formação. Este tempo entre o término dos encontros de formação e as entrevistas, se deu de um lado diante da necessidade de organização dos dados coletados nos encontros e de outro por considerarmos necessário um certo distanciamento entre um momento e outro afim de garantirmos maior apreensão do processo interno expresso na fala dos participantes da pesquisa na relação com a atividade –cotidiana- do trabalho. Uma vez que compreendemos, que o sentido só pode ser compreendido nas relações que o sujeito estabelece, considerando seu contexto e sua historicidade. O que nos leva a olhar para a realidade e pensá-la em movimento e, mais do que isso, apreender seu movimento (Aguiar e Ozella,2013).

Com o intuito de não perder a complexidade do vivido nos encontros de formação, procedemos a escrita dos encontros a *posterior*²⁷, quando possível

²⁷ Os encontros forma realizados pela pesquisadora, que não contou com auxiliar, então no momento em que falas, situações significativas ocorreram, foi realizado o registro esquemático e logo após cada encontro, realizado a descrição pormenorizada.

foi realizado gravações em áudio, material que constituiu o que chamamos de “construção da informação”, tal como propõem Aguiar e Ozella (2006).

Após organizar o material, procedemos a uma leitura cuidadosa, mas ainda de caráter geral, buscando palavras ou expressões chaves, ou seja, que se relacionassem aos objetivos da pesquisa. Essa busca visou identificar momentos em que os conteúdos sobre o trabalho, a relação com o outro, o sofrimento, se revelassem, de alguma forma, importantes para os sujeitos. O mesmo processo foi realizado com os dados das entrevistas, ou seja de organização e leitura cuidadosa afim de extrair palavras ou expressões chaves, que se relacionassem aos objetivos da pesquisa. Apresentamos os pré-indicadores levantados dos encontros de formação e em seguida das entrevistas.

Quadro 1 - Pré-indicadores dos encontros de formação a partir das falas dos participantes, por ordem de encontro.

Com a finalidade de garantir o anonimato dos participantes, não identificamos as áreas profissionais a que cada fala corresponde. Os pré-indicadores (palavras e expressões) escritas ou registradas em áudio durante os encontros, estão destacados em negrito. Lembramos que a integra dos encontros encontra-se no anexo desta pesquisa.

Primeiro encontro	
1.	“ queria ajudar aquelas pessoas que mais pareciam “bichos” (relação da forma como eram tratadas).
2.	“quero fazer a diferença no tratamento dessa clientela”
3.	“ oportunidade que o criador me ofereceu para que eu pudesse me realizar como profissional e ser feliz”
4.	“ ajudar aqueles que necessitam”
Segundo e Terceiro encontros	
1.	“ nossa eu nunca peguei num pincel na vida, é a primeira vez! ”
2.	“este sempre foi o seu maior desejo, pintar, pintura em tela. Mas a vida, a correria do dia a dia nunca permitiu a realização deste desejo. ”
3.	“sinto muitas saudades do lugar de onde venho , (região nordeste do Brasil) então pintei a minha casinha lá ... foi muito bom , na minha cabeça foi como se eu estivesse lá.”
4.	“...trabalho em CAPS há um tempão, esperava lá ter oportunidade de viver um dia assim , mas nunca tive, aqui é que nunca esperava.”
5.	“...hoje pude perceber o que os pacientes sentem quando vão para o ateliê com a T.O. , hoje entendi que deveríamos ter mais momentos como este para eles, por que é muito bom, relaxa, a cabeça fica leve.”

Quarto e Quinto Encontros

1. “Eu **gosto de trabalhar na psiquiatria**, gosto de trabalhar na enfermaria porque **lá você é útil.**”
2. “...muitas vezes **nos sentimos desvalorizados**, como por exemplo: escrevemos no prontuário que o paciente não dormiu, ficou deambulando e agitado a noite toda, mostrando-se agressivo com os demais pacientes e funcionários, e o médico o atende pela manhã, e escreve paciente com bom contato, estável mantém a medicação e cuidados.”
3. “fiz o curso para auxiliar me formei prestei concurso público, passei e **vim parar aqui**, trabalhei **em PS lá você aprende! Aqui você não aprende nada**, fica dando remedinho” v.o.” (via oral) e só!”
4. “...eu trabalho em Pronto Socorro Geral, mas no setor de psiquiatria. E lá no PS é muito **diferente daqui**, um quartinho pequenininho, estreito parece uma prisão cheio de grades,”
5. “ ...a gente **precisa de cursos de capacitação**, mas os cursos que foram oferecidos **aqui, não trouxeram nada de novo...**”
6. “ ...acho que **falta a parte técnica** por exemplo o que é a esquizofrenia, como eu lido com as crianças autistas, por exemplo. A equipe que trabalha com eles, nossa, só recebem mordida, chute, murro, eles são terríveis. Como que a gente fica depois de um dia de trabalho desses?”
7. “...muitas vezes, ainda hoje **o médico se quer olha para o paciente**, não considera o que ele diz.”
8. “...precisamos **ter mais encontros assim**, faz bem pra gente, a gente começa a **pensar e ver o nosso trabalho** e os pacientes de um jeito diferente. Eu achava que quando a T.O. (terapeuta ocupacional) faz as oficinas com eles, é mais para eles se distraírem **Hoje eu vejo diferente**”

Sexto e Sétimo Encontros

1. “ com as pacientes daqui (refere-se à pacientes mulheres) **é muito difícil lidar** quando elas chegam no auge do surto e as vezes **alguns entendem como manipulação e não como um sintoma da doença** como nós estamos vendo hoje.
2. “... **é importante esse momento para revermos nossa conduta**, como no caso da paciente (refere-se à conduta adotada pela equipe levando em consideração o que ouviam dela apenas e não levando em consideração todo o histórico e contexto da doença, levando a uma internação prolongada.)”
3. “... **mesmo em relação à medicação, deveríamos ter um protocolo de prescrição definido pelo corpo clínico desde o momento de entrada do paciente.** As vezes o paciente chega em crise e o médico plantonista “submedica” levando o paciente e equipe a um desgaste desnecessário.
4. “ **é preciso que todos falem a mesma linguagem** e para isso é preciso **estudar para compreender.** Levando em consideração que **cada um é um.**”

Oitavo encontro

1. “ **quem faz o contato com a família, os Caps é só o(a) assistente social?**”
2. “ precisamos que **um maior número de auxiliares estejam presentes nas reuniões de equipe**, porque as informações ou não circulam (da reunião para os demais auxiliares) ou que seja feita uma reunião só com os auxiliares”.
3. “ **qual o motivo que as coisas se perdem?** (fala sobre ações e procedimentos já adotados e que frente a um novo as pessoas dizem que não sabem o que ou como fazer).
4. “E **os médicos não vão descrever o que fazem?** Não cabe também a eles o papel de referência terapêutica?”
5. “... não, **não é possível eu atender todos os pacientes e ser referência para dois ou três...**(resposta de médico)
6. “...**para nós (membro da equipe não médica) não é diferente**, mas o que está em jogo é a melhor qualidade da assistência ao paciente...”

Nono encontro

1. “... **nossa como se trabalha aqui!**... eu não me dava conta da **quantidade de atividades que eu faço por dia.**”
2. “ precisamos ainda **rever o protocolo de ações de enfermagem**, verificamos que o que **está em uso não condiz com a realidade...** tem muitos furos”.
3. “ como já disse no outro encontro, precisamos **elaborar um protocolo médico**, com a preconização de medicamentos e suas dosagens para as diversas ocorrências.”
4. “... **o psicólogo só pode atender em grupo**, ele **não pode fazer atendimento individual?**”
5. “ comparando o que fazemos e o que está escrito aqui, **temos que refazer tudo!**”
6. “acho que é interessante isso, porque **não fica na cabeça de cada um aquilo que faz**, qualquer um que chegar novo pode até rever mas a partir da algo que **já tem um caminho.**”

Décimo Encontro

1. “**essa parte é muito chata**, mas é necessário, né?”
2. “estamos aqui falando que esse é um **instrumento que tem que ser revisto** com maior frequência, por que senão fica desse jeito.”
3. “ o colega fala de protocolo, mas há ações que **não há como estabelecer um protocolo.**”
4. “ mas, não sei talvez um curso, sei lá, um paciente muitas vezes quando agride ele já manifestou sinais antes que por vezes não percebemos. Então **um curso, orientação de como agir nestas situações, ajudaria.**”

Décimo Primeiro Encontro

1. “... sabe, **as vezes cansa** porque a gente tem esse trabalhão e daqui a pouco vem alguém e diz – “**ah, eu fiz assim porque não sabia.**”
2. “...**o mais difícil de trabalhar aqui são os funcionários**, porque com os pacientes não é difícil é trabalhoso, mas o funcionário tem alguns que **ficam no disse - me - disse**, e isso cansa”.
3. “...chega uma hora que **vamos ter que fazer um manual de bom comportamento no trabalho**”
4. “... **é difícil**, você chega para trabalhar e **não tem aonde colocar suas coisas**, porque o colega não trabalha mais aqui mas ficou com a chave do armário e não devolve.”
5. “...olha gente, eu falo por mim, né. **Eu fiquei contente com o resultado do nosso trabalho.**”

Quadro 2- PRÉ- INDICADORES DAS ENTREVISTAS: listados a seguir, decorrem das falas transcritas das entrevistas realizadas em áudio.

Pré- Indicadores das Entrevistas
1. "Eu estou aqui para dar cuidados ao paciente..."
2. "... eu sempre gostei de estar ajudando, cuidando das pessoas."
3. "... Eu vou cuidar das pessoas que precisam de mim"
4. "...Acho que precisamos cuidar muito de nós, funcionários."
5. "...Eu acho que a gente poderia aumentar o número de visitas, assim, até na sensibilização mesmo, dos cuidados."
6. "...Realização de um sonho"
7. "...Me identifiquei com tudo isso"
8. "...Tanto faz eu ser técnico ou auxiliar de (enfermagem)"
9. "... a gente cresceu e viveu a história (em hospital psiquiátrico)"
10. "...Antes (em empresa privada) tinha um bom salário"
11. "...No começo foi difícil"
12. "...Era louco ... trabalhar com louco"
13. "...Com o tempo fui me acostumando"
14. "...Deparei com a saúde mental"
15. "...Aí caí aqui"
16. "...É sempre uma aventura atrás da outra"
17. "...Gosto realmente é trabalhar com psicótico no momento agudo"
18. "...Lá fora (nos - E.U.A.- a profissão de T.O.) é reconhecida, tem um retorno financeiro bom"
19. "...tinha interesse em trabalhar com reinserção mas a vaga era para agudos"... fui tentar, achar o meu lugar..."
20. "... fiquei desempregada... fiz o concurso meio que amarrada para o Juqueri... vamo lá, né?... " foi muito difícil... aquela falta de estrutura... mas acebei me apaixonando fiquei lá oito anos."
21. "... Minha missão... o que seria deles se ninguém gostasse desse trabalho."
22. "... o meu foco sempre foi o Hospital, é perto da minha casa."

23. “... entrei aqui assustada... muito assustada. Mas fui levando”
24. “... a equipe que eu considerava doente”
25. “..Quanto a capacitação estou tentando”
26. “... me realizei profissionalmente... gratificação... ver a pessoa estava e sua melhora”
27. “... é Maravilhoso! ... eu falo do Senhor. É muito gratificante porque eles (pacientes) me escutam.” ... também traz o retorno gratificante que é o meu dinheiro.”
28. “... eu quero mais é vir – trabalhar- Eu não tenho nenhuma falta...”
29. “...Trabalhar em equipe... foi uma experiência nova para mim... tem muitas divergências... mas a gente cresce, amadurece profissionalmente.”
30. “... no Caps apesar de ser um lugar especialista... cada um trabalha a sua maneira... como ...num consultório particular... é muito bom quando você consegue trabalhar em equipe...”
31. “ ... pouco retorno... eu acho que satisfação é muito pouca...” “ na mental você não tem muito retorno... você tem que trabalhar com o mínimo e dar o máximo...”
32. “ ... eu amo escrever, ... gosto de ler... de ver coisas novas, ... palavras novas...”
33. “... eu faço a diferença no meu trabalho com o paciente.”
34. “... eu gosto de coisas novas,... estou ficando meio cansado... que em vez de ir para frente tá *involuindo*.”
35. “... a enfermagem que passa a maior parte do tempo com os pacientes. ... tudo caí nas costas da enfermagem...”
36. “ estou ficando meio desgostoso...”
37. “... na cadeia os cara foge, por que aqui não pode fugir?... se fugir num estou nem aí. ... eu estou aqui para dar cuidados ao paciente...”
38. “... o saber fazer da enfermagem ... uma bomba atrás da outra... a gente tem que saber lidar e é isso que é bom”
39. “... ah, porque eu gosto... não me vejo fazendo outras coisas”
40. “... eu gosto do novo... desafio”
41. “ fico muito brava, nervosa... não aguento mais... eu preciso disso. Isso me faz feliz... ”
42. “ ah, mudaria a cabeça de algumas pessoas que falam que é muito normal acontecer certas coisas em hospitais psiquiátricos. ... Eu acho que não tem que ser normal.”

43. “ eu gostaria que tivesse um retorno maior para eles – pacientes- que ficassem satisfeitos... que a equipe trabalhasse mais pertinho deles...”
44. “ trabalhar menos, uma carga horária menor... revisão no salário... mudanças na questão de horário... beneficiar o funcionário e muito mais o paciente.”
45. “... alguém do serviço social que cuidasse de todo o serviço social. ... levar os interesses da gente...”
46. “falar a mesma linguagem. ... trabalho em equipe e comunicação...”
47. “ o principal seria que todo mundo gostasse daquilo que faz... mudar essa parte que as pessoas não conseguem fazer um atendimento como se deve, ter um pouco de sensibilidade.”
48. “... é muito mais organização minha... conseguir seguir um pouco mais o que eu me programo a fazer.” “... três mini equipes para cada uma atender dez pacientes, as coisas poderiam melhorar.”
49. “... ampliação dos recursos humanos e uma educação permanente. ...”
50. ... tentando ser uma pessoa melhor para aquele outro...”
51. “... capacitação, fica batendo no mesmo assunto... saber outras coisas... ter uma coisa para valer mesmo.”
52. “... melhoria do nosso salário... muitos anos sem um nenhum aumento digno.” “... Mas aí não é a instituição né,... aqui está ótimo, o pessoal ...é maravilhoso trabalhar aqui.”
53. “ ...o telefone ... é muito ruim, ... maior disponibilidade de carro por conta das visitas. ... alguém que eu pudesse dividir as minhas angústias... alguém que possa assim... ter um maior poder do que a equipe.”
54. “... teria que ter mais educação, capacitação.”
55. Especialização... tive todo o apoio, mas não tive o recurso financeiro por parte da instituição, eu mesma paguei.” “... a instituição de novo vai me dar todo o apoio... mas não vai arcar com o custo dessa especialização.”
56. “ ... Mais capacitação, ... direção ter olhar um pouco mais humano para a gente.... um carinho especial para nós que lidamos com essa população... a gente precisa de uma escuta, a gente precisa falar.”
57. “ não mudaria de profissão”
58. “ eu mudaria, ... se eu fosse fazer hoje faria educação artística. Por que gosto de fazer, trabalhar com arte.”
59. “ ... muito ruim quando eu tive que mudar... eu nunca me peguei chorando para vir trabalhar.”
60. “ não diria tristeza... é cansativo o dia a dia do trabalho.”

61. “ ... o Hospital me ofereceu bastante coisa... a minha casa. Compro o que eu quero... e ajudo na Casa do Senhor, ajudo a quem precisa.”
62. “ ... as tristezas, assim quando um trabalho é feito em equipe... nem sempre as coisas acontecem a seu contento. ... muitas vezes acontecem de uma forma que não é a melhor para o paciente... depois a gente acorda e vê que errou.”
63. “... tristeza em saber que aquilo – a melhora do paciente- não ia se manter por falta de estrutura da família ou dos serviços.” ...“...funcionários muito antigos... coisas já cristalizadas e que para mudar é um sofrimento...”
64. “... tristeza... os colegas que pisam muito no tomate... eles não tão nem aí...” ... “ quando as coisas não dão certo, ... quando a gente quer uma coisa e a direção não quer, quer outra... mas tudo é passageiro...”
65. “ ... alegria... é maravilhoso quando a gente vê um paciente ir embora – alta- e ele te agradecer.” “... ver a melhora do paciente.”
66. “ Alegria “ ... sensação de dever cumprido.” “ ... dificuldade de lidar...” “ ... quando a gente vai à algum lugar e as pessoas dizem que a gente está trabalhando direito... ser referência
67. “... é somos uma família aqui...”
68. “ ... tem discriminação, tem... nossa!” ... “ ...digo, lá é um local como todo outro. Tem muita humanização, a gente é humano. ... aí eu convido para vir aqui. Eu sempre trago a minha família nas festas. ”
69. “... dizem Cê é louco!. Eu jamais ia trabalhar lá” ... “... Nossa! Terrível!”

Nas leituras subsequentes, procuramos aglutinar conteúdos semelhantes a partir das palavras ou expressões previamente identificadas. Essa aglutinação poderia ser feita por similaridade, complementaridade ou contraposição. Isso é o que Gonzalez Rey chama de *indicadores* (2002, 2003, 2005), “elementos que adquirem significação graças à interpretação do pesquisador, ou seja, sua significação não é acessível de forma direta à experiência, nem aparece em sistemas de correlação”. (Gonzalez Rey, 2002, p. 112). Por essa razão, esse processo de aglutinação inicial serviu à elaboração de uma forma de compreender os processos investigados.

INDICADORES

Pré Indicadores	Indicadores	Núcleo de Significação
Palavras e expressões	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gostar de cuidar como condição para exercer o trabalho. 2. Sentidos do Trabalho 3. Aprendizagem humana do trabalho ocorre na prática profissional. 4. Práxis do trabalho em saúde mental e o serviço público. 5. Idealização 6. Vinculação da dimensão afetiva ao significado atribuído ao trabalho 7. Necessidade profissional e o sentido do trabalho 8. Remuneração no trabalho em saúde pública. 9. A dinâmica sofrimento, prazer na prática profissional. 	

Pré Indicadores	Indicadores	Núcleo de Significação
Palavras e expressões	<ol style="list-style-type: none"> 1. Necessidade e oportunidade de formação/produção de conhecimento e/ou competência profissional 2. Concepção sobre o processo de formação. 	

	<p>3. Lugar da afetividade e da emoção no processo de formação.</p> <p>4. Aceitação de si</p> <p>5. A importância dada ao conhecimento técnico científico e a formação significativa: fazer emergir a singularidade do sujeito, contribuição à construção do trabalho coletivo.</p>	
--	---	--

Organizados os indicadores, procedemos à construção dos núcleos de significação, conforme proposto por Aguiar e Ozella (2006). O processo consistiu em nomear os conteúdos que haviam sido aglutinados a partir de uma nova análise, para apresentar o que seria essencial dos aspectos analisados. Segundo os autores, é nesse momento que o refletir passa do empírico para o interpretativo, e assim se faz necessária a relação, a comparação, a reelaboração e a discussão da base teórica com as informações elaboradas durante o processo da pesquisa.

Sendo que a análise dos núcleos se inicia no processo intranúcleo, avançando para uma articulação internúcleos. Busca-se com esse procedimento destacar as semelhanças e/ou contradições que irão revelar o movimento do sujeito. Porém, estas contradições nem sempre estão manifestadas na aparência do discurso, decorrerem da análise do pesquisador. Do mesmo modo, tal como destaca Aguiar e Ozella (2006); o processo de análise não deve ser restrito à fala do informante, ela deve ser articulada (e aqui se amplia o processo interpretativo do investigador) com o contexto social, político, econômico, em síntese, histórico, que permite acesso à compreensão do sujeito na sua totalidade (p.231).

Indicadores	Núcleo de Significação
	<p>1. Trabalho vivido de modo idealizado X a dimensão humana como central no trabalho em saúde mental.</p>
	<p>2. A formação promovendo a transformação da práxis: a arte como materialidade mediadora da reflexão.</p>

Assim, em nossa análise a partir dos núcleos de significação, vimos a importância também de correlacionarmos de acordo com a pertinência, os dados obtidos na descrição das atividades (rol) realizadas pelos profissionais (anexo 2) e já explicada na 2ª. etapa do processo desta pesquisa.

Quadro 3. Organização dos Indicadores e Núcleos de Significação

Indicadores	Núcleo de Significação
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gostar de cuidar como condição para exercer o trabalho. 2. Sentidos do Trabalho 3. Aprendizagem humana do trabalho ocorre na prática profissional. 4. Práxis do trabalho em saúde mental e o serviço público. 5. Idealização 6. Vinculação da dimensão afetiva ao significado atribuído ao trabalho 7. Necessidade profissional e o sentido do trabalho 8. Remuneração no trabalho em saúde pública. 9. A dinâmica sofrimento, prazer na prática profissional 	<p>1. Trabalho vivido de modo idealizado X a dimensão humana como central no trabalho em saúde mental</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Necessidade e oportunidade de formação/produção de conhecimento e/ou competência profissional 2. Concepção sobre o processo de formação. 3. Lugar da afetividade e da emoção no processo de formação. 4. Aceitação de si 5. A importância dada ao conhecimento técnico científico e a formação significativa: fazer emergir a singularidade do sujeito, contribuição à construção do trabalho coletivo 	<p>2. A formação promovendo a transformação da práxis: a arte como materialidade mediadora da reflexão.</p>

7. Análise e Discussão dos Dados ²⁸

Importa retomar, no início desta seção, a questão que norteou nossa investigação: a vivência da formação em situação de trabalho em que utilizamos a arte como promotora da expressão e elaboração de emoções e sentimentos que levem ao desenvolvimento da consciência de si, do seu papel profissional, dos efeitos do seu trabalho no outro e das condições em que o trabalho ocorre? Ao buscar responde-la, interrogamos se as equipes têm clareza sobre as ações que realiza(1) e quais resultados esperam seus membros? (2) Qual o sentido dessas ações para esses sujeitos que prestam cuidados a outros sujeitos, disponibilizando e trocando, diariamente, afetos e conteúdo psíquico

É sobre estas questões que versa a presente análise, com a qual esperamos lançar luz à compreensão e superação das condições materiais que caracterizam o trabalho e a formação de profissionais da saúde mental.

Conforme apontamos no método, ao nos debruçarmos sobre os dados realizando várias leituras com níveis cada vez mais aprofundados, acessamos indicadores cuja organização sinaliza para dois núcleos de significação: O trabalho vivido de modo idealizado X dimensão humana como central no trabalho em saúde mental, e a Formação promovendo a transformação das práxis: a arte como materialidade mediadora da reflexão. É em torno desses núcleos de significação que se estrutura e desenvolve a presente análise, de modo a compreender os aspectos envolvidos na formação em situação de trabalho. A seguir apresentamos a análise do primeiro núcleo.

²⁸ Em que pese a relevância da análise sobre relações de poder e gênero presentes na prática do trabalho público em saúde mental e na instituição pesquisada, não iremos nesta pesquisa nos dedicar a esta análise, o que possibilita, a nosso ver, e a partir dos dados coletados outros estudos com maior aprofundamento.

7.1 O Trabalho vivido de modo idealizado x a dimensão humana como central no trabalho em saúde mental

E desde pequena eu sempre tive muita afeição com essa parte do cuidar, de estar junto de pessoas com problema. (Enfermeira)

“...” é muito bom quando você vê que alguém saiu melhor, que alguém reconhece que o seu trabalho foi bom. (Terapeuta ocupacional)

Guiamo-nos pela intenção de efetivar uma análise a partir do esforço de distanciamento e objetificação²⁹, uma procura por compreender e apreender a trama de sentidos e significados presentes nas falas dos profissionais – sujeitos-desta pesquisa.

Trançaremos as tramas e procederemos as amarras para o processo de análise neste núcleo de significação, evocando os seguintes indicadores: gostar de cuidar como condição para exercer o trabalho em saúde mental; idealização; práxis do trabalho em saúde mental; competência profissional; desenvolvimento humano e formação em situação de trabalho, relacionando-os ao contexto em que se dá esta pesquisa, ou seja, setor público de saúde mental.

Como já afirmamos acima, esta é uma pesquisa com características de intervenção em que se busca transformar para conhecer, em consonância com os pressupostos metodológicos assumidos. Nessa direção, demarcaremos a distinção em que utilizamos e utilizaremos as palavras prática e práxis, elevando-as à categoria conceitual.

²⁹ *sf (objetificar+ção) Filos* Nas correntes dialéticas contemporâneas, momento em que o homem faz a dissociação entre o produzir, que lhe é peculiar, e o produto, de forma que o possa conhecer, e torná-lo objeto da sua consciência. (Michaelis)

Prática e Práxis

No século XVIII, como nos informa Monteiro (2005), Kant escreve um pequeno opúsculo intitulado “Entorno ao tópico: talvez isso seja correto na teoria, mas não serve para a prática”, publicado em 1793. Nesta obra, Kant analisa a posição do senso comum que julga ser evidente a separação entre elaborações teóricas e seus resultados práticos, contra argumentando que a teoria que não responde às demandas da prática requer ser revista.

Neste mesmo sentido podemos também analisar o pensamento de Marx e Engels (1984, p.14) quando afirmam que: “ ...” Os filósofos se limitavam a **interpretar** o mundo de diferentes maneiras; o que importa é **transformá-lo**” (grifo do autor). Na verdade, com esta afirmação, estes pensadores chamam a atenção para os limites da teorização em si, a qual não retém condições suficientes para promover mudanças na realidade concreta, daí ressaltar a atitude de intervir no mundo, não reduzir a ação humana à pura contemplação.

A palavra práxis é comumente utilizada como sinônimo ou equivalente ao termo “prático”. Todavia, se recorrermos à acepção marxista de práxis, observaremos que práxis e prática são conceitos diferentes. No sentido que lhe atribui o marxismo, “práxis diz respeito à atividade humana que transforma a sociedade e a natureza transformando, ao mesmo tempo, o sujeito que a exerce.” (Bottomore, T.2001). Como conceito, expressa a unidade da teoria e da prática e constitui-se categoria fundamental da filosofia de Marx.

Já o conceito de prática se refere a uma dimensão da práxis: a atividade de caráter utilitário-pragmático, vinculada às necessidades imediatas. Nesse sentido, em nossa vida cotidiana, tomamos as atividades práticas como dadas em si mesmas, sem questionarmos para além das formas como aparecem, aquilo que constitui sua essência.

Segundo Vázquez, (2007, p. 10), “a consciência comum pensa os atos práticos, mas não faz da práxis – como atividade social transformadora – seu objeto; não produz – nem pode produzir, uma teoria da práxis”.

Compreendida então como atividade social transformadora, Vázquez (2007,p.185), afirma que “toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis”. Nesse sentido, a práxis é uma atividade conscientemente orientada, o que implica não apenas as dimensões objetivas, mas também subjetivas da atividade. Dizendo de outro modo, a práxis não é apenas atividade social transformadora, no sentido da transformação da natureza, da criação de objetos, de instrumentos, de tecnologias; é atividade transformadora também com relação ao próprio homem que, na mesma medida em que atua sob a natureza, transformando-a, produz e transforma a si mesmo.

Se a atividade prática por si só não é práxis, tampouco a atividade teórica, por si só, é práxis. “à atividade teórica proporciona um conhecimento indispensável para transformar a realidade, ou traça finalidades que antecipam idealmente sua transformação, mas num e noutro caso, fica intacta à realidade” (Vázquez,2007, p. 203) . Assim, se a teoria não transforma o mundo, mas “pode contribuir para sua transformação, e para isso tem que sair de si mesma e, em primeiro lugar, tem que ser assimilada pelos que vão ocasionar com seus atos reais, efetivos tais transformação.” (p. 207).

Das afirmações, acima depreendemos que práxis, compreendida como prática social transformadora, não se reduz ao mero praticismo, tampouco a pura teorização, mas incorpora a relação teoria e prática de modo indissociável. A compreensão da realidade sustentada na reflexão teórica é condição para a prática transformadora, ou seja, a práxis. A atividade transformadora é, então, atividade informada teoricamente. Nesse sentido, colocam-se em questão posições rotineiramente afirmadas em nível de senso comum, da refutação da teoria e da centralidade da prática, ou seja, de contraposição teoria-prática. Como bem afirma Vázquez (2007, p. 207):

entre a teoria e a atividade prática transformadora se insere um trabalho de educação das consciências, de organização dos meios materiais e planos concretos de ação; tudo isso como passagem indispensável para desenvolver ações reais, efetivas. Nesse sentido uma teoria é prática na medida em que materializa, através de uma série de mediações, o que

antes só existia idealmente, como conhecimento da realidade ou antecipação ideal de sua transformação.

Em síntese, a relação entre teoria e prática implica um diálogo permanente entre esses dois planos. A atividade prática se sujeita, conforma-se à teoria, do mesmo modo que a teoria se modifica em função das exigências e necessidades do próprio real.

Este processo pode ser observado nas falas dos sujeitos desta pesquisa quando se remetem às expressões ajudar/cuidar/cuidado como relativas às ações que devem realizar no atendimento das necessidades do paciente e, outras vezes, essas mesmas expressões se vinculam a ações que eles, profissionais, gostariam que fossem voltadas a eles próprios.

Essa observação nos leva a questionar o sentido da palavra cuidado empregada nos atos da atividade do trabalho destes profissionais? Quais são os atos - prática - que os profissionais identificam como ações de cuidado para com o paciente? Qual o tipo de práxis produzida?

A temática “produção de cuidados” está presente em diversos trabalhos acadêmicos voltados à área de saúde mental (Ayres,J.,2001; Daher,D.V. et al, 2002; Andrade, M. M., 2002; Pinheiro,R.& Mattos,R.A,2005; Mehry, 2004; Brasil 2007a; Gariglio, M.T.,2012) bem como nas cartilhas de orientação do Ministério da Saúde, ou das Secretarias de Estado da Saúde destinadas à capacitação dos profissionais, principalmente àqueles que trabalham em saúde coletiva. Também observamos, em nossa prática, que esta mesma temática vem sendo trabalhada nos programas de educação permanente nas diversas áreas de saúde, inclusive na saúde mental.

Em seu sentido etimológico, segundo o dicionário Houaiss, a palavra cuidar, de origem latina, está frequentemente, associada ao verbo “cogitare” cujos significados são: pensar, supor e imaginar. Já o verbo “cogitare”, origina-se do vocábulo “co-agitare”, assume o significado de “agitação de pensamento”, “revolver no espírito” ou “tornar a pensar em alguma coisa”. Verifica-se sua aproximação com o vocábulo latino “curare”, cujo sentido associa-se a ideia de

“tratar de”; “pôr o cuidado em”. Para o senso comum, cuidar da saúde está associado à perspectiva de se prestar atenção ou dirigir intervenções a um indivíduo ou a um grupo com o objetivo de alcançar o bom êxito de um determinado tratamento. Num sentido mais amplo, o vocábulo “cuidado”, derivado do latim cogitatus apresenta como sinônimo o termo desvelo, definido como o “cuidado e vigilância contínua”, diligência, zelo e solicitude.

É preciso considerar que o cuidado deveria ser descrito a partir das práxis e que o ato de cuidar em saúde mental, carece não só de melhor definição, como de maior explicitação sobre o modo de agir tecnicamente orientado para a efetivação de sua produção. Esta afirmação decorre, não apenas dos dados desta pesquisa, mas também da vivência (sentido vigotiskiano) da pesquisadora no campo da saúde mental. Durante estes vinte e dois anos de trabalho em saúde mental no serviço público de saúde, seja na assistência (atendimento direto ao paciente em UBS ou CAPS), na articulação e montagem da rede de atenção, na direção de serviço extra-hospitalar (CAPS) ou no gerenciamento no âmbito hospitalar, verifico a ausência de capacitação e de orientações técnicas voltadas para as ações e produção de cuidado, que possam respaldar os profissionais, de todas as áreas envolvidas, no manejo, por exemplo, do surto psicótico, ou no diagnóstico e tratamento para os casos difíceis na infância e adolescência (autismo, psicose, transtorno de conduta, dependência química), sobretudo quando estão envolvidos comportamentos de auto ou heteroagressividade. Profissionais médicos, enfermeiros, bem como os demais integrantes da chamada equipe multiprofissional, em geral, não sabem como intervir na crise, para além do ato medicamentoso, ou de contenção física.

As lideranças também padecem do mesmo mal e como consequência não há orientação à equipe. Estes profissionais revelam grande dificuldade em proceder a leitura da subjetividade expressa no ato agressivo, de tal modo que a relação com o paciente nestas circunstâncias é silenciosa dos dois lados. O paciente agride pela impossibilidade de colocar em palavras o fluxo do seu pensamento e os profissionais por sua vez interveem também sem fala, já que não há compreensão e produção subjetiva neste tipo de ação. Cala-se duplamente e simultaneamente diante do não saber o que a fala (palavra) ou a

falta dela possa representar. Nesta condição de trabalho não há práxis criadora ou consciência reflexiva possível, revelando-se este contexto como condicionante de uma prática reiterativa que pode produzir alienação. As falas a seguir manifestam este movimento:

“...” a gente precisa de cursos de capacitação, mas os cursos que foram oferecidos aqui, não trouxeram nada de novo. (fala encontro de formação)

“...” acho que falta a parte técnica, por exemplo, o que é a esquizofrenia, como eu lido com as crianças autistas, por exemplo. A equipe que trabalha com eles, nossa, só recebem mordida, chute, murro “...” (fala encontro de formação)

É sobre o movimento de adesão às atribuições relativas ao cuidar em saúde mental como condicionante da produção das práxis que discorreremos a seguir, tomando como norteador da reflexão o sentido do trabalho em saúde mental.

7.1.1 Gostar de Cuidar como Condição para Exercer o Trabalho em Saúde Mental: a práxis e o sentido do trabalho em Saúde Mental

A análise empreendida nesta seção parte da tessitura dos feixes da trama de sentidos, os quais, em uma das pontas portam a etimologia da palavra cuidado e, na outra, o seu uso no processo de formação na área de saúde. Esses significados atrelados à acepção que ganha o cuidado em saúde mental e à história de relação do profissional com a prática do cuidar conferem grande complexidade ao sentido do trabalho em saúde mental. É considerando esta complexidade que passamos a apresentar nossas interpretações das informações reunidas na pesquisa.

Ao serem questionados sobre os motivos para a escolha de uma profissão no campo da saúde mental, ou sobre o que os mantém nesta atividade, as expressões “ajuda” e “gostar de cuidar” prevalecem, principalmente entre os profissionais da área de enfermagem, como destacamos:

Eu estou aqui para dar cuidados ao paciente, para o que for necessário (aux. de enfermagem)

“...” Ah, não sei, eu sempre gostei de estar ajudando, cuidando das pessoas.”...” (enfermeira)

“...” Eu vou cuidar das pessoas que precisam de mim” (auxiliar de enfermagem)

Ao caminhar em busca dos sentidos atribuídos à palavra ‘cuidado’, para este grupo de profissionais, identificamos que ela não está relacionada ao alcance de objetivos claros e definidos voltados à promoção de atos de cuidado integral em saúde mental. Até porque como já expusemos acima, os atos de cuidado carecem de melhor definição. Por sua vez, entendemos por integral, o que vai além, neste caso, do psíquico, estendendo-se ao físico e social.

O “ajudar” e o “cuidar” expressos pelos sujeitos estão relacionados ou ao assistencialismo, impregnado do sentido caritativo, ou à ordem pessoal na atribuição de competência específica conferida pelo próprio ator e voltada a êxito pontual, enquanto ato de cuidado, dirigido à um paciente em uma situação em particular. Em ambos os casos eles não visam à transformação.

Este fato revela uma práxis reiterativa (Sánchez Vázquez, 1977), em que o profissional opera a partir da “imitação”, de forma que não extrai os elementos, quer seja pelo diálogo, pela ação planejada e pensada envolvendo as dimensões subjetivas e objetivas, que lhe possibilite enfrentar novas necessidades ou mesmo criar novas soluções que revelem quais são as reais necessidades implicadas nos atos de cuidados ao paciente com sofrimento mental.

No campo da psicologia, outro autor que oferece lastro para a compreensão das atividades no trabalho é Yves Clot, que parte das categorias “atividades prescritas” e “atividade real” e acrescenta o “real da atividade”, para postular a função psicológica do trabalho³⁰.

³⁰ Clot,(2006,2007,2010) a função psicológica do trabalho se apropria das categorias já previstas na ergonomia do trabalho, como atividades prescrita, que são as tarefas definidas e que devem ser realizadas e atividade real, diz respeito ao que efetivamente é feito, mas seria uma parte relativamente pequena, em

Observamos que para estes profissionais o que os mantém na atividade guia-se muito pela subjetividade presente no real da atividade tal como descrito por Clot. Reconhecemos que mesmo não tendo como objetivo, a investigação de carácter metodológico sobre o real da atividade tal como proposta por Clot, não podemos deixar de sinalizar a importância de considerar as categorias da função psicológica do trabalho no cotidiano do trabalho dos profissionais em saúde mental. Observamos, pelas respostas dadas à pergunta “quais as compensações que o trabalho lhe traz”, que não estão claras para os profissionais, quais as ações são desencadeadas para a melhora do paciente. Também evidencia-se que a melhora do paciente resulta da atividade individual e de uma única área profissional, o que revela a ausência do coletivo do trabalho.

“...” é muito bom quando você vê que alguém saiu melhor “...” que alguém reconhece que o seu trabalho foi bom. (enfermeira)

“...” é bem pouco o retorno”...” a melhora do paciente.(assistente social)

“...” eu vejo no dia a dia o que os meninos precisam. Você orienta, você fala. (aux. de enfermagem)

“...” é o saber fazer da enfermagem, não só aquela parte metódica “...” Aqui é uma intercorrência atrás da outra, uma bomba atrás da outra. E é nessa que a gente tem que saber lidar, a gente não tem rotina,”...” tem que saber lidar “...” (enfermeira)

A melhora do paciente pode ser resultado do trabalho em si – real da atividade, mas também reflete os impedimentos presentes no trabalho, e o que está oculto para o profissional, que se presentifica nos atos de cuidado. Estes aspectos impedidos ou ocultos inviabilizam as possibilidades de um fazer orientado e reflexivo com vistas à transformação da prática, como se observa na expressão: “ tem que saber lidar”. Quais as ações envolvidas no ter que saber lidar que levam a resultados positivos em situações de crise psicótica? Estes

relação ao que é possível. Acrescenta o real da atividade, que é o vai além do realizado, engloba o oculto na atividade, mas presente na subjetividade do agente em sua relação com a atividade.

atos que estão ocultos para o profissional, refletem a conduta de improviso e que, uma vez não clara, enquanto ato de cuidado, deixa de configurar-se enquanto gesto/atividade e, não será neste caso, incorporada a atividade real, impedindo, por sua vez, sua transformação.

Tal afirmação decorre da confrontação que realizamos entre a análise das respostas às questões da entrevista, em que observamos que os entrevistados não utilizam as expressões cuidar/cuidado/ajudar e aquelas obtidas, no que definimos como rol de atribuições. Esta última, antecedeu os encontros de formação e foi solicitado que os profissionais descrevessem suas atividades. Destacamos, a título de ilustração, a compilação dos dados referente às descrições³¹ feitas pelos próprios profissionais, de diferentes áreas disciplinares sobre o rol de atividades que desenvolvem. Aglutinamos as informações semelhantes, quando da mesma categoria profissional, no quadro a seguir.

³¹ Convidamos o leitor, se desejar, à leitura completa deste material constante do anexo (anexo 2).

Psicólogo 1 e 2	Terapeuta Ocupacional	Enfermeiras 1, 2 e 3	Assistente Social 1 e 2
1. Atendimento individual e em grupo	1. Atendimento Terapêutico individual e em grupo.	1. Receber e passar o plantão;	1. Abordagem individual
2. Observação do (a) paciente e seu comportamento.	2. Entrevista	2. Verificar condições dos pacientes no leito.	2. Entrevista a paciente
3. Atendimento individual com familiar.	3. Acolhimento	3. Vistoriar as condições gerais de higiene, organização da clínica;	3. Evolução nos prontuários;
4. Contato com equipe técnica do caps de referência da paciente.	4. Avaliação individual	4. Relacionar e solicitar serviços a serem executados;	4. Acolhimento
5. Visita domiciliar.	5. Atendimento e orientação a familiares	5. Checar a escala diária;	5. Contato telefônico com a rede de serviços externos
6. Remoção de paciente.	6. Reunião de equipe para discussão de caso	6. Abrir o relatório de enfermagem;	6. Abordagem familiar e individual
7. Relatório	7. Visitas domiciliares	7. Anotar escala de serviços diários no relatório de enfermagem;	7. Acompanho o jantar na enfermaria ou no refeitório;
8. Atendimento nuclear (família e paciente)	8. Relatórios de evolução em prontuários	8. Orientar os funcionários (aux. de enf.) quanto a necessidades específicas do paciente;	8. Acompanho as atividades externas dos paciente,
9. Discussão de caso.	9. Reunião interna institucional	9. Verificar e encaminhar exames coletados;	9. Participo das reuniões semanais em equipe
10. Reunião de família.	10. Grupos de atividades expressivas e profissionalizantes	10. Avaliar o paciente e verifico a necessidade de avaliação médica de urgência pelo médico psiquiatra;	10. Realizo a remoção para o domicílio.
11. Acolhimento do paciente.		11. Avaliar o paciente e verifico a necessidade de avaliação médica de urgência pelo médico clínico e se necessário orientar e solicitar remoção do pacientes para avaliação externa;	11. Realizo contatos telefônicos;
12. Reunião de miniequipe		12. Atualizar quadro de pacientes;	12. Faço atividade em grupo
13. Atividade externa		13. Avaliar os (as) pacientes em condições de atividades externas;	13. Busca por familiar
		14. Comunicar o SND necessidades específicas;	
		15. Verificar a reposição de material de enfermagem;	
		16. Verificar o carrinho de parada;	
		17. Conferir psicotrópicos e caixa de medicação clínica;	
		18. Supervisionar e orientar a alimentação;	
		19. Supervisionar e orientar a verificação de sinais vitais antes da medicação e anoto no verso da prescrição;	
		20. Supervisionar e oriento a administração de medicação, checagem na prescrição seguida do procedimento;	
		21. Preencher formulário de não conformidade medicamentosa;	
		22. Supervisionar anotação em prontuário;	
		23. Aprazar prescrição médica seguido de fazer prescrição de enfermagem;	
		24. Supervisionar e orientar higienização, organização do quarto e identificação do leito, roupas e pertences dos (das) pacientes;	
		25. Fazer evolução da alta e verificar se todos os documentos pertinentes à enfermagem estão no prontuário;	
		26. Participar das reuniões	
		27. Participar das assembleias com os (as) pacientes;	
		28. Fazer orientações sobre hábitos saudáveis para grupos de pacientes.	

Percebemos, a significativa diferença entre as atividades elencadas pelos enfermeiros dos demais profissionais. Os enfermeiros neste hospital, respondem como responsáveis técnicos e tem função de liderança junto a equipe de auxiliares de enfermagem. Os médicos, não entregaram o rol solicitado.

Temos aqui um claro exemplo da categoria de atividade, tal como definida por Clot (2007) em que se contempla não apenas as ações realizadas e observadas, mas também aquelas que não se realizam, sendo que os elementos

que permaneceram ocultos têm a mesma relevância daqueles observados, o que nos aponta para a importância de elevar tais elementos à consciência destas pessoas. Na descrição realizada pelos profissionais, observamos mais elementos ocultos do que os descritos.

Uma possível explicação para a omissão das expressões cuidar/cuidado/ajudar no rol das atribuições – atividades prescritas- apoiados em Clot, pode ser atribuída a não libertação, pelo sujeito, dos pressupostos a que ele está sujeito, o que decorre das propostas centradas no projeto ambiciosamente complexo da reforma psiquiátrica. em que “paradoxalmente, o operacional-técnico e o subjetivo-social fazem avançar e ao mesmo tempo impedem a ação. (Clot, 2007.p. 175).

Identificamos uma outra dificuldade presente na fala dos coordenadores (diretores dos núcleos de internação) e das enfermeiras, que pode ser melhor compreendida da perspectiva dos conceitos deste autor:

Hoje mesmo, fazendo reunião de enfermagem com as pessoas, elas trazem inúmeras questões, inúmeras situações. “...” que já foram solucionadas e orientadas em relação a outro paciente, e quando se apresenta um outro caso semelhante, normalmente, eles não sabem como agir [...] (enfermeira 2)

“...” o que desanima um pouco é isso, às vezes a gente vai, discute, todo mundo concorda. Aí passa um tempo, ninguém mais lembra daquilo. Aí você tem que ir de novo, discutir e fechar com todo mundo para sair assim, sempre e lembrando “...” (terapeuta ocupacional, em cargo de direção de núcleo)

Ignoram-se os mecanismos que levam ao fracasso das operações técnicas propostas por metas lacunares, que não formam catacreses; ficam obscuras e que, portanto, na ação ignora-se os atos ocultos e os quais, por não se ter clareza, consideram que não são pertinentes para a solução do problema que se quer resolver. Por consequência, não são utilizadas enquanto instrumentos psicológicos com a finalidade de transformação do trabalho.

Entendemos, assim, que as metas complexas e ambiciosas impostas pela reforma e, com a escassez de recursos que se tem que operá-la no sistema, leva o sujeito a trabalhar com uma imagem sobrecarregada de operações pouco manejáveis.

Trabalhar na interdisciplinaridade, ao nosso ver, também pode gerar este tipo de conflito, uma vez que as tensões produzidas na articulação das diferentes áreas, no cotidiano do trabalho, impõem esse reajuste frequente e nem sempre claro para os atores. É a eficiência, obtida da reflexão na articulação da atividade real com o real da atividade, confrontada com a prescrita, que permitirá ao profissional o alívio da tensão, contribuindo para a transformação da atividade. No caso da nossa pesquisa, ter e deixar claro para si e para o outro, quais são os sentidos dos atos de cuidado para com o paciente, considerando a intersubjetividade e emoções presentes na relação.

Nas ações que envolvem o subjetivo-social, profissional e paciente, o profissional se vê preso por motivos diferentes daquele que o envolve na ação do trabalho. Ele está na relação com o paciente para proporcionar-lhe atos de cuidado, no entanto ele se vê tomado por motivações rivais, em que ele profissional se ressentido de ações de cuidado para com ele que o atravessam e sob o peso desta luta entre motivações interiores e exteriores, decorrem pensamentos mal delimitados, o que o leva ao risco de se confundir com o ambiente, “ numa espécie de consonância subjetiva com suas pré-ocupações” (Clot, 2007, p.177).

“...” o que espero é o olhar um pouco mais humano, para a gente. E ter um pouco assim, de não vou dizer, não é respeito, mas assim, um carinho especial por nós, que lidamos diretamente com essa população. (assist. social 2)

“...” alguém que eu pudesse, “...” dividir as minhas angústias, é, dentro da execução do trabalho. (assist. social 2)

“...” hoje pude perceber o que os pacientes sentem quando vão para o ateliê com a T.O., hoje entendi que deveríamos ter mais momentos como

este para eles, por que é muito bom, relaxa, a cabeça fica leve.(aux. de enferm. – fala no 2º. no Encontro de formação).

Observamos nas falas acima, que quem cuida busca a mesma coisa daquele que é alvo do cuidado, o olhar humano, e o desejo de ser ouvido em suas angustias e necessidades.

Ainda, em nosso diário de campo, observamos diversas situações de atendimento direto ao paciente em situação de crise aguda de sofrimento mental, em que profissionais de diferentes áreas como psicólogo, e equipe de enfermagem conseguiram manejar a crise de heteroagressividade sem necessidade de contenção física, atuaram dialogando com o paciente e o acalmando. No entanto, chama a nossa atenção que nenhum dos profissionais relacionaram no rol de suas atribuições, o atendimento à crise e ainda a busca à família e cidade de origem, quando diante de um paciente sem documentação e cuja identidade pessoal encontra-se perdida nas várias identidades fruto de seu delírio. Também nas entrevistas, não aparece a intervenção na crise, seja ela decorrente da ação individual, ou coletiva, como uma dificuldade do trabalho ou sequer resultado para a melhora do paciente. Os profissionais falam de melhora do paciente como a principal recompensa do seu trabalho, porém não especificam de que tipo de melhora falam, ou a que cansaço e estresse se referem quando enfatizam as dificuldades vividas no dia a dia do trabalho.

É cansativo, é estressante muitas vezes. Mas a gente tem a recompensa de ver o paciente saindo bem, conversando. Você vê ele chegando numa situação extremamente complicada e aí a partir de um período você vê a melhora “...” (enfermeira 2)

“...” é muito bom quando você vê que alguém saiu melhor, que alguém reconhece que o seu trabalho foi bom. (terapeuta ocupacional)

Eu achava muito, muito bom, muito bom o retorno. O retorno do meu trabalho é a melhora do paciente. (aux. de enfermagem 1)

Nos encontros de formação em situação de trabalho os profissionais mencionam as situações de agitação extrema do paciente tentando matar-se ou

agredir outro paciente ou funcionário e as relacionam a dificuldades vividas no atendimento ao paciente, ou a dificuldades relacionais com as outras áreas profissionais, além da necessidade de capacitação.

“...” com as pacientes daqui (refere-se a pacientes mulheres) é muito difícil lidar quando elas chegam no auge do surto e as vezes “...” (fala do profissional em encontro de formação)

“...” muitas vezes nos sentimos desvalorizados, como por exemplo: escrevemos no prontuário que o paciente não dormiu, ficou deambulando e agitado a noite toda, mostrando-se agressivo com os demais pacientes e funcionários, e o médico o atende pela manhã, e escreve paciente com bom contato, estável mantém a medicação e cuidados” (fala do profissional, aqui fica claro tratar-se de auxiliar de enfermagem, em encontro de formação)

“...” acho que falta a parte técnica por exemplo o que é a esquizofrenia, como eu lido com as crianças autistas, por exemplo. A equipe que trabalha com eles, nossa, só recebem mordida, chute, murro, eles são terríveis. Como que a gente fica depois de um dia de trabalho desses? (auxiliar de enfermagem, assistente social - fala em encontro de formação - 4º. e 5º.)

Observamos um outro conjunto de expressões advindas dos encontros de formação em que as palavras ajudar ou expressões que remetem à ela foram mencionadas e que desejamos destacar:

“...” queria ajudar aquelas pessoas que mais pareciam "bichos". Em relação com a forma como eram tratadas (aux. de enfermagem – fala no encontro de formação)

“...” quero fazer a diferença no tratamento dessa clientela. (assistente social – fala em encontro de formação)

“...” oportunidade que o criador me ofereceu para que pudesse me realizar como profissional e ser feliz. (assistente social - fala em encontro de formação)

“...” ajudar aqueles que necessitam. (aux. de enfermagem -fala em encontro de formação)

No que se refere as frases acima, observamos que as expressões “queria ajudar aquelas pessoas que mais pareciam bichos” e “ ajudar aqueles que necessitam” remetem ao contexto dispensado ao tratamento de pessoas com sofrimento mental desde os primórdios. Foucault, em *Doença Mental e Psicologia* (1975), descreve que “desde a medicina grega, uma certa parte no domínio da loucura já estava ocupada pelas noções de patologia e as práticas que a ela se relacionam.” (p.52), completa com o exemplo de como no Ocidente as curas médicas da loucura e os hospitais da Idade Média reservavam leitos diferenciados aos loucos; frequentemente leitos fechados, espécies de jaulas para manter os furiosos, como o que ocorria no Hôtel- Dieu de Paris. No entanto, tal setor, restrito, era limitado às formas da loucura que se julgavam curáveis, frenesis, episódios de violência, ou acessos melancólicos.

Antes da naturalização da loucura como tema para especialistas e da determinação de um lugar específico para seu tratamento, é sabido que os loucos perambulavam livremente pelas ruas das cidades brasileiras e que, quando perturbavam a ordem pública, eram recolhidos às Santas Casas de Misericórdia ou Cadeias Públicas. Além dos castigos corporais e das celas insalubres, a eles eram destinados os cuidados de religiosas ou leigas que não estavam ali para realizar a cura do doente, mas para garantir sua própria salvação espiritual (Foucault, 1999). Sendo assim, inicialmente não há nenhuma formação, qualificação ou remuneração formal para esta prática, identificada tanto com a função “natural” de cuidadora das mulheres, como com os ideais cristãos: cuidado que é caridade e forma de expiar pecados.

Será que isto mudou? Pelo que podemos depreender das respostas das falas dos sujeitos nas entrevistas ou encontros de formação não. Neste contexto fica evidente que o tratamento dispensado à loucura carrega marcas históricas

que parecem perpetuarem-se na cultura institucional representada nas falas dos profissionais que ali trabalham e cujos sentidos podem ser compreendidos.

Sabemos, em acordo com os pressupostos teóricos aqui adotados, que os sentidos são configurados pelo sujeito incorporando sua história e sua vivência social que, por sua vez, têm em sua base o afetivo-volitivo que a um só tempo promove e resulta desta configuração.

Importante ressaltar que temos entre os participantes desta pesquisa, pessoas que trabalham há mais de 15 anos nesta instituição, portanto desde o período que antecedeu a reforma psiquiátrica. De forma que para nós, a vivência é mais do que a experiência do vivido. É ela, vivência, que permite a união entre sujeito e social, que faz com que ambos se constituam mutuamente, chegando a ser impossível dizer o que é de um e o que é do outro.

Desta forma, compreendemos que o fato de ter como motivo para a escolha profissional a “ajuda ao outro que necessita”, e “àquele que mais parece bicho” e em se tratando do trabalho em saúde mental e em um hospital psiquiátrico, reforça a tese de que a significação das atividades desenvolvidas é da ordem caritativa, desprovida de motivação profissional pessoal e tão pouco há investimento em capacitação voltada à transformação da atividade do trabalho e por consequência na produção do cuidado, ao que preferimos nomear, como tratamento em que incorpora atos de cuidado físico, psíquico e social.

Por fim, compreendemos que nos aproximamos, também, daquilo que Clot (2006) chamou de “gênero profissional do coletivo de trabalho”, em um entendimento de que cada ofício constrói, coletivamente, em torno de si, como que um guia de ação, uma gama de atividades que, implicitamente, são proibidas ou desejadas em determinada profissão. Sendo assim, o gênero profissional retém a memória impessoal de um meio, conservando e transmitindo a história social e dando suporte às estratégias de comportamento individuais de cada trabalhador.

7.1.2 Aprendizagem humana do trabalho ocorre na prática profissional: genealogia do cuidado/ ajudar em saúde e suas implicações em saúde mental

Compreendendo que memória impessoal da instituição pesquisada, conserva e transmite a história social e por sua vez dá suporte às estratégias de

comportamento individuais de cada trabalhador, tal como Clot (2010) nos aponta, e levando em consideração que estamos num campo que, além de atravessado pela história do tratamento dispensado à loucura, também incorpora e assimila os vieses do tratamento dispensado à saúde coletiva, entendemos a necessidade de aprofundar a discussão sobre a dimensão do cuidar e ajudar na saúde mental.

E o fazemos, sob a luz do conceito vigotskiano sobre a configuração de sentidos. Relembrando que este decorre das vivências das interações, deve-se levar em conta o contexto, de forma que a palavra incorpora e o absorve (sentidos), em um amálgama de conteúdos afetivos e intelectuais. Compreendemos que seja importante não perdermos a perspectiva do emprego e o sentido da palavra cuidado/ajudar nos dois campos da saúde, o da saúde mental e o da saúde coletiva.

Por que de um lado, a pesquisa se dá em um hospital psiquiátrico que desde a Reforma Psiquiátrica é visto como um modelo de atenção em saúde mental que deve ser extinto em decorrência de sua história de (des)cuidados assistenciais e, por isso, estaria mais ligado ao que na atualidade é considerado como não tratamento. De outro, é preciso considerar que setenta (70%) por cento da equipe técnica que atua na assistência aos pacientes é constituída por profissionais da área de enfermagem e destes menos de 10% dos enfermeiros (as)³² tem especialização em saúde mental e, ainda, que demais profissionais da área de enfermagem são constituídos por auxiliares de enfermagem cuja grande maioria vem de experiência profissional na assistência clínica em saúde coletiva ou de pronto socorro, onde normalmente atuam no período oposto ao hospital.

Em saúde mental, desde o manicômio até os dias atuais, observamos que a equipe de enfermagem é a que, contraditoriamente, compõe o maior número de profissionais. Apesar da reforma propor a ampliação da atenção por equipes multiprofissionais, ainda vemos e, sempre em maior número a presença dos

³² Total de 55 enfermeiros na instituição

profissionais de enfermagem, seja no caso o hospital psiquiátrico em que se deu esta pesquisa, seja no caso dos CAPS, em detrimento das demais áreas profissionais envolvidas. Mesmo assim, a grande parte destes, ainda hoje, não tem especialização, ou não lhes é oferecida a capacitação adequada, conforme os seus relatos:

Não, a preparação foi aqui mesmo. Tudo que eu tive que aprender foi aqui no trabalho. Aprendi fazer medicação, injeção, tudo. Porque tinha um enfermeiro aqui, que ele dava aula para gente. Então, no próprio trabalho mesmo a gente tinha, que era reciclagem, né, que a gente fazia. Todo ano tinha reciclagem. (aux. de enfermagem 2)

Eu gosto daqui. Eu entrei assim, sem saber, meio que pensando que era um geral, mas eu me identifiquei com tudo isso. Foi maravilhoso pra mim. Foi diferente de Taipas. Lá eu cuidava de feridas, de traumatismo, de gente que tinha quebrado o pé na linha, gente que tinha perdido parte do tendão do dedo, sabe. Mas aqui foi maravilhoso, aqui foi a minha identificação mesmo. (aux. enferm. 1)

Os atos de cuidado em saúde praticados pelas equipes de enfermagem, no caso os auxiliares e técnicos de enfermagem, em geral centram-se em ações como cuidados de higiene, medicação e avaliação de sinais vitais. Ainda que não se prescindia destes, mas ganha importância na área da saúde como um todo, mas de modo particular em saúde mental, os gestos profissionais e as palavras que os acompanham, uma vez que a dimensão subjetiva e a intersubjetiva estão em jogo e, empregados na relação com o paciente, ganham força terapêutica. A relação entre profissional e paciente, neste caso, é intensiva.

Quanto ao conceito de gestos profissionais consideramos importante trazermos a definição e ainda que não faça parte dos nossos objetivos nesta pesquisa, consideramos pela pertinência deste conceito no trabalho em saúde mental, uma vez que no conceito está presente uma arena de significações, além de envolver a individualização das técnicas corporais e mentais em circulação em um dado ofício. (Clot, 2010)

Uma outra autora que dedica-se a esta investigação desde 1998, é Anne Jorro e os conceitua como movimentos carregados de caráter subjetivo e simbólico que encontram-se envolvidos na ação profissional, ensejam um caráter interpretativo direcionado àquele que o recebe. Jorro (2000) propõe uma dupla dimensão do gesto profissional “entre o fazer e o significar” [tradução nossa], em que os aspectos operatórios envolvidos na atividade profissional estão ligados aos aspectos simbólicos incorporados pelo praticante.

Para Clot (2010), a experiência de um gesto “não é opaca apenas para quem a observa de fora”(p.155), o gesto bem sucedido e incorporado por quem o realiza, deixa a consciência para juntar-se aos subentendidos, individuais e coletivos que organizam a ação, em geral sem que o sujeito dele tome conhecimento. Para o autor, o gesto apresenta-se na atividade profissional semelhante à palavra na atividade de linguagem.

Com essa breve introdução ao conceito de gesto profissional, temos que em saúde mental, incorpora-se como técnica de trabalho não apenas os cuidados diretos ligados ao corpo biológico do paciente e praticados pela equipe de enfermagem, mas prioritariamente a palavra e o gesto, que muitas vezes em momentos, vivido pelo paciente em crise aguda psicótica, por exemplo, a intervenção pela palavra direcionada à ele, auxiliando-o no deciframento do seu conflito e aliado ao gesto, produzem o efeito calmante, que acolhe e o significa.

O paciente com sofrimento mental, não encontra-se no leito à espera do cuidado, muitas vezes ele nem o solicita, outras o solicita ininterruptamente. Está ali frente a frente com os profissionais interagindo em todos os espaços físicos. Em geral não reclama de dor, anda ou permanece deitado na cama, envolvido pelo cobertor tendo até a cabeça enrolada, mesmo diante de intenso calor; fala, não fala nada; grita; xinga; disfere golpes no ar; outras vezes pode agredir sem nenhum sinal de heteroagressão anteriormente manifestada; toma vários banhos, não toma nenhum. Não espera o horário para ser atendido, necessita que os auxilie na reinserção familiar e social e no entendimento e aceitação de sua doença e tratamento.

“...” muitas vezes, ainda hoje o médico se quer olha para o paciente, não considera o que ele diz. (psicólogo - fala no encontro de formação)

“...” Dr. ou Dra., dirigindo-se ao profissional assistente social, preciso falar com você, quero ligar para a minha família (paciente dirigindo-se à um profissional que passa por ele no corredor interno da clínica.), o profissional responde enquanto continua andando: fala com a assistente social da sua referência ela vê isso para você? O paciente: Mas eu não sei quem é? O profissional, não responde num primeiro momento, interage com outro profissional sobre outro assunto. O paciente o acompanha e volta a questioná-lo, sem parar, andando, responde que no momento está ocupado e que depois vê isso.(observação em Diário de campo)

Como podemos observar nos registros acima, o profissional envolvido no atendimento não considera e nem incorpora o gesto e a palavra em sua ação profissional. Porém o outro que observa, denuncia, mas será que o profissional tem consciência da importância do gesto e da palavra como ato de cuidado e implicado no tratamento? Ou consideram que a atividade é apenas mediada pelo instrumento técnico?

Observamos ainda a fala da psicóloga “Mônica³³” que durante um dos encontros de formação diz que “considera que é pequena a sua contribuição profissional, porque as pacientes chegam num estado agudo do sofrimento mental e no seu entender a abordagem (terapêutica) fica difícil neste momento, e após a melhora do quadro, em geral, as pacientes não tem muita paciência para o diálogo. É veementemente contestada por outro profissional de psicologia que considera que seja “justamente no momento da crise que o(a) paciente precisa mais de ajuda”. Aqui, consideramos que a falta de preparo profissional para o trabalho com pacientes com sofrimento mental em fase aguda, acarreta dois graves problemas na prática do trabalho. De um lado, leva o profissional a

³³ O nomes fictício dados aos profissionais participantes dos encontros de formação em situação de trabalho.

agir com os recursos profissionais de que dispõem e que foram desenvolvidos na experiência em outro tipo de atividade profissional, neste caso, a profissional trabalhou por muito tempo na atenção básica em saúde no atendimento ambulatorial; de outro, o paciente deixa de ser acolhido em sua crise, levando-o muitas vezes a expansão do comportamento de agitação, com conseqüente sofrimento e aumento da dosagem de medicação.

Em busca do que pode estar na base das afirmações feitas pelos profissionais e partindo das considerações acima expostas, realizamos pesquisa a partir de artigos acadêmicos cuja temática fosse cuidar/cuidados na área de enfermagem, constatamos que a grande maioria baseia-se na visão humanista de Heidegger, cujas formulações ontológicas, assentam-se na dimensão da totalidade e revelam-se pelo modo prático de o homem “ser-no-mundo”. Nesta perspectiva, o ato de cuidar diz respeito a uma atitude, a um modo prático de “ser-no-mundo”, “ser-com”, “ser-em-relação”, adotado pelo ser humano em relação à sua ação e ao fenômeno da vida em sua totalidade. Segundo as enfermeiras Silva & Gimenes (2000),

[...] cuidar é servir, é oferecer ao outro como forma de serviço, o resultado de nossos talentos, preparos e escolhas, esses adquiridos em nossa vivência de cuidador, demonstrando ao ser cuidado atitudes de cuidado oriundas do nosso conhecimento, afeto e habilidades, as quais, na direção do outro, se transformam em ações que refletem o ser humano que somos e a forma como nos cuidamos. (p.307).

Perguntamos, e no caso desta instituição em que os profissionais, queixam-se da falta de cuidado para com eles?

“...” a própria direção, o olhar um pouco mais humano, para gente. E ter um pouco assim, de não vou dizer, não é respeito, mas assim, um carinho especial por nós, que lidamos diretamente com essa população.
(assist.social 2 - entrevista)

“...” Não sei se a humanização ou a medicina do trabalho, que a gente precisa disso. A gente precisa de uma escuta, a gente precisa falar. (assist.social 1- entrevista)

Verificamos por outro lado, que o conceito de cuidados é também fomentado nas diretrizes da Política Nacional de Humanização³⁴ proposta pelo Ministério da Saúde.

A interação resultante desta articulação dialética, contexto e historicidade, a nosso ver, constitui o psiquismo dos profissionais que atuam nesta instituição a partir de suas vivências.

Alguns profissionais que trabalham neste hospital trazem em sua vivência uma relação com o hospital psiquiátrico desde a infância, em razão de familiares trabalharem neste tipo de instituição, tal como podemos observar na resposta dada por um dos participantes desta pesquisa:

“...” Eu venho de uma família que a minha mãe, ela e vários parentes, familiares, trabalharam no Hospital Psiquiátrico do Juqueri, naquela época que havia 18 mil pacientes. Então, eu era pequena, eu lembro que eu ia nas festas e tal. E a minha mãe aposentou lá. E a gente cresceu e viveu um pouco a história”...” (assistente social 1 - entrevista)

Apesar deste profissional trabalhar na instituição pesquisada há três anos, sua ligação com hospital psiquiátrico vem desde sua infância.

Sforni (2004) destaca que cada sujeito em particular, ao apropriar-se dos instrumentos e signos criados socialmente, reproduz, em nível individual, as formas histórico sociais da atividade. A apropriação inicial está vinculada à participação do indivíduo na coletividade onde aquele instrumento ou signo é

³⁴ O Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH) propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma re-qualificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (BRASIL, 2007).

socialmente significativo. Por meio do processo de internalização, a realização da atividade, que era coletiva e externa, converte-se em individual e os meios de sua organização, em internos. Ou seja, “a atividade tanto externa quanto interna tem uma base material e um caráter sócio individual”. (p.76).

Verificamos então, uma grande rede de significações e sentidos formados de um lado pela história da psiquiatria mundial e no Brasil e de outro por aqueles empregados pela área de saúde e absorvidos pela saúde mental.

Parece-nos que as palavras cuidado e ajuda são repetidas oralmente e escritas a exaustão como mantras, necessitando de maior definição sobre os modos de cuidar. Sem dúvida os parâmetros éticos e políticos que permeiam esta conceituação se revelam necessários se não imprescindíveis a todo processo de relação humana.

Vygotsky (1934/2003) destaca que o sentido de uma palavra predomina sobre seu significado; uma mesma palavra possui um significado público que é compartilhado, porém, o seu sentido é algo construído em torno de uma complexidade de aspectos psicológicos privados que essa palavra faz emergir na consciência de cada um. Os sentidos são construídos por meio de lembranças, vivências, percepções únicas, singulares e que dependem do contexto em que são despertados

A significação tem o poder de converter um fato natural em cultural e, assim, permitir a passagem do plano social para o plano individual. A própria natureza da significação faz dela algo que pode ser partilhada por todos, que é de todos e de ninguém em particular, pois incorpora a singularidade de cada um dos que a compartilham (Pino,1999). Entendemos que as significações, ao serem apropriadas, criam o plano do sujeito, ou seja, sua consciência, e esta surgirá não só mediante a configuração dos signos, mas por meio do processo de significação, que traduz as condições de funcionamento da sociedade, suas estruturas de relação e suas práticas sociais.

A palavra é o signo que conceitua e, ao mesmo tempo, representa o objeto, dando-lhe sentido como um predicado do pensamento. À medida que a

fala fica mais complexa, o pensamento também se torna mais desenvolvido.

Cada estágio do desenvolvimento do significado das palavras representa também um novo estágio de desenvolvimento na relação entre pensamento e fala (Vygotsky, 1934/2003).

Por estes processos descritos por Vigotski é que o sujeito, cada vez mais, pode ampliar suas trocas com o mundo e, assim, expandir as representações do meio ao seu redor, formar novos conceitos, e desenvolver a consciência de si e da realidade. Consciência como Função Psicológica Superior (FPS) que integra todas as demais funções. Aspectos que analisaremos a seguir.

7.1.3 Sentidos do Trabalho em Saúde Mental: consciência e consciência de si: Vinculação da dimensão afetiva ao significado atribuído ao trabalho

Essa apropriação do que foi produzido no coletivo reserva níveis e condições diferenciadas de indivíduo para indivíduo, tanto na forma de aquisição do seu conteúdo quanto na conversão do seu sentido mais individual. No nosso ponto de vista, esse movimento é constituidor da vivência em saúde mental pelos profissionais do contexto investigado:

“...” eu prestei concurso para o estado, eu prestei para duas modalidades, vigia e atendente (enfermagem) entrei aqui em 18 de abril de 1984. Já vai fazer trinta anos agora.”...” então, no começo pra mim foi meio difícil, porque assim, para encarar, o trabalho eu achava muito difícil. O primeiro dia que eu vim assim, sabe, tomei aquele baque, né. Mas aí, com o tempo, depois eu fui me acostumando”...” Aí comecei trabalhar, falar com os paciente e aí eu fui me elevando cada vez mais. Aí eu tomei gosto pela coisa. Daí em diante eu fui ficando, “dois anos, três anos.”...” (auxiliar de enfermagem 2 - entrevista)

“...” Aí, aos 19 anos, eu prestei um concurso público, passei. E na ocasião, logo que eu passei, que hoje é o Caps aqui de Perdizes, na época era um ambulatório de saúde mental. Aí, naquela época também, as funções que tinham eram de atendente. Que foi o que eu prestei e

passei. Logo em seguida, em Franco da Rocha abriu a vaga lá para auxiliar de enfermagem “...” . E eu passei entre as vagas. “...” Uma ocasião eu vi maus tratos com paciente, eu denunciei. Então, eu passei por situações assim, que foi muito difícil, lá no Pavilhão Escola, em Franco da Rocha. “...” as coisas foram acontecendo e me levando pra saúde. (assistente social 1- entrevista)

“...” Eu acho que fazer aquilo que você gosta é o principal. “...” Trabalhar em hospital é difícil, mas a gente sempre tem que fazer aquilo que gosta. É cansativo, é estressante muitas vezes. Mas a gente tem a recompensa de ver o paciente saindo bem, conversando. De ouvir o paciente te dizer obrigada por ter ajudado, de estar aí junto. (Enfermeira 2 - entrevista)

“...” Eu gosto muito do SUS, “...” boa parte da minha formação foi em escola pública. E eu acho que eu devo um retorno a isso. Acredito que o SUS ainda é muito novo, que tem muitas coisas ainda para serem feitas. Ou mesmo dentro da reforma psiquiátrica onde a gente tá, ainda tem muita coisa a ser feita.. (Terapeuta ocupacional - entrevista).

Os trechos das entrevistas trazem-nos alguns sentidos do trabalho para estes profissionais. O primeiro é relativo à vinculação da dimensão afetiva ao significado atribuído ao trabalho a qual se revela amalgamada ao modo de viver a profissão. Alguns realizam esta escolha, pelo laço afetivo hereditário: “minha mãe e outros parentes trabalharam “...” e eu ia à todas as festas lá quando criança”, outros por se tratar de serviço público o que lhes traz a possível garantia da estabilidade no emprego, como no caso do auxiliar de enfermagem que presta concurso para vigia ou atendente (enfermagem), e como ele próprio diz, que o chamaram para (o cargo) atendente; tendo antes trabalhado como balconista ou feirante e portanto na informalidade. Neste caso, verifica-se que a sua escolha não recaía na profissão ligada à saúde, tão pouco à saúde mental, mas ao trabalho no setor público, ou melhor à garantia de emprego seguro. Sua capacitação se deu na atividade do trabalho cotidiano:

“...” era louco, né, trabalhar com louco, eu falei: “-Ah, eu acho que eu não vou acostumar. Mas aí, com o tempo, depois eu fui me

acostumando, aí fui, como é que se fala? É, tomando uma autoestima, né. Aí comecei trabalhar, falar com os paciente e aí eu fui me elevando cada vez mais. Aí eu tomei gosto pela coisa “...” (aux. de enfermagem 2 - entrevista).

Outro aspecto que desejamos destacar a partir do trecho da entrevista da terapeuta ocupacional acima reproduzida, diz respeito a contribuição que o profissional considera que esteja dando para o ‘público’ como retorno do investimento do estado em sua formação. Esta, nos remete ao sentido do trabalho para esta profissional, e a cadeia de significações que estão envolvidas e obscuras para o ator.

Lembrando que é mediante a rede de significados compartilhados socialmente que os sentidos, nos quais estão presentes os afetos, as lembranças, as vivências, são elaboradas em que imbricam-se as dimensões cognitivas e afetivas, bem como os processos individuais e coletivos. Devemos avançar em nossa análise, considerando todas as expressões humanas sejam cognitivas e afetivas, levando em consideração os princípios do materialismo dialético presente na unidade contraditória existente na relação simbólico - emocional.

Retomando; no caso da profissional em questão, consideramos que em sua afirmação de que o seu trabalho é, de alguma maneira, uma retribuição ao ‘público’ e ao que recebeu dele, efeitos da contradição ligados à ordem pessoal impregnado de caráter afetivo, em que de um lado entendemos à retribuição ao público decorrente de sua formação em instituição pública -dimensão cognitiva- e de outro, o pai, também portador de sofrimento psíquico, foi tratado no sistema público – dimensão afetiva -. Nesta última situação, a profissional tece considerações negativas à instituição pública, diz:

“...” eu acompanhei um pouco do meu pai, na época da década de 1990, aonde ele era internado em alguns hospitais particulares, mas em algumas vezes no SUS e eram lugares muito feios, muito ruins. Aquilo, me deixava triste. Então, saber que eu ia poder fazer algum trabalho que pudesse melhorar em alguma coisa aquelas pessoas, que naquele

momento estavam num sofrimento tão grande, para mim é algo que me mantém no trabalho”...” (resposta da terapeuta ocupacional, frente a questão sobre o que a mantém na atividade)

Ao analisarmos este pensamento, nos deparamos com a revelação dos motivos e as necessidades que orientam e direcionam o seu movimento. Evidentemente, que o sujeito não tem o controle e, a consciência do movimento de constituição das suas necessidades. A consciência de si neste caso, está afetada pelo obscurantismo em que reside os motivos da escolha profissional, o que pode trazer repercussões para si e para o outro na atividade do trabalho. Repercussões estas, causadas pela idealização pela superação do modelo de atendimento vivido nas interações do familiar, bem como do direcionado em sua formação como a busca da superação do modelo manicomial. A ação do sujeito na relação com o trabalho a partir de seus motivos, o que se completa no trabalho em saúde mental pela rede de significações que estabelece e que satisfazem, de algum modo, suas necessidades.

Aí eu não gostava muito de educação inclusiva, e tive que aprender o que era aquele trabalho. “...” o município já estava bem adiantado, então era um Centro de Educação Inclusiva “...” . Eu trabalhei lá de 2002 até 2006. Quando então, por sentir falta da saúde mental, eu pedi transferência para Secretaria de Saúde. “...” E aí que o meu trabalho, eu considero que ele é com o paciente, mas também na organização, na formação, na troca com a equipe como um todo, que trabalha na enfermaria. “...” (resposta da terapeuta ocupacional frente a pergunta sobre o seu percurso profissional)

7.1.4 Necessidade do Profissional Arelada ao Sentido do Trabalho

No trecho da entrevista acima destacada, observamos o movimento do profissional em busca do atendimento se suas necessidades, trabalhar com o que diz que gosta. Como a necessidade não conhece seu objeto de satisfação, ela completa sua função quando o reconhece na realidade social. Tal movimento

se dá a partir da configuração das necessidades em motivos.

No entanto, verificamos que “gostar de trabalhar em saúde mental”, ter um pai portador de sofrimento mental que já passou por internações psiquiátricas, talvez não encerrem os motivos da escolha profissional, a entrevistada afirma que saiu do país logo após sua formação, e por duas vezes com a finalidade de maior remuneração por considerar que nos Estados Unidos da América, a profissão de terapeuta ocupacional gozaria de maior reconhecimento, como vemos:

Então, lá a TO é mais antiga, “...” aqui no Brasil tem por volta de cinquenta anos, “...” a profissão lá, ela é reconhecida, tem um retorno financeiro bom. Então, essa era a minha intenção, de ver o que eu teria lá, porque aqui a remuneração sempre foi muito pequena e o reconhecimento também é um pouco mais complicado. (resposta da terapeuta ocupacional frente a pergunta sobre o seu percurso profissional)

7.1.5 Remuneração no Trabalho em Saúde Pública

Observamos este mesmo movimento, nas respostas à pergunta sobre o seu percurso profissional, dadas por outros profissionais, vejamos:

Então, desde que eu me formei, eu trabalhava em banco, era bancária. “...” eu fui convidada a trabalhar na área de serviço social. Mas eu não fui pelo salário. Eu estava num cargo bom lá no banco e eu não quis abrir mão disso! “...” . Foi quando eu fiz o concurso, meia que amarrada, para o Juqueri.”...” eu não queria o Juqueri. Acabei entrando uns três, quatro meses depois eu acabei entrando, assumi o cargo. Foi muito difícil para mim, “...” quando eu me deparei com aquela estrutura, ou melhor, aquela falta de estrutura do Juqueri me desesperei. Mas aí acabei me apaixonando, fiquei lá oito anos.”...” Entrei aqui, assustada, porque era uma clínica de agudos, muito assustada. Mas fui levando. Tive alguns contratemplos com a equipe, uma equipe que eu considerava

doente. Mas a coisa foi passando, eu fui me apoiando no trabalho, fui gostando, foi entrando na veia e a coisa fluiu. “...” . Não tinha outra opção, quer dizer, do banco para um serviço público. Não foi nem para saúde mental. Porque eu acredito muito nas mãos de Deus, que ele te coloca. “...” não foi opção não, foi necessidade mesmo, que eu parti para minha área. (assistente social 2 em resposta à pergunta sobre o seu percurso profissional).

“...” Entrei nesta instituição em 2008 por concurso público, porém a inscrição realizei para o trabalho em um hospital geral e na escolha de vaga, havia uma solicitação para esta instituição(psiquiátrica). Aceitei porque já havia, no começo da carreira, como psicóloga, em 1986, trabalhado alguns anos em outro hospital psiquiátrico, este sim por opção na psiquiatria. “...” Fiquei durante alguns vinte e poucos anos na atenção básica (prefeitura), criando e coordenando projetos para atender a demanda e retorno em 2008 na psiquiatria pelos motivos que já falei (psicóloga em encontro sobre a escolha da profissão)

“...” eu me formei em 1983 e em 1984 eu fiz a especialização em enfermagem médico-cirúrgica. Mas eu não terminei, porque faltou o último estágio. “...” . Aí eu larguei mão. “...” trabalhei pouco tempo, depois casei. Aí parei de trabalhar, na época não precisava. Tive os meus filhos, cuidei da casa, dos filhos, curti. Aí meu marido perdeu o emprego e eu pensei: Tá na hora de arregañar as mangas.”...” . Abriram concurso. Aí eu fui prestar e consegui passar. E aí é essa vaga que eu ocupo aqui “...” eu prestei concurso para enfermeira, a vaga era indefinida. (enfermeira em resposta à pergunta sobre o seu percurso profissional).

Observamos nos relatos dos profissionais, pertencentes à especialidades diferentes, porém, revelam a mesma atitude ambivalente³⁵, e expressam a mesma contradição em relação a escolha pela área profissional em que atuam.

³⁵ Atitude ambivalente segundo Vigostki (1933/34-1996) no texto da 4ª. aula sobre pedologia, diz respeito quando sentimentos antagônicos se fundem, como por exemplo amor e medo.

Em geral, observamos que o motivo que os leva à ingressar no serviço público decorre de necessidades pessoais, não necessariamente vinculadas ao desejo de atuar na área da saúde mental, no entanto, isto não aparece como motivo principal, ele surge como secundário, parecendo ou não estar claro para eles os reais motivos que os levaram àquela escolha, ou à dificuldade em assumir para si e para o outro a principal razão.

No caso da assistente social (2), inicialmente apresenta-se como ex funcionária de um grande banco em que detinha um bom salário. Após formada em serviço social, não aceitou um cargo na área em razão do baixo salário. Como aderiu a um programa de demissão voluntária, ficou desempregada e após um tempo decide prestar concurso público e afirma meio que “amarrada”. De um lado, direciona-se para uma carreira pública em saúde mental, área que não queria, vai receber menos do que recebia no emprego anterior. Além de ir trabalhar num grande manicômio, em que, como ela afirma, imperava a falta de condições de trabalho, relembra seu desespero inicial, mas depois afirma que se apaixonou. Pede transferência para outro hospital psiquiátrico por ser mais próximo de sua residência, aqui já afirma que apesar das dificuldades, “a coisa fluiu”, ou seja, correu com certa abundância, como líquido, desfez (dicionário Houaiss). Compreendemos, que não houve apropriação da atividade do trabalho, o que é determinado pelas dificuldades presentes no contexto, aliado a não capacitação e principalmente ao motivo de sua escolha, ou melhor, não escolha, foi a necessidade financeira que a leva a busca do emprego público e não a escolha profissional de trabalhar em saúde mental.

Importante destacar, o que a profissional nos revela em sua entrevista, quando de sua inscrição para o concurso público, este era direcionado para a área de saúde, de forma geral, e não particular para a saúde mental. Isto ocorre ainda nos dias atuais, e para todas as áreas profissionais envolvidas na saúde, exceto para médicos, em que há o direcionamento de acordo com a especialidade. Presta-se concurso para a área da saúde, após aprovado o candidato é surpreendido com a área em que irá atuar, de acordo com o local, e a vaga disponível para o momento, quando decidirá se aceita ou não.

Retomando à nossa análise da entrevista, a profissional na sequência, atribui à Deus; algo mítico, inacessível e exterior à ela, a escolha e o seu percurso profissional.

A partir do exposto compreendemos que não há apropriação do processo de trabalho e da atividade envolvida. Ao não reconhecer sua ação, seu objetivo, seu percurso e o resultado deste processo, os profissionais adquirem um saber de si ambivalente e fragmentado, o que seria o mesmo que dizer que ao não o adquirir também comprometem o saber sobre o outro na relação, seja o paciente, como os demais profissionais.

Considerando o conceito de sentido em Vigotski, podemos dizer que para que haja mudanças nesta relação é necessário que se invista na modificação do contexto, não apenas o institucional, mas em alterações mais amplas, tais como das políticas públicas de contratação de pessoas no serviço público de saúde em que privilegie-se o investimento do profissional em sua formação posterior à graduação aliado a sua experiência no campo de atuação, além de uma política sólida e contínua de educação em situação de trabalho. Mudando o contexto, Vigotski considera que o sentido também muda, de forma complexa e ilimitada e que dependerá da singularidade de quem o interpreta.

7.1.6 A Dinâmica Prazer – Sofrimento

Por outro lado, nos questionamos, o por que de profissionais que atuam em um serviço de internação psiquiátrica, significado por eles como cotidiano difícil, afirmarem que sentem prazer no trabalho?

O contexto do hospital psiquiátrico na atualidade, leva os seus profissionais ao imperativo de concretizar a proposta de transformação advinda da reforma psiquiátrica, travando uma luta diária para afastarem-se das práticas que lembrem o manicômio. O que remete os profissionais ao que Merhy (2004) define como “olho do furacão” ou seja, a uma situação permeada pelo imenso desafio de mudar práticas de saúde até então hegemônicas, mesmo situando-se no núcleo próprio dele. Inserido nesse contexto, o trabalho demanda dos profissionais, como contrapartida, uma exigência psíquica consoante com a

magnitude de tal projeto assistencial, vejamos nossa anotação decorrente do 4º Encontro de formação quando trabalhamos com o vídeo Nise da Silveira, senhora das imagens:

Observamos momentos de grande emoção retratada na fala de um dos presentes, auxiliar de enfermagem que trabalha no hospital há 17 anos, quando relembra com emoção a experiência traumática vivida no passado, quando em atividade no trabalho naquela instituição, diz:

“ eu vi muito isso aqui, eu auxiliava o médico (choro) amarrava o paciente eletrochoque – o profissional quase não consegue completar o seu relato, dado o choro. É amparado por um colega que faz um carinho em sua perna, enquanto os demais, o olham e o ouvem em silêncio, alguns demonstrando também grande emoção.- continua, muitas vezes não era como tratamento não, era punição mesmo. As vezes, era apenas o enfermeiro e o auxiliar que faziam o procedimento. Aquilo era um horror! Na sequência, um dos presentes (aux.de enfermagem), refere-se a como o paciente psiquiátrico era visto e tratado, diz, “ele não era ninguém, a família em geral o abandonava, como ainda acontece, e aí não dava nem tempo de dar atenção para ninguém. Eram muitos pacientes e poucos funcionários.” Estabelece, em seguida, relação com o presente e destaca a transformação e a qualifica como positiva, mas ao mesmo tempo difícil enquanto processo de mudança e considera que ainda há muita coisa para mudar. (aux. de enfermagem – 4º. Encontro de formação)

A constante busca de transformação das condições vividas pelo paciente, aliada a labuta do distanciamento da lógica manicomial, ao mesmo tempo envolvida na grandiosidade da ligação afetiva com o trabalho merece, portanto, uma análise cuidadosa. Em algumas entrevistas, o cotejamento da assistência prestada com as expectativas alimentadas pela proposta reformista, parece apontar para o confronto do sujeito com o real do trabalho, em que o impedimento da atividade induz a imobilização, a impotência ou privação em

seu poder de agir (Clot, 2001, 2007, 2010) , tal como podemos acompanhar no trecho da entrevista abaixo:

Ah, e as tristezas é quando a gente sabia que aquilo não ia se manter, por falta de estrutura da família, por falta de estrutura dos serviços lá fora, que ainda, estão num outro nível, muito longe do que a gente gostaria. Então, eu me lembro de um paciente que foi um que me marcou muito, que ele chegou muito confuso, mesmo assim, muito educado. E quando a família vinha visitá-lo: “-Ah, então, a sua família tá lá fora.”, “-Ah, tá?”, “-Vamos lá ver?” “-Não, obrigado.” E aí a gente foi descobrir que na verdade ele não queria ver a família, porque ele tinha medo de ir embora com ela e saber que ele ia ficar trancado num quatinho. E a gente fez todo um trabalho para evitar isso, de sensibilização da família, de articulação com a rede, um milhão de coisas, denúncia para o Ministério Público. E a gente sabe que ele continua trancado num quatinho. Apesar do PSF (Programa de Saúde da Família) estar a cem metros da casa dele, o PSF acha que eles não podem interferir na dinâmica familiar e que eles não têm nada a ver com isso. O Caps, de entender que ele é um sistema de porta aberta e isso quer dizer que a porta deve, literalmente, ficar aberta e eles têm que se responsabilizar pelo paciente, fazer a busca ativa, etc. (terapeuta ocupacional em resposta à pergunta sobre alegrias ou tristezas vividas no trabalho)

Antes de ser uma crítica frontal à assistência prestada no CAPS, e à programas como o PSF (Programa de saúde da família), as palavras desse técnico descortinam o “real” do trabalho (Clot, 2001,2007,2010), levando-o a questionar sobre as possibilidades e limites do trabalho no hospital enquanto dispositivo. Nessa fala, o desafiador e grandioso horizonte proposto pela reforma torna-se um peso a ser carregado em função do desfiladeiro entre a proposta e a prática, denotando uma vivência de sofrimento.

Cabe salientar que a falta de investimento profissional e a exiguidade de recursos já assinaladas potencializam essas vivências de sofrimento, visto que surgem como empecilhos para a melhoria ou mudança da assistência, ecoando

no trabalho como obstáculos a serem superados. O fragmento abaixo destaca esse quadro de precariedade das condições de trabalho (uma realidade que, ao nosso ver, no fundo, parece grassar por quase todo SUS) e seu impacto do ponto de vista afetivo:

Mas eu percebi também que na mental você não tem muito retorno. Você tem que trabalhar com o mínimo, com o possível e dar o máximo que você puder”...” . (assistente social 2 – entrevista)

“...” o telefone nosso é muito ruim. E ele é uma ferramenta muito importante para o serviço social. Ora ele não funciona, quando ele funciona é com um chiado muito grande. Outra coisa, eu acho que tinha que haver mais disponibilidade de carro, por conta das visitas. Eu acho que a gente poderia aumentar o número de visitas, assim, até na sensibilização mesmo, dos cuidados, do tratamento, sabe, dar uma atenção mais específica. “...” . A questão do telefone é uma coisa que me incomoda profundamente. E alguém que eu pudesse dividir as minhas angústias, dentro da execução do trabalho. (assistente social 1– entrevista)

“...” eu acho que se... talvez se a gente tivesse três miniequipes, para cada uma atender dez pacientes, as coisas poderiam melhorar e trabalhar numa qualidade melhor. “...” a ampliação dos recursos humanos e uma educação permanente.”...” (terapeuta ocupacional em resposta à pergunta se você pudesse o que mudaria no seu trabalho)

Outra fonte de sofrimento se dá nas recorrentes falas sobre a gravidade e a complexidade dos casos de psicose, o que desvela a grande incerteza sobre os rumos e resultados do próprio trabalho:

“...” É cansativo, é estressante muitas vezes. “...” (enfermeira 2 - entrevista)

“...” Aqui, na maioria das vezes é uma intercorrência atrás da outra, uma bomba atrás da outra. A incerteza surge o tempo todo, desde a

frequência dos pacientes, a adesão nas atividades, até o retorno que se tem nas atividades”.”...” (enfermeira 2– entrevista)

“...” O nosso trabalho não é fácil (com os adultos) mas é menos pior do que com as crianças autistas. Mas depois de um dia de trabalho, a gente chega em casa, não quer ouvir nada, não aguenta barulho ou qualquer um falando muito ou mais alto. (aux. de enfermagem - fala de um profissional durante o encontro de formação)

“...” Porque os psicóticos, quando ele “-Ah, agitou, está descontrolado tentando agredir alguém ou ele mesmo e tínhamos que conter.” A gente caía no chão mesmo, muitas vezes, a gente ralava o joelho, de cair no chão, de tentar conter, para não deixar machucar o colega, ou o paciente. “...” Então, eu via colega machucado, óculos quebrado, o rosto todo arranhado. Isso dá tristeza, dá tristeza. (aux. de enfermagem 1, em resposta a pergunta quais as tristezas que o trabalho lhe traz.

Essa reduzida governabilidade sobre o processo de trabalho, crivada pelo desconhecimento, pela estranheza e pelas incertezas que rondam a atividade dos atos de cuidado, repercute na ligação dos profissionais com o trabalho. No caso da Saúde Mental, esta incerteza envolve toda a cadeia de cuidado e a relação do usuário com o serviço, emprestando certa imprevisibilidade aos resultados da assistência e obstaculizando a obtenção de retorno profissional, o que gera desgaste emocional aos técnicos.

Aqui soma-se ao preconceito vivido pelos profissionais em relação ao seu trabalho e já apontado acima, ao que identificamos aqui também como sofrimento. Enquanto sofrimento, a maioria dos entrevistados aponta para certa desvalorização social de seu trabalho. Alguns profissionais relatam comentários que costumam ouvir sobre sua atividade, mesmo no âmbito familiar:

“...” Ah, eles falam, né: “-Como você gosta? Trabalhar com pessoas assim. “...” Minha mãe mesmo falava: Mas como que você gosta de lidar com pessoas assim? (enfermeira 1– entrevista)

“...” Ah, o pessoal fala: “Cê é louco. Eu jamais ia trabalhar lá. Trabalhar com louco, eu? (aux. de enfermagem 2– entrevista)

[...] Tem discriminação, tem. Quando, quando eu falo: -Eu trabalho no Pinel. Nossa! Mas lá só tem doido. Você vai cuidar de doido? “...” Eu falo: “-Não, gente, vocês precisam ir lá conhecer o Pinel. O Pinel tem festas, é aberto à comunidade.” Aí eu convido. E as pessoas vêm? Eu nunca vi ninguém vir, não. (aux. de enfermagem 1 – entrevista).

Como não ser afetado por essa visão exterior sobre a sua área de atuação? Quais as repercussões disso para o coletivo do trabalho?

Relacionamos aqui o conceito de reconhecimento, ou, como aqui vemos a obstacularização dele na relação com o sofrimento. Compreendemos que ao falar de reconhecimento, entendemos que o que se espera vai além do reconhecimento do outro, tal como propõe Clot (2011) a inscrição do reconhecimento vai além de uma história dos sujeitos, mas está envolto, enquanto inscrição na história de um ofício (“métier”)(p.73), portanto não pertence a ninguém em particular, mas pela qual todos são afetados. De modo, que devemos considerar as inter-relações inscritas e que desenham a história do ofício destes profissionais em relação ao seu local de atuação, tais como, a) os profissionais nesta pesquisa trabalham em uma instituição psiquiátrica cuja história e sua reformulação (princípio da reforma psiquiátrica) a inscreve no lugar da exclusão, tal como vimos acima; b) ser funcionário público (estadual), ao que pese o pouco ou baixo reconhecimento pela sociedade, a política pública de cargos e salários somado a carga horária, e por fim o reconhecimento por aqueles que o ladeiam que o auxiliam na confecção da história da ação no trabalho e daqueles a quem a ação do trabalho se destina, tal como os profissionais apontam:

“...” Eu penso que talvez assim, uma revisão de salário, por conta de uma carga horária que a gente pudesse, se dedicar mais. “...” Então, eu acho assim, que algumas mudanças na questão do horário, assim, não para beneficiar o funcionário, mas beneficiaria muito o paciente.”...” (

assistente social 1 frente a pergunta, se você pudesse mudar alguma coisa no seu trabalho, o que você mudaria?

“...” A primeira coisa teria que está procurando a integridade³⁶ dos outros companheiro (aux. de enfermagem 2– entrevista)

“...” A melhoria do nosso salário. Que faz mil, eu não digo mil anos, né, mas muito tempo, muitos anos sem um retorno, sem nenhum aumento digno “...” (aux. de enfermagem 1, frente a pergunta o que a instituição poderia oferecer para melhorar a qualidade do seu trabalho?)

“...” as tristezas é assim, quando um trabalho é feito em equipe e eu já aprendi isso, nem sempre as coisas acontecem a seu contento “...” e muitas vezes as coisas acontecem de uma forma que não é a melhor para o paciente. (assistente social 1 frente a pergunta sobre quais alegrias e tristezas você vive no seu dia a dia do trabalho?)

7.1.7 Idealização

Nesse jogo de forças, consideramos que os conflitos presentes nesse modelo de trabalho, oferecem subsídios para se pensar sobre as questões psicológicas e subjetivas envolvidas na relação com sua atividade laboral. Uma delas, diz respeito a individualização dos percursos profissionais, notadamente graças à modalidade de gestão de pessoas no setor público estadual, como por exemplo àquelas referentes a inexistência de plano de desenvolvimento de carreira, a avaliação de desempenho individual e não é pautada na área de atuação profissional, ameaças de cortes de horas extras isto no caso da equipe de enfermagem, mudanças na denominação profissional (desde meados de 2012, houve alteração na denominação dos cargos não médicos e não de enfermagem, em que todos os profissionais, como assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, passaram a integrar a categoria de “ agentes técnicos de assistência à saúde”, além da mudança do perfil da clientela atendida sem

³⁶ Conservamos a palavra, tal como mencionado pelo profissional quando da entrevista

nenhuma consulta anterior aos profissionais somada à sombra que ronda o imaginário dos profissionais de que a instituição passe a ser administrada por Organização Social – O.S.- o que levaria a demissão de algum contingente. Todos estes aspectos contribuem, ao nosso ver, para fragilização do coletivo de trabalho, o sujeito perde a possibilidade de participar de espaços de debate e discussão sobre os critérios de um trabalho bem feito (CLOT, 2008, 2010). Destacando que o sindicato representante dos trabalhadores é o mesmo daquele de outras categorias profissionais que atuam na saúde estadual como um todo. A ausência de tais critérios, coletivamente compartilhados, expõe o sujeito a contínua dúvida e dilema sobre como realizar seu próprio trabalho. Mais do que isso, o sujeito é privado do reconhecimento pelo outro.

Lembrando que a atividade do trabalho, tal como propõe Clot (2007), “é obra e ação: obra no sentido de que produz coisas duradoras destinadas a tornar o mundo habitável, e ação no sentido de que gera (...) resultados subjetivos indissociáveis do agente, produzidos em comum e transmitidos por narrativas que não são meras arengas. (p. 200).

Tanto os profissionais como os coordenadores das clínicas, também chamados de diretores de núcleo, apontam para às dificuldade vividas na relação com o trabalho, dificuldades de trabalhar com o outro, sendo que em geral, apontam para as formas cristalizadas de atos de (des) cuidado que identificam ter suas raízes no período anterior à reforma psiquiátrica, criando um dispositivo de tensão entre novas práticas e velhos “hábitos”, dizem:

“...” Ah, eu acho que tem uma parte dos recursos humanos. Então, assim, aqui é um hospital que tem já uma certa história e alguns funcionários muito antigos e que a gente vê que às vezes a gente não consegue muito retorno com essas pessoas. Não que nenhum retorno, eu acho que sempre elas acabam vendo que ou elas vão junto com a maré ou elas vão ficar muito para trás mesmo. Mas em alguns momentos é difícil ver o quanto que essas pessoas têm algumas coisas já cristalizadas e que para mudar é um sofrimento. Acho que sofrimento para ambos, tanto para agente, que quer implementar uma mudança, o novo, quanto para ele, para sair daquele papel que ele já está

acostumado. (Terapeuta ocupacional, resposta ao que desejaria mudar no trabalho)

“...” Então, acho que assim, o principal seria que todo mundo gostasse daquilo que faz. “...” para mim seria realmente mudar um pouco essa parte das pessoas que não conseguem fazer um atendimento como se deve, ter um pouco de sensibilidade. Estão estressados, atende um pouco de uma forma não adequada. (enfermeira 2 – entrevista)

“...” A primeira coisa, teria que está procurando a integridade dos outros companheiro, de estar fazendo um dia uma reunião, para estar todo mundo com um pensamento só. Porque às vezes isso ‘disturba’ muito. Porque se eu falo uma coisa para o paciente, outro vai e fala outra coisa: -Não, porque você falou uma coisa, o outro falou outra. Tem que falar a mesma linguagem. Isso é a primeira coisa que deveria mudar. “...” trabalho em equipe e comunicação, que é a melhor coisa que tem, né?

“...” Que a equipe trabalhasse mais pertinho deles, porque eles não têm muita paciência, eles não têm, como eu tenho, como você tem (aux. de enferm. 2– entrevista)

Compreendemos que, a crítica apontada pelos profissionais e vivida como sofrimento, encarcera à todos na reprodução de um discurso hegemônico, agora de outro(s) lugar (es) advindo das diversas especialidades, que aponta para um modelo prescrito à distância, por quem muitas vezes está longe daqueles que se encontram no “olho do furacão”³⁷. Trava-se um embate silencioso, já que ninguém denuncia às claras e, o que elimina as possibilidades de colocar esta problemática no centro do debate visando o avanço para a reflexão da práxis do

³⁷ Merhy,E. (2004), toma emprestado este termo da tese de doutorado de Angela Capozzolo para representar o que via na promessa do programa saúde da família que se apresentava como modelo alternativo e substitutivo ao chamado modelo médico hegemônico. A partir daí, Mehry considera que quem promete ser alternativo e substitutivo de um outro modo de produzir ações de saúde, ou mesmo, quem do seu lugar faz uma leitura crítica das formas hegemônicas de se construir práticas de saúde; só pode estar no olho do furacão.

trabalho. O que por sua vez permitiria, ao nosso ver, a ressignificação das práticas com vistas à construção de uma práxis coletiva e solidária.

De outra parte, o vínculo com o trabalho não finca seus pilares apenas no terreno do sofrimento. Paradoxalmente, o próprio investimento psíquico na proposta da reforma psiquiátrica e no imaginário de transformação que cerca o trabalho, traz, simultaneamente, uma sobrecarga emocional aos profissionais, em que pela ambiciosa meta, parece conferir aos profissionais, a vivência de que os mesmos estão inseridos, em um projeto legítimo e relevante, servindo de base para a passagem de parte do sofrimento ao prazer.

O que ao nosso ver, frente a complexidade e grandiosidade de um projeto que, por um lado, se propõe a assistir um segmento da população, em geral, excluído, sujeitado e, por outro, tenciona reformular práticas assistenciais em meio a dificuldades consideráveis, talvez seja capaz de fornecer imaginariamente uma espécie de “recompensa moral” aos profissionais, como expresso em um trecho já citado, no qual o profissional afirma que o trabalho lhe traz satisfação e o faz evoluir como pessoa. Essa valorização moral aliada à assistência pode abrandar a desvalorização social ressaltada antes, especialmente ao se valer de uma imagem de desprendimento no exercício do trabalho, ou à missão divina.

Em acréscimo, a obtenção de um bom resultado na assistência surge também como outra fonte de prazer, notadamente quando os profissionais identificam êxito na condução de casos difíceis. Tais casos, são citados nas entrevistas quando questionados sobre o que os mantém no trabalho e sobre as alegrias que vivenciam no cotidiano de sua prática:

Mas a gente tem a recompensa de ver o paciente saindo bem, conversando. Você vê ele chegando numa situação extremamente complicada e aí a partir de um período você vê a melhora. E ter essa recompensa realmente é muito bom. (enfermeira 2– entrevista)

“...” consegue ver os resultados, os resultados da melhora. Então, isso traz muita satisfação pra mim. (assistente social 1– entrevista)

“...” eu fiquei com uma mãezinha que tinha psicose puerperal. Ela matou um dos nenês, eram gêmeos. “...” ela comia como um bicho, agachada no chão e ela pegava comida com a mão. Aí a gente foi fazendo um trabalho com ela, “...” ela já estava muito bem.”...” a gente sente uma gratificação de ver como o paciente estava e a sua melhora. E aqui também, muitas pacientes que entraram muito mal. Eu acho que você até conheceu a M. “...” , até sonda tivemos que passar, porque ela não se alimentava. E saiu daqui ótima. Então, essas são as compensações, da gente ver a pessoa muito mal e depois ir melhorando. (enfermeira 1–entrevista)

A insistência nesta linha de relato não trata essencialmente sobre a frequência de bons resultados, mas sobretudo sobre a capacidade de condensar os sentidos do trabalho – ajudar/cuidar, tal como retratado nos exemplos acima, em que uma nova forma de inserção social e de existência propõem-se para o usuário.

Desta forma, o trabalho em saúde mental, imprime sua marca na subjetividade dos técnicos, e revela a materialização da idealização e, do que consideramos como um dos sentidos atribuídos ao trabalho por estes profissionais. Em que, o registro, a ação do sujeito no trabalho é permeada, de um lado, pela história pessoal – ajudar a quem precisa - que vincula-se à história do paciente.

De outro lado, temos aí, um conjunto de significados e modos de fazer (*savoir-faire*) que ao serem incorporados enquanto gênero profissional, poderiam ajudá-los a resolver os conflitos existentes na sua situação concreta de trabalho. Desta forma, adaptariam, o gênero de atividade, ou gênero profissional, encontrando diferentes maneiras de fazer, de realizar o seu trabalho, a cada dia. O que, por sua vez, em ocorrendo tal deciframento, do gênero e estilo profissionais, possibilitaria o abandono da idealização pelos profissionais pelo poder dado à função criadora do estilo pessoal, configurando-se portanto o gênero e o estilo de atividade do trabalho neste campo. Consideramos, desta forma, que a possibilidade de tal salto poderia ser alcançada pela formação em situação de trabalho.

Síntese do Núcleo

Considerando de um lado, nossos estudos sobre as significações produzidas em torno do cuidar/ajudar, do outro sobre os sentidos do trabalho, e o desenvolvimento da consciência de si, aproximamo-nos do que denominamos neste núcleo de significação como profissão vivida de modo idealizado.

Ao longo desta pesquisa foi possível observar que estes sentidos do trabalho, atribuídos pelos os profissionais, nos revelam a forma como estes se percebem no exercício de sua função, a qual interfere diretamente na atividade do trabalho, seja na relação com o paciente, nas relações interpessoais com os demais profissionais ou no modo de se ver e ser profissional da área da saúde mental.

Observamos a frequência com que as palavras ajudar e cuidar são expressas pelos profissionais na relação com os atos de cuidado, que estes consideram essenciais para com o paciente com sofrimento mental. No entanto, compreendemos que enquanto conceito, a palavra cuidado presente na base da compreensão e diretrizes do trabalho tanto em saúde como em saúde mental, carece de maior e melhor definição. Principalmente na descrição do que são os atos de cuidado dirigidos ao paciente no que concerne a atividade de trabalho em saúde mental, para cada área profissional e em seu conjunto na intersecção da interdisciplinaridade. Não configurando apenas como um rol protocolar, que desconsidera a intersubjetividade presente e inerente ao trabalho em saúde, mas como um parâmetro norteador que direcione a atividade profissional, enquanto ação profissional, pautada no estabelecimento de relação e valorização do resgate da história do campo de atuação, da história pessoal dos seus atores, de sua relação com a atividade cotidiana.

Evidenciaram-se os limites e interditos presentes na política de saúde mental, por um lado necessária na busca da transformação da assistência e elevação do tratamento humanizado, mas por outro ambiciosa enquanto proposta a ser executada por um coletivo, que não se mostra atento às limitações e reflexões sobre a natureza deste trabalho, correndo-se o risco de padecer do mesmo mal do qual trata. Fundamental à superação das contradições reveladas

nos parece ser a formação em situação de trabalho, sobre a qual discorreremos a seguir.

7.2 A Formação Promovendo a Transformação da Práxis: a arte como materialidade mediadora da reflexão.

A aprendizagem é a nossa vida, desde a juventude até à velhice, de fato quase até à morte; ninguém vive durante dez horas sem aprender".

Paracelso

Inspirados por Barbier (2011), tomamos a palavra formação, como a organização de atividades em torno de uma intenção de produção de novas capacidades ou atitudes que apontem para o desenvolvimento de competências de ordem técnica, de conhecimentos gerais e no caso conhecimento sobre o SUS, conhecimentos práticos. E serão estas, as que permitirão aos profissionais, gerir tensões e construir as mediações entre práticas e saberes, com vista à transformação da prática – atividade prática-, ensejando a profissionalização.

Propomos que este processo seja pensado e desenhado enquanto ação educativa, em resposta a uma necessidade constatada pelos próprios profissionais, e na qual estarão envolvidos pessoalmente, em atividades de reflexão e interpretação da própria situação de trabalho, apontando e propondo mudanças. Tem, portanto, como um de seus objetivos, consolidar esforços, para se efetivar os componentes da mudança. Sendo que esta não se faz a priori, faz-se durante, é fruto do esforço de inovação e de procura dos melhores resultados com vistas à transformação da atividade do trabalho.

Não concebemos nenhum projeto sem opções, no caso, a formação encerra um projeto de ação e de transformação, em que os profissionais devem ser acionados em seu “poder de agir” (Clot, 2010), a partir de reflexões problematizadas, no contexto dos encontros de formação em situação de trabalho. Somadas à esta, uma outra opção nossa, passa pela valorização das pessoas e dos grupos em situação de trabalho.

Guiamo-nos pela intenção de conduzir os participantes deste processo à reflexão sobre a prática, utilizando, inicialmente, de óculos conceituais que captam o cotidiano do trabalho, ampliando a lente e os aproximando do conhecimento técnico-científico; de outro lado, considerando a intersubjetividade dada pelo contexto, para daí redefinir suas práticas, agora como práxis.

De modo que compreendemos com Paracelso que estamos em contínuo aprendizado, qualquer que seja o contexto ou situação de aprendizagem.

Nosso objetivo na utilização da arte no processo de formação em situação de trabalho consiste em que ao deslocarmos o foco da reflexão para a linguagem artística, diminuimos a tensão característica da situação de trabalho sem prejuízo de sua problematização, uma vez que a atividade artística incorpora forçosamente os atos de conhecimento racional precedentes, as concepções, identificações e associações relacionadas ao que está expresso na obra. (Vygotsky Psicologia da Arte 325). Envolvidos pelos sentidos internos e externos à obra e ainda tocados pelos sentimentos e emoções vivenciados de modo contraditório, e com poder de catarse, que transforma e humaniza (Vygotsky, Psicologia da Arte 311), ao retomarmos à máxima intensidade do foco para a cena do trabalho, temos por objetivo discuti-la e analisá-la, agora de outra perspectiva, ou seja, aquela que decorre da possível identificação entre o trabalho do artista e o trabalho executado naquele contexto. Esse movimento se justifica por acreditarmos e apostarmos na capacidade humana de criar e transformar a natureza pelo trabalho criativo a partir do contexto histórico, cultural e social. Interfaces, que desejamos focar no campo da formação em situação de trabalho.

(Re) Conhecer a maneira como o trabalho é organizado, identificar as dificuldades ou disfunções presentes para melhorá-lo, transformá-lo, a quem caberia essa função? Compreendemos que tal tarefa cabe aos próprios atores, ou seja, as equipes envolvidas diretamente na assistência de cuidados aos pacientes. E é isso que nos propomos, ou seja, viabilizar, o tanto quanto possível, que os profissionais possam libertar-se de suas maneiras habituais de pensar e dizer suas atividades, “para poder agir” (Clot, 2010).

No processo de análise deste núcleo, privilegiaremos nas falas as expressões resultantes dos encontros de formação e, sempre que considerarmos a necessidade de robustecer a análise, recorreremos às falas expressas nas entrevistas, tomando como critério de inserção a relevância ou frequência com que a expressão aparece como indicador de sentido.

7.2.1 Necessidade e oportunidade de formação/produção de conhecimento e/ou competência profissional

“Ah, então, eu acho que essa parte da educação permanente, ela seria muito boa. “...” Eu acabei fazendo uma especialização, por minha vontade, em gestão de pessoas, tive todo o apoio para fazer essa especialização, mas eu não tive o recurso financeiro da instituição para fazer. “...” eu vou fazer também uma outra especialização “...” em dependência química que é interessante para o meu trabalho “...” E a instituição, de novo, vai me dar todo o apoio para eu fazer, mas não vai poder arcar com os custos dessa especialização. “...” (resposta à entrevista- terapeuta ocupacional)

“Então, capacitação. Mais capacitação “...”(enfermeira - fala em encontro de formação)

Os profissionais, tanto os entrevistados, como os que participaram dos encontros de formação apontam, de forma quase unânime, para a necessidade de capacitação [sic], ou de cursos complementares à formação.

Observamos na frase da profissional de terapia ocupacional que responde pela coordenação de um dos núcleos de enfermagem, que ela fez uma especialização motivada pelo seu desejo pessoal e afirma “tive todo o apoio para fazer essa especialização, mas eu não tive o recurso financeiro da instituição”. Questionamos: de qual apoio fala a profissional? Em nosso diário de campo, registramos, que o recurso destinado, no planejamento orçamentário da instituição para o pagamento de cursos e congressos, para o ano de 2012/2103, contava com uma pequena previsão. Muito embora, pudesse a direção traçar em seu planejamento, de um maior número de cursos e, portanto, lançar valores

maiores, ainda que estes fossem recorrentemente negados pela Secretaria de Estado da Saúde.

Aliado a isto, a direção tinha como princípio privilegiar a participação dos médicos e outros profissionais não médicos que não conseguiam o patrocínio dos laboratórios, no congresso anual de psiquiatria. Além do encontro anual de diretores, que acontecia em dois dias, fora das dependências do hospital e que tinha como objetivo a discussão das estratégias e planejamento de trabalho. Deste modo, restavam poucos recursos para o pagamento de outros cursos ao longo do ano. Uma outra dificuldade enfrentada referente ao pagamento de cursos, deve-se a forma de pagamento imposta pela Secretaria de Estado da Saúde, ou seja, o cartão de crédito ou nota de empenho, modalidades de pagamento, em geral, são recusadas pelas empresas ou instituições divulgadoras deste tipo de evento.

Um outro aspecto, importante na avaliação das estratégias de educação continuada, respeito ao planejamento realizado. Neste caso, e na instituição em que se deu a pesquisa, o planejamento não era realizado em conjunto com a gerência e esta, em conjunto com a sua equipe, visando a apresentação de propostas de cursos de formação que atenderiam aos interesses dos profissionais. A decisão assim como a indicação de cursos de educação continuada e treinamento eram centralizadas na direção da instituição. Da mesma forma, os cursos solicitados individualmente pelos profissionais, como no caso da profissional de terapia ocupacional destacada em sua fala acima, eram solicitados para pagamento total ou parcial, e em geral negados na sua totalidade, seja pelo valor total considerado alto, ou porque não contava com o apoio da direção, por entender que não era necessário naquele momento. A gerência de recursos humanos tinha pouco ou nenhum poder de decisão sobre esse assunto.

Esta forma de conceber e realizar a gestão, seja ela institucional ou de pessoas, nos assuntos da formação dos profissionais na instituição pesquisada, talvez nos responda sobre as razões pelas quais as capacitações oferecidas são

avaliadas, pelos profissionais, como ineficazes, distantes de atender à real necessidade do trabalho, tal como eles afirmam:

“Eu acho que capacitação mesmo. Porque assim, sempre falam que vai ter capacitação. Mas eu vejo que o que vem para cá não atinge aquilo que deveria. O que eles trazem às vezes você já está cansada de saber, fica batendo no mesmo assunto “...” você quer saber outras coisas. Então, fica meio furado essa parte. (enfermeira1 , em resposta à pergunta, o que você acha que a instituição poderia oferecer para melhorar a qualidade do seu trabalho?)

“...” a gente precisa de cursos de capacitação, mas os cursos que foram oferecidos aqui, não trouxeram nada de novo “...” (fala em encontro de formação - 4º. e 5º.)

“ ...” Ah, no caso teria que ter o quê? Uma capacitação, educação “...” (aux. de enfermagem 2– entrevista)

Vemos aqui, tal como nos aponta Mészáros (2005), que a educação informal, também exerce um papel de suma importância “na máquina do capital,” bem como no imaginário das pessoas, pois em conjunto com a educação formal, ambas estão estritamente ligadas ao processo social, e presentes na construção da forma do homem pensar e questionar sua participação na sociedade. Parece decorrer daí a valorização dada pelos profissionais para tal processo.

Porém, a fala dos profissionais aponta para a crítica de como se dá a capacitação, com centralidade no distanciamento entre as necessidades reais dos profissionais, que poderia levá-los a avançar em seu processo de produção de uma práxis criativa e o que é oferecido de fato pelas atividades denominadas de capacitação.

“...” acho que falta a parte técnica por exemplo o que é a esquizofrenia, como eu lido com as crianças autistas, por exemplo (auxiliar de enfermagem, assistente social - fala em encontro de formação - 4º. e 5º.)

Reconhecemos na fala acima, de um lado, o enorme a distância entre a atividade de cuidar e o ‘saber’ dos atos envolvidos e direcionados à este que apresenta transtorno mental, atingido em seu estado agudo, internado em uma instituição em que pretensamente os profissionais deveriam ‘saber’ como cuidar e tratar de pacientes com estes sintomas. De outro, revela o equívoco do modelo de gestão de pessoas adotado pelo serviço público, em que não se detecta as necessidades elementares de formação para o alcance do objetivo principal da instituição, desde a elaboração de editais para concurso, e no acompanhamento do desenvolvimento das pessoas.

Também aponta-se para os problemas advindos da formação inicial, seja na graduação, ou nos cursos técnicos, na relação com a prática profissional dos profissionais de saúde. Em geral, sofre da fragmentação do saber técnico, o que inviabiliza a visão integralizada do indivíduo e dos saberes a ele relacionados e, na maioria das vezes, está desarticulada com a prática profissional desenvolvida nos serviços de saúde mental, tais como trabalho em equipes multidisciplinares e políticas públicas de saúde. O que leva à lassidão da profissionalização, tal como ressaltam, Pissolatti; Andrada; Souza (2013):

“...” a prática profissional espelha a apropriação desses sentidos, ou seja, nota-se a dificuldade no delineamento das fronteiras identitárias na relação com os demais integrantes da equipe multiprofissional e a frouxidão ou inexistência de um posicionamento ético-político, que a nosso ver, necessariamente se impõe na relação com o sujeito e com o contexto histórico cultural, a que ambos estão submetidos. (p.254)

Frente a afirmação acima destacada, inicialmente nos questionamos sobre a significação da expressão “parte técnica”, referida pela profissional: seria relativa a conhecimentos de como lidar com a crise aguda na esquizofrenia? Ou, ter maior compreensão da dinâmica psicopatológica? Entendemos, que de fato, os profissionais, carecem do conhecimento acadêmico sobre as patologias que são alvo de seus cuidados. Isto fica claro, durante o 5º. encontro de formação, quando o grupo aponta:

“...” para a necessidade de que encontros como esses deveriam ser regulares na instituição e consideram que o grupo poderia tornar em si um grupo de capacitação, a partir da leitura de textos acadêmicos sobre um determinado tema relacionando com a prática. Decide-se então que o próximo Encontro se organizará como teórico-prático, com estudos e discussões sobre o tema que o próprio grupo escolheu – Transtorno Afetivo Bipolar.”

Usamos, acima, a palavra ‘profissionais’ no plural, por entendermos que a identificação da necessidade de aprofundar o conhecimento das temáticas sobre as patologias, cerne do trabalho em saúde mental, não é restrita à um ou outro profissional, de uma ou outra especialidade. A dificuldade em relacionar diferentes saberes sobre o mesmo tema, como enfoque da psiquiatria e o enfoque da psicanálise, ou ainda aprofundar o saber sobre um determinado tema, é fato que transcende o particular.

“...” com as pacientes daqui (refere-se à pacientes mulheres) é muito difícil lidar quando elas chegam no auge do surto e as vezes alguns entendem como manipulação e não como um sintoma da doença como nós estamos vendo hoje. (psicólogo – fala 7º. Encontro de formação)

“...” é importante esse momento para revermos nossa conduta, como no caso da paciente (refere-se à conduta adotada pela equipe levando em consideração o que ouviam dela apenas e não levando em consideração todo o histórico e contexto da doença, levando a uma internação prolongada.)” (assistente social 7º. Encontro de formação)

“...” mesmo em relação à medicação, deveríamos ter um protocolo de prescrição definido pelo corpo clínico desde o momento de entrada do paciente. As vezes o paciente chega em crise e o médico plantonista “submedica” levando o paciente e equipe a um desgaste desnecessário.” (médico – fala 7º. Encontro de formação)

7.2.2 Concepção sobre o processo de formação

Questionamos, qual a concepção sobre o processo de formação, de que partem os profissionais? Vejamos algumas respostas, dadas quando da entrevista:

“...” Na verdade, eu acho que assim, a instituição já oferece, que são os cursos, as especializações. “...” cabe a nós, enquanto funcionários, termos o interesse de estar fazendo. “...” aumentar um pouco essa oferta que é dada. Então, uma especialização para um número maior de pessoas ou até mesmo cursos rápidos, que sejam em tempos, intervalos mais curtos. (entrevista – fala enfermeira 2)

“...” é preciso que todos falem a mesma linguagem e para isso é preciso estudar para compreender. Levando em consideração que cada um é um. (aux. de enfermagem – fala 6º Encontro)

“...” mas, não sei talvez um curso, sei lá, um paciente muitas vezes quando agride ele já manifestou sinais antes que por vezes não percebemos. Então um curso, orientação de como agir nestas situações, ajudaria.” (enfermeira - fala no 6º. Encontro de formação em situação de trabalho)

Os profissionais quando da entrevista parecem conceber o processo de formação, com base no princípio educativo em que a educação é submissa à uma ideologia, em geral dominante, de um saber que é exterior à si, e no caso do trabalho, está acima da prática. Semelhante à lógica da educação bancária discutida por Paulo Freire (1983), em que a concepção epistemológica é de uma escola tradicional, onde o saber é fechado e o educando é concebido como aquele que recebe a transferência do conhecimento e de informações.

Vemos na fala do profissional no 6º. e 7º.encontros de formação significações que remetem à busca de um consenso na ação do trabalho, “ todos tem que falar a mesma língua”, movimento que desconsidera as contradições presentes no processo de configuração de sentidos.

Já em outra fala expressa por ocasião da entrevista, a expressão utilizada parece retratar o profissional como um receptáculo de informações, e não de conhecimento, “é preciso cursos rápidos, intervalos mais curtos “...”” .

No entanto, durante um dos encontros de formação, os profissionais se dão conta de que, primeiro, podem “ aprender” também de outro modo, ali juntos, reassegurando o seu “poder de agir” sobre a atividade, propondo, recriando as ações do trabalho. De outro lado, observamos a possibilidade, a partir da atividade ensinada pela oficina de pintura, de se colocar no lugar do outro, seja ele paciente ou o outro profissional que atua em diferente área do conhecimento, como expressam as falas a seguir:

“...” hoje pude perceber o que os pacientes sentem quando vão para o ateliê com a T.O., hoje entendi que deveríamos ter mais momentos como este para eles, por que é muito bom, relaxa, a cabeça fica leve.” (aux. de enfermagem - fala 2º. Encontro de formação – Oficina Emoção de Lidar)

“...” A gente aprende muito, e de um jeito diferente, a gente nem percebe e quando vê, já está fazendo diferente o que sempre fazíamos de um jeito só.” (aux. de enfermagem- fala 5º. Encontro de formação – Oficina Emoção de Lidar)

“...” precisamos ter mais encontros assim, faz bem pra gente, a gente começa a pensar e ver o nosso trabalho e os pacientes de um jeito diferente. Eu achava que quando a T.O. (terapeuta ocupacional) faz as oficinas com eles, é mais para eles se distraírem. Hoje eu vejo diferente” (aux. de enfermagem - fala 4º. Encontro de formação)

Vigotski (1933/2004) aponta a importância da análise semiótica dos sentidos do sujeito como caminho para desenvolver a consciência. Afirma que “a verdadeira compreensão consiste em penetrar os motivos do interlocutor” (Vigotski, 1933/2004; p.184) e a fala é uma forma de se acessar os aspectos afetivo- volitivos que estão na base das ações e pensamento dos sujeitos. Compreender esses aspectos é que permitiriam acessar os sentidos de dados

fenômenos para o sujeito. E como se observa nas falas acima, parece que a vivência estética promovida pela arte favorece a expressão dos afetos e dos motivos dos sujeitos

Vigotski (1925/2001) apresenta em sua tese de doutorado a possibilidade de se acessar os afetos, por meio das variadas manifestações artísticas. Aqui, ao adotarmos a arte como materialidade mediadora nos encontros de formação em situação de trabalho, compreendemos pelas falas dos encontros relacionadas neste núcleo e particularmente nas falas acima, a potência da expressão artística para não somente para nos aproximarmos dos sentidos do trabalho para o sujeito mas também para, por meio da reflexão mediada pela arte, promover a tomada de consciência dos sujeitos sobre suas ações profissionais, caminho que se constitui condição para transformação de sua prática cotidiana em práxis criadora e transformadora de suas ações. E essa possibilidade parece se concretizar pela capacidade da função semiótica de promover o “colocar-se no lugar do outro” e extrair elementos que favorecem a reflexão sobre si na relação com este mesmo outro – o sujeito e o contexto mais próximos – particular, representado pelos pacientes, colegas e o trabalho – e o social, universal, representado pela formação, condições materiais, sistema de saúde, etc.

7.2.3 O lugar da afetividade e da emoção no processo de formação

“Uma compreensão plena e verdadeira do pensamento de outrem só é possível quando entendemos a sua base afetivo-volitiva” (Vigotski, 2003a, p. 187)

Aqui, deparamo-nos com outros aspectos revelados pelos profissionais e que, entendemos como representativos de seu modo de conceber a profissão e a si mesmo: as emoções e os sentimentos emergiam com grande força nos encontros de formação revelando o movimento de constituição da identidade destes profissionais. Entendemos, que a relação do homem com o trabalho, não se limita apenas a uma relação mecânica, antes, envolve as dimensões subjetivas presentes na atividade e, assim, apresentam em sua base os conflitos

inerentes ao trabalho em saúde mental, incluindo as relações interpessoais, as relações com os pacientes, suas famílias e o ambiente social, seja ele, a sua própria família, sejam os outros serviços de saúde com os quais os profissionais devem estabelecer relações, com a gestão e com o sistema de saúde. Acima, discutimos sofrimento, prazer e reconhecimento com base em Clot, que por sua vez, baseia-se em Vigotski, como seu principal interlocutor.

Compreendendo que a dinâmica presente na atividade é prática e psíquica, portanto, sede dos investimentos vitais, entre eles os afetos e as emoções, é que aprofundaremos nossa análise, focados no que denominamos como aspectos afetivos na constituição do profissional que atua na saúde mental, cujos resultados apresentamos a seguir.

“...” Acho que precisamos cuidar muito de "nós" funcionários e estes encontros são bem legais para isto pararmos e pensarmos no que fazemos, como fazemos, nosso "Eu" na Instituição...etc.” (psicóloga - fala em encontro de formação)

Verificamos no trecho acima destacado, que os aspectos afetivos assumem relevância nas vivências dos profissionais. Revelam facetas que de um lado, trazem as dificuldades vividas no trabalho e de outro revelam carinho pela profissão. Observamos, também, sentimentos de sobrecarga advinda da responsabilidade, das pressões no trabalho, das incertezas e da falta de cuidado que sentem em relação à si como profissionais.

7.2.4 Aceitação de si

Durante os encontros de formação observamos que os depoimentos dos profissionais sobre suas atividades se revelam permeados de afetos. Em alguns momentos, estes aparecem atrelados aos sentidos atribuídos às suas práticas cotidianas, apresentam caráter positivo e parecem se constituir como motivo para se manterem engajados na busca de ações mais efetivas para a promoção dos atos de cuidado para com o paciente em sofrimento psíquico, porém a ambivalência de sentimentos está presente na dimensão do afetivo a partir de afetos negativos, que despontam na relação com o paciente. Ambos parecem

ter a mesma importância para o modo como o profissional vê sua relação profissional, conforme revela a fala abaixo.

“...”a gente fica com raiva de uma paciente quando chega bem loucona, xinga muito a gente, as vezes agride fisicamente (cita o nome de uma paciente internada recentemente), mas depois com o tempo e depois que melhora e a pessoa conta a sua história, pronto, tudo se modifica. A gente começa a ver aquela pessoa com outros olhos, penso muitas vezes, como passar por tudo isto e não enlouquecer? A gente quer ajudar e junto com os técnicos (psicólogo, assistente social) queremos achar a família, ou arrumar um lugar para aquela pessoa morar ou ajudar trazendo roupas para ela voltar para a sua família, cidade ou estado bem arrumadinha. Acho que neste sentido o nosso trabalho faz a diferença, finaliza.” (aux. de enfermagem - fala em encontro de formação.)

Esta mesma fala vista, analisamos acima como preconceito, e aqui o fazemos em outra inscrição, por compreendermos a contradição, e ou ambiguidade em que a troca verbal, presente na constituição da formação em situação de trabalho, e da mesma forma em situação da prática do trabalho, evoca a constituição de sentidos e significados diferentes, enquanto lugar e espaço de desenvolvimento pessoal e profissional. Vigotski (1931/2007) também vê a constituição do sujeito abalizada na integração de vários fatores e, sobretudo, dentro de uma perspectiva social. Aborda o sujeito a partir do princípio de que pensamento, cognição, afeto e razão se constituem embasados na gama de experiências sociais e históricas por ele vivenciadas. Ou seja, o comportamento humano está intimamente ligado ao seu ambiente histórico e social, em um processo de mudança permanente, que envolve sempre contradições e não pode ser tomado, portanto, como linear. Logo, compreender a atividade profissional dessa perspectiva implica analisá-la em suas manifestações contraditórias e paradoxais, inseridas em um contexto de produção que impõe aos profissionais determinadas condições materiais de trabalho que são, a um só tempo, produto e condição de sua ação. (Souza, Petroni & Andrada, 2013)

“...”às vezes eu fico muito brava, muito nervosa: “-Ai, não aguento mais...” Depois, passa aquele momento mais tenso, então digo, é isso, eu acho que eu preciso disso. Isso me faz feliz, eu posso ajudar aquele que precisa.” (enfermeira - fala em encontro de formação)

Os profissionais demonstram a necessidade de serem reconhecidos e de terem seu trabalho valorizado numa parte significativa dos depoimentos, principalmente naqueles decorrentes das entrevistas.

Vigotski (1934/2005, 1931/2007) descreve a importância do outro como mediador da imagem que o sujeito constrói de si, cuja base é afetiva. O desenvolvimento humano se dá por meio das relações que só se estabelecem pela mediação dos signos. A palavra e os sinais, no caso ver o paciente melhor em sua condição psíquica, formam representações sociais da realidade vivida pelo sujeito no contato com o outro. As atribuições que o sujeito constrói de si são representadas pelos signos e internalizadas por ele por meio das imagens que os outros lhe atribuem. Trata-se de um processo dialético que envolve uma apropriação individual e singular, a partir do qual o sujeito configura novos sentidos, transformando a si próprio e à realidade (Vigotsky, 1931/2007).

7.2.5 A importância dada ao conhecimento técnico científico e a formação significativa: fazer emergir a singularidade do sujeito, contribuição à construção do trabalho coletivo.

A vivência artística no processo de formação

Concebemos o processo de formação em situação de trabalho, realizado nesta pesquisa, a partir dos seguintes objetivos: desejávamos favorecer um processo de vivência em situação de trabalho, em que o cotidiano da atividade do trabalho pudesse vir à tona trazido pelos próprios atores, a partir da problematização viva do trabalho. Compreendemos em Vigotski (1925/2001b), que por meio da arte, a emoção nos liberta dos recalques, nos orienta, nos motiva, dá novas forças e possibilita uma melhor organização do nosso comportamento. Além disto, para o autor, as emoções favorecem melhor organização do nosso comportamento por promover a conscientização do que

sentimos, possibilitando a reorganização de nossas ações. Sua importância, não é dada apenas pelo aspecto estético, mas pelos afetos que desperta por intermédio da vivência que a arte promove. Observemos estas falas, expressas no encontro de formação “emoção de lidar”

Precisamos ter mais encontros assim, faz bem para gente, a gente (sic) começa a pensar e ver o nosso trabalho e os pacientes de um jeito diferente. Eu achava que quando a T.O. (terapeuta ocupacional) faz as oficinas com eles, é mais para eles se distraírem Hoje eu vejo diferente, é muito importante, porque olha só para aonde eu fui, lá atrás para a minha infância, lembrar da minha casinha, com meus pais. (aux. de enferm. – fala no 4º. Encontro de formação)

Muito rico, troca de aprendizado, informação põe a gente de igual para igual. Por exemplo o médico ele está mais próximo, depois destes nossos encontros. Quando nós falamos - “olha doutor precisa mexer na medicação, o paciente não está dormindo bem”. Eles tem escutado a gente, conversam com o paciente e quando é o caso eles (médicos) alteram a prescrição. Estes encontros são momentos de leveza em que a gente aprende a falar e escutar, principalmente a nós mesmos.” (Aux. de enferm. 4º. Encontro de formação)

Nesta oficina, tivemos como objetivo, pela fruição da vivência em artes plásticas - pintura em tela, proporcionar reflexões sobre o sentido, de um lado do uso da arte enquanto expressão de linguagem nas ações de cuidado/tratamento dos pacientes, ao mesmo tempo que objetivávamos, pelas emoções despertadas - si mesmo- leva-los à reflexão sobre o sentido e significado do trabalho em saúde mental.

A partir das vivências propostas no processo de formação, dois aspectos precisam ser considerados. O primeiro diz respeito ao objetivo do campo da observação da atividade do trabalho que tem entre os seus propósitos “compreender para transformar” (Clot, 2010) e para tanto é necessário que o sujeito da atividade - o profissional - esteja diretamente envolvido nesse

processo. Na formação proposta, primeiro os sujeitos a desejavam, haviam desejado participar do processo.

O segundo, diz respeito às vivências do sujeito no processo de formação em situação de trabalho e nesse caso concebe-se esse processo a partir do “desenvolvimento de competências baseando-se na hipótese de que a análise da prática das atividades pelos próprios profissionais possa constituir-se em um poderoso instrumento de profissionalização” (Barbier, 2011, p. 7) . Nas falas que registramos acima, observamos que a transformação da atividade se efetivou a partir da mudança nas relações interpessoais, por exemplo, em que o médico, ao ler o que os profissionais não médicos escrevem no prontuário do paciente, e a interpelação executada pelo primeiro, leva aos demais o sentimento de valorização. Em consequência, o paciente tende a ser melhor assistido, a partir da confluência do olhar, ato de cuidado, direcionado ao tratamento.

Um outro aspecto, que desejamos discutir, diz respeito à fala da auxiliar de enfermagem:

“ ...” o que é que eu vou pintar? Nunca peguei num pincel na minha vida! Mas, já que estou aqui vou aproveitar! “...” Sinto muitas saudades do lugar de onde venho, (região nordeste do Brasil) então pintei a minha casinha lá, foi muito bom, na minha cabeça foi como se eu estivesse lá.”
(aux. de enferm. Encontro : oficina emoção de lidar parte I)

A experiência da imaginação concebida por Vigotski (1998) é um processo que ao mesmo tempo se afasta da realidade imediata e se orienta para ela, uma vez que incorpora os aspectos emocionais. Neste sentido, a emoção desempenha o papel de mediadora, conecta realidade imediata e imaginação, e não é só a imaginação rica em momentos emocionais, mas também o pensamento realista, o orientado para a resolução de um problema, ou tarefa de significativa importância. Nestes casos, as emoções, segundo Vigotski relacionadas com tal pensamento realista são, com muita frequência, incomensuravelmente mais profundas, mais fortes, mais móveis e mais significativas no sistema do pensamento do que as emoções relacionadas com as visões.

Em *Théorie des émotions* (1998), Vigotski relaciona cognição e afeto como esferas interdependentes do psiquismo humano. Nesta conferência, ele concebe a imaginação e o pensamento não como epifenômenos ou fenômenos auxiliares, mas atribui um papel ativo à eles no desencadeamento das ações. O autor procurou destacar nesse texto a participação ativa da vida emocional na esfera cognitiva do pensamento e no movimento criador, que é a imaginação. Tal como pudemos observar no curso do processo de formação e, em virtude deste, nas falas registradas.

Temos então, aqui, no processo de formação em situação de trabalho, em que a expressão artística foi, estrategicamente, utilizada, a imaginação e a emoção, vivamente, desempenhando o seu papel no desenvolvimento das funções psicológicas superiores.

7.2.6 A arte como materialidade mediadora favorecendo o desenvolvimento de conceitos a partir do processo de formação significativa.

Vigotski (1995) concebe o desenvolvimento humano como um processo que envolve descontinuidades, saltos, rupturas. O que nos traz a ideia de que para ele a trajetória da vida está desvinculada de uma sequência linear, ao contrário, deve ser compreendida como um espaço pluridimensional, no qual de forma ativa, o sujeito inserido em seu contexto cultural e histórico participa de sua transformação e ao mesmo tempo é por ele transformado.

Ele chamava a atenção sobre a capacidade de aprender dos adultos em contraponto às teorias psicológicas da sua época que reduziam o processo de aprendizagem à formação de hábitos e desta forma não viam nenhuma diferença na maneira como os adultos e as crianças aprendiam. Para Vigotski, a aprendizagem é fonte de desenvolvimento, porém ele ressalta, de que não é qualquer aprendizagem que irá potencializar o desenvolvimento intelectual. Em sua opinião, existem atividades que por envolverem habilidades técnicas, não revelam influência substantiva ao desenvolvimento. Como por exemplo, aprender a datilografar, digitar, andar de bicicleta, são atividades que carregam um componente mecânico, em que são empregados atos repetitivos em seu

processo de aprendizagem, diferentes das formas de aprender a escrita, a matemática e outros componentes curriculares que potencializam o desenvolvimento intelectual da criança.

A partir dessa diferenciação, o teórico russo considera que no processo de aprendizagem do adulto, a cada momento, "...”ocorre um fenômeno sumamente importante, embora o pensamento do adulto tenha acesso à formação de conceitos e opere com eles, ainda assim nem de longe esse pensamento é inteiramente preenchido por tais operações (Vigostki, 2001, p. 217).

Em nosso discurso cotidiano, os conceitos científicos não são verbalizados a todo instante. Pela relação dialética de um conceito com o outro, temos formas de pensamentos transitórias até chegarmos ao pensamento conceitual propriamente dito. Dessa maneira, não só as crianças utilizam o pensamento por complexos ou os pseudoconceitos, mas nós adultos os empregamos com muita frequência em nossas atividades cotidianas.

A discussão que Vigotski faz sobre os conceitos abre muitas perspectivas para se entender o processo de aprendizagem do adulto. Esse autor entendia que o problema dos conceitos espontâneos e científicos era uma questão de ensino e desenvolvimento, uma vez que é por meio da aprendizagem que os conceitos espontâneos tornam possível o surgimento dos conceitos científicos.

Portanto, todo processo de formação para ser significativo para a promoção do desenvolvimento humano, e promover mudanças, deve pautar seu planejamento no favorecimento do desenvolvimento do pensamento conceitual dos participantes.

Feita esta breve introdução, sobre o importante papel do pensamento por conceitos para o desenvolvimento do adulto em processo de formação, prosseguimos em nossa discussão, na análise³⁸ da formação oferecida em seu planejamento.

³⁸ A fim de possibilitar melhor compreensão sobre a análise do processo da formação em situação de trabalho nas páginas seguintes, referenciamos leitor para o quadro com a descrição dos encontros, as materialidades utilizadas, os procedimentos adotados, os objetivos pretendidos a cada encontro constante entre as páginas 88 a 93 desta tese.

Ao procedermos à análise de todo o processo, fica claro o sentido vigotiskiano dado à vivência algo que vai além da experiência. Trata-se de um processo individual, portanto subjetivamente vivido pelo sujeito de forma significativa repleta de sentimentos, emoções que tem em sua base o afetivo-volitivo (afeto e vontade). Ela está imbricada à situação social de desenvolvimento (que é uma produção do social e do cultural) e são construídas a partir do engajamento dele na atividade do trabalho, na educação, no contexto social, ou com ele mesmo. Esse fenômeno toca o sujeito de uma maneira diferente, permitindo que ele possa atribuir significado e sentido ao fato ou ao contexto do vivido. Nesse processo, também se dá a configuração de novos sentidos e em consequência à possibilidade de mudança, o que permite a ampliação da consciência pela apropriação de suas condições de vida e trabalho.

Vigotski (1925/2001), em sua obra “Psicologia da Arte”, afirma que por meio da arte, a emoção nos liberta dos recalques, nos orienta, nos motiva, dá novas forças e possibilita uma melhor organização do nosso comportamento. Para o autor, as emoções possuem uma tendência a traduzir-se em forma de ação, e a arte faz manifestar a vontade e eleva essa predisposição à ação. Ele afirma que esses aspectos possibilitam a melhor organização do nosso comportamento uma vez que promovem a conscientização do que sentimos, possibilitando a reorganização de nossas ações. Sua importância se destaca não apenas pelo aspecto estético, mas pelos afetos que desperta por intermédio da vivência que a arte promove. Tal como podemos acompanhar nas expressões registradas no segundo e terceiro encontro de formação, a oficina e arte: Emoção de Lidar e, que abaixo reproduzimos:

Além de nos aproximar em um momento diferente do dia a dia, acho muito legal pensar no trabalho desta maneira. Eu nos meus finais de semana, toco em uma banda, então penso que toda as formas de arte deveriam estar mais próximas e acessíveis a maior parte das pessoas. É como ela falou (citando a auxiliar de enfermagem em sua fala) é mais que distração, a pintura propicia um mergulho em nós mesmos, vamos

para lugares, as vezes, escondidos e trancados em nós mesmos.(
médico 1 fala no 3º. Encontro de formação)

Como eu falei no outro dia é a primeira vez que eu tenho esta experiência no meu local de trabalho, durante o meu trabalho e que coincidentemente me fez reencontrar com algo planejado a muitos anos, que era pintar, comprei há anos atrás até um cavalete e outros materiais para a pintura em tela e nunca pinte, para ser sincera nem abri o material. Hoje a partir desta experiência, retomo o que ficou parado no meu projeto de vida pessoal, e tomei a decisão (ri) vou desembulhar, aliás procurar onde deixei guardado o material e quero pintar! Nunca imaginei que pudesse, no meu trabalho encontrar, me reencontrar comigo mesma. E nem paguei para o meu analista? (ela e todos riem). Foi fantástico! Quanto aos pacientes, os benefícios ficam mais evidentes quando também passamos pela experiência pessoal, não é mesmo? .(médico 2 - fala no 3º. Encontro de formação)

- “É como a Nise dizia: “Emoção de lidar”! Isso é humanizar a psiquiatria é lidar com os dois seres que estão em jogo. Não temos aparelhos para o lidar, somos nós, alma e coração, e as vezes alguma técnica. Como entender e agir frente ao delírio do paciente, sem compreender a relação daquilo na sua vida? .(médico 3 - fala no 3º. Encontro de formação)

- Complementando a fala do doutor, é isso, se não ouvirmos o paciente para além do que ele muitas vezes nos diz, como intervir? Dá o exemplo de um paciente entra para a internação, sem nenhum documento e sem conseguir dizer o seu nome, nem endereço, nome de parentes ou amigos. Questionado sobre o seu endereço, dava o endereço de uma instituição bancária no bairro nobre dos jardins em São Paulo. Explica: durante uma atividade externa, acompanhado pela assistente social, redigi um documento no computador em que assinava como “ juiz-presidente”. Esta foi a pista para chegar ao seu nome, seu endereço. Residia no Rio Grande do Sul, estudou até o 3º. Ano de Direito em uma Universidade Estadual daquela localidade e após a morte da mãe, após

diversas dificuldades econômicas enfrentadas, veio para São Paulo para dar continuidade aos estudos aqui, mas já em crise aguda, sequer chegou à universidade paulista. De fato trabalhou como cartorário no Fórum de sua cidade, e daí a sua assinatura. (psicólogo 1 - fala no 3º. Encontro de formação)

Acompanhamos pelas falas acima, o significativo envolvimento dos profissionais com as atividades propostas durante os encontros de formação, como já mencionamos anteriormente, quanto aos participantes, estiveram presentes em todos os encontros oito profissionais, em relação aos demais a presença variou entre sete (7) e dois(2). Apenas um profissional esteve presente em apenas um encontro. Considerando o total de 21 participantes, sendo que em 3 encontros o grupo foi dividido, consideramos que a presença foi boa, revelando significativa adesão à proposta.

Podemos observar nas falas, a presença dos sentimentos de emoção e envolvimento com o trabalho, o que nas entrevistas aparece com certa ambiguidade.

Para nós, fica evidente a necessidade dos profissionais, na reflexão sobre o trabalho e no envolvimento para a transformação.

Compreendemos com Barbier, que a ação educativa, independente do contexto em que ela se dê, tem como propósito “intervenções de sujeitos sobre as atividades de outros sujeitos em que diversas historicidades individuais e coletivas se cruzam, promovendo desenvolvimentos de parte a parte. (Barbier,2012). O autor, conceitua deste modo a ação educativa, por entender como especificidade dela o fato de ser intencional em sua concepção e levar à organização, tendo em vista transformações esperadas em termos de rotinas de atividade com posterior valorização”. Ele acrescenta a este conceito a diferenciação necessária entre cultura de ensino, momento em que há “uma organização do espaço educativo segundo uma lógica de comunicação de saberes e conhecimentos” e cultura da formação, “quando esta organização obedece a uma lógica de produção de (novas) capacidades e atitudes e, finalmente, “cultura da profissionalização”. (p.63) [grifo nosso].

O planejamento do processo de formação, transcorreu, de forma a acompanhar o movimento do grupo. Compreendemos, que não devíamos apresentar um planejamento fechado, engessado, mas que, apesar do traçado inicial, com os objetivos claros, fomos seguindo o movimento dos profissionais, regulando quando necessário afim de, não nos desviar dos nossos objetivos.

O sexto e o sétimo encontro temático, foi um momento revelador entre o vivido no passado e o que estava sendo vivido naquele momento. Todos os profissionais, de fato se constituíram como equipe interdisciplinar. A partir do tema escolhido pelo grupo, a discussão sobre o Transtorno Afetivo Bipolar, produziu efeitos importantes. Nesta ocasião havia uma paciente internada, no núcleo feminino e que apresentava tais sintomas. O médico psiquiatra que a assistia, era um profissional com mais de vinte anos de profissão e quase a totalidade deles, trabalhou com pacientes crônicos. Apresentava grande dificuldade com a prescrição dos medicamentos mais atuais. Neste encontro, frente a discussão sobre medicação e a partir das leituras dos textos acadêmicos e das pesquisas mais atuais realizadas sobre o assunto, e frente aos questionamento do grupo a respeito da adoção do tipo de medicação recomendada, a partir dos resultados positivos verificados nos estudos empreendidos para aquela patologia, o profissional rende-se e altera a prescrição, com resultados positivos imediatos.

Entendemos de um lado, que a vivência, a partir desse encontro, passou por uma reestruturação para o profissional e para todos os demais presentes. Esta a reestruturação, se deu, justamente, pela demanda do meio e das interações do sujeito com ele. Desta forma, quando o processo se modificou, as necessidades e motivos do sujeito também mudaram. Para Vigotski, este processo é o próprio motor que impulsiona suas ações: as vivências precisam se ajustar a este novo fenômeno e toda esta dinâmica é o que pontua uma crise do sujeito, impulsionando o seu desenvolvimento.

De outro lado, observamos a mudança dos conceitos espontâneos, provenientes das experiências cotidianas da atividade do trabalho para aqueles profissionais, puderam ser sistematizados no processo de formação. Assim, a

formação em situação de trabalho contribuiu para que os conceitos científicos se relacionassem com os conceitos espontâneos dos profissionais, enriquecendo e expandindo-se em conceito científico, estes, por sua vez, potencializam o avanço no desenvolvimento psíquico.

Podemos apontar que o mesmo processo, discutido acima, se deu do oitavo até o último, o décimo primeiro encontro de formação, em que o envolvimento dos profissionais frente a proposta de repensar e reescrever a atividade, confeccionando o Projeto Terapêutico dos Núcleos, viabilizou, pela vivência, avanços no pensamento conceitual e simultaneamente, culminando na proposta de transformação do trabalho.

Na prática da formação em situação de trabalho , entendemos que temos presente o que Barbier (2011), denomina como “cultura de ensino” ao mesmo tempo em que se visa à “cultura da formação”. Tomando como base os pressupostos vigotskianos sobre o desenvolvimento das funções psíquicas superiores a partir do desenvolvimento dos conceitos científicos, entendemos que na prática educativa com adultos em ambiente de trabalho também devemos buscar uma articulação entre a teoria e a prática do trabalho. Em que, não nos apartamos da promoção de novos nexos da consciência do trabalho.

Síntese do Núcleo

De um lado, temos a formação que fomenta o desenvolvimento, ela deve ser compreendida como um processo cultural, necessário para se desenvolver características humanas não naturais, mas formadas historicamente. Em qualquer instituição sócio-historicamente construída em que se busque a transmissão de saberes, descobertas humanas, possibilitando que o sujeito se desenvolva como tal, que possa classificar, conceituar, compreender o mundo de forma diferente, aprendendo e lidando com conceitos teóricos que permitirão formas de abstração e generalização mais complexas e independentes da experiência prática e direta da realidade (Pissolatti; Venâncio, 2012), mediado por um outro, consideramos que temos a prática da educação e visamos o desenvolvimento dos conceitos científicos.

De outro, temos a arte como materialidade mediadora da reflexão na formação oferecida, vai afetar a consciência e que portanto irá transformar a práxis. Neste sentido, a experiência obtida neste processo pela pesquisadora, diferiu de todas das quais participei seja como formadora, ou aluna/profissional. Seja pelos resultados objetivos obtidos, já apontados, e principalmente pela vivência, no sentido vigotskiano, do processo. A possibilidade de acompanhar o envolvimento com participação ativa dos profissionais nos encontros de formação e enquanto um membro da equipe na condição gerencial, acompanhar os efeitos da formação nas atividades do trabalho, seja na forma da assistência oferecida, seja no relacionamento entre os profissionais do mesmo núcleo ou entre os dois envolvidos no processo de formação. A solidariedade entre as equipes, tornou-se expressiva. Por exemplo, na cobertura dos plantões da equipe de enfermagem, quando diante da falta pontual de profissionais da equipe de enfermagem, antes desse processo, observávamos, um comportamento não empático com o outro. Em geral, fazia-se necessário a intervenção externa, ou do coordenador do núcleo ou do gerente, junto às enfermeiras do núcleo oposto afim de atender as necessidades da outra equipe. O mesmo ocorria com os outros profissionais.

Atribuímos esse efeito de colaboração empática com o outro, à mediação pela arte durante o processo de formação. Ao mobilizar os afetos, ampliando a consciência de si, na relação com o outro e com o trabalho.

A diferença então, não centra-se exclusivamente nos resultados, já apontados, alcançados, mas como os alcançamos. A emoção também atinge o pesquisador, ao observar e vivenciar, por exemplo, a alegria a interação descontraída, o resgate de suas histórias de vida dos profissionais durante a oficina de pintura em tela.

Então, todos nós nos transformamos, profissionais e pesquisadora, a cada dia durante cada encontro.

Com base no que apresentamos ao longo da pesquisa realizada, concebemos o quadro abaixo, em que apresentamos os aspectos das formações

já conhecidas, como Educação Permanente e Educação Continuada e a que nos propomos, ou seja, a Formação em Situação de Trabalho.

Aspectos	Educação Continuada (EC)*	Educação Permanente em Saúde (EPS)*	Formação em Situação de Trabalho (FST)
Público Alvo	Uniprofissional	Multiprofissional	Multiprofissional
Inserção no Mercado de Trabalho	Prática Autônoma	Prática Institucional	Prática Institucional
Enfoque	Temas de especialidades	Problemas de saúde	Atividade do Trabalho Com foco no desenvolvimento humano
Objetivo Principal	Atualização teórico-científica	Transformações das práticas técnica-sociais	Transformação da práxis (teórico-prática)
Periodicidade	Esporádica	Contínua	Contínua
Metodologia	Pedagogia da transmissão (geralmente através de aulas, conferências, palestras; em locais diferentes dos ambientes de trabalho).	Pedagogia centrada na resolução de problemas (geralmente através da supervisão dialogada, oficinas de trabalho; efetuada nos mesmos ambientes de trabalho).	Pedagogia centrada na reflexão da prática com vistas à sua transformação a partir da análise da atividade pelos próprios atores, realizada em situação de trabalho. Utilização da arte enquanto materialidade mediadora.
Resultados	Apropriação passiva do saber científico, aperfeiçoamento das práticas individuais.	Mudança institucional, apropriação ativa do saber científico, fortalecimento das ações em equipe.	Mudança na atividade prática, apropriação do saber técnico-científico na relação com a prática. Fortalecimento do coletivo do trabalho – equipe com apropriação e ampliação da consciência de si, do outro e do trabalho.

Figura 1 – Quadro comparativo entre educação continuada, educação permanente em saúde e, formação em situação de trabalho.

8. Considerações Finais

A pesquisa e o estudo a partir das vertentes imagísticas estão apenas começando. Somente o ponto do iceberg despertou. A partir do século XXI, os interessados neste assunto devem se dedicar intensamente, pois, das imagens surgirão não só revelações sobre o corpo psicológico e físico, como descobertas das potencialidades mentais dos seres humanos.
“...”

Nise da Silveira

Intencionávamos investigar nesta pesquisa se a vivência da formação em situação de trabalho pela via da arte, promoveria a expressão e elaboração de emoções e sentimentos que levassem ao desenvolvimento da consciência de si, do papel profissional e dos efeitos do seu trabalho no outro, além das condições em que o trabalho ocorre. Questionávamos, se os profissionais, enquanto *equipe*, tinham clareza sobre as ações que realizavam e os resultados que esperavam de seus membros. Diante da complexidade do trabalho em saúde mental, e naquela instituição com caráter hospitalar, objetivávamos nos aproximar dos sentidos dessas ações, do trabalho, para estes profissionais que realizam atos de cuidados a outros sujeitos, em que diariamente disponibilizam e trocam afetos e conteúdo psíquico.

Mais uma vez, “*a senhora das imagens*” está coberta de razão! A fala de Nise da Silveira, com natureza quase profética, resume e sistematiza o que vivemos e o que apresentamos nesta pesquisa, bem como sinaliza para a incompletude de todo e qualquer processo de investigação científica.

Sinto e revelo aqui o prazer pelo trabalho realizado, não pelo ponto do narcisismo, mas a partir do balet imagético que ao fluir em minha mente, ativa minha consciência e permite-me (re)viver, nesta escrita, todo o processo da construção e busca de respostas desta tese.

De forma que podemos afirmar que as dificuldades identificadas no trabalho em saúde mental, nesta instituição e com os profissionais, sujeitos desta

pesquisa, podem ser superadas a partir da vivência no processo de formação em situação de trabalho pela via da arte.

Relembrando que no início desta pesquisa, identificamos problemas desses profissionais com o trabalho, tais como, dificuldades em trabalhar coletivamente, em comunicar-se e relacionar-se, e entendíamos que estas, de um lado, impactavam a qualidade do atendimento oferecido e, de outro, geravam nos profissionais o sentimento de falta de reconhecimento do seu trabalho.

No desenrolar desta investigação, os dados obtidos nos levaram ao entendimento do que consideramos a gênese destas dificuldades, que se assentam: a) nas significações produzidas em torno do cuidar/ajudar, b) nos os sentidos do trabalho em saúde mental e, c) no desenvolvimento da consciência de si, o que nos aproxima do que denominamos no primeiro núcleo de significação como profissão vivida de modo idealizado.

A análise das informações permitiu observar que os sentidos atribuídos pelos profissionais ao trabalho, revelam a forma como estes se percebem no exercício de sua função, a qual interfere diretamente na atividade do trabalho, seja na relação com o paciente, nas relações interpessoais com os demais profissionais ou no modo de se ver e ser profissional da área da saúde mental.

A frequência com que as palavras ajudar e cuidar são expressas pelos profissionais na relação com os atos de cuidado, que estes consideram essenciais para com o paciente com sofrimento mental, revela a necessidade de se investir na reflexão sobre o significado dessas ações. Sobretudo, na descrição sobre o que constitui os atos de cuidado dirigidos ao paciente, no que concerne a atividade de trabalho em saúde mental, para cada área profissional e em seu conjunto na perspectiva da interdisciplinaridade. Isso deve ser feito não apenas como uma norma protocolar, que desconsidera a intersubjetividade presente e inerente ao trabalho em saúde, mas como parâmetro norteador, que direcione a atividade profissional enquanto ação profissional, pautada no estabelecimento da relação e na valorização do resgate da história do campo de atuação, da história pessoal dos seus atores, de sua relação com a atividade cotidiana. Esse movimento contemplaria uma das pontas do reconhecimento, a partir dos

próprios profissionais, na constituição do gênero profissional e do estilo profissional daqueles que atuam em saúde mental.

Evidenciaram-se os limites e interditos presentes nas diretrizes da política de saúde mental, em que por um lado se faz necessária na busca da transformação da assistência e elevação do tratamento humanizado, de outro mostra-se ambiciosa enquanto proposta a ser executada por um coletivo, que não se mostra atento às limitações e reflexões sobre a natureza deste trabalho, correndo o risco de padecer do mesmo mal do qual trata, ou seja, reconhecimento e sofrimento atrelados ao ponto de intersecção da superação das dificuldades no trabalho. Fundamental à superação das contradições reveladas nos parece ser a formação em situação de trabalho.

Aqui consideramos necessário apontar para a nossa concepção sobre o processo de formação.

Pautamos a nossa proposição de formação em situação de trabalho nos pressupostos do desenvolvimento humano de Vigotski, sobretudo relativos ao psiquismo e sua constituição em constante movimento e transformação; na concepção de clínica da atividade de Yves Clot, com foco na função psicológica do trabalho, e nas proposições sobre formação do adulto, análise da atividade, competência e profissionalização de Jean-Marie Barbier.

A formação em situação trabalho, que propomos, deve se pautar pelo atendimento à dimensão pluridimensional do desenvolvimento humano, em que devem ser contempladas, a perspectiva cognitiva, política e social, em que os saberes técnicos-científicos estejam aliados, como eixos complementares, à prática profissional.

Entendemos, portanto, que o trabalho também encerra um princípio educativo revelando-se em um princípio ético-político, tal como Frigotto (2005) o concebe, na medida em que se inscreve como “dever e direito”. Dever enquanto colaboração de todos “para a produção dos bens materiais, culturais e simbólicos, fundamentais à produção da vida humana”. Direito, pelo fato de o ser humano se constituir em um ser de natureza que necessita estabelecer, por sua

ação consciente, um equilíbrio com o meio natural, transformando a natureza em bens para sua produção e reprodução. (p. 61)

Encontramos aqui a base argumentativa em defesa da formação em situação de trabalho em saúde mental, em que pautados pelo processo de mediação e em consideração com os princípios de zona de desenvolvimento proximal de Vigotski, possibilitamos a troca de conhecimentos sobre os fundamentos técnicos e operacionais das diferentes especialidades envolvidas no tratamento do paciente em sofrimento mental.

Nessa perspectiva, concebemos que a formação em situação de trabalho (FST) tem como horizonte a superação da ruptura com a educação formal. Evidentemente, não a prescinde, tampouco diminui o valor desta, porém compreendemos que em seus objetivos, a formação inicial alcançada pelo profissional que irá atuar na saúde mental, em geral, é especializada e voltada ao agir de forma individualizada. Também difere da capacitação ou do treinamento, uma vez que estes se destinam ao aprimoramento, imediato, da ação técnica. Neste caso, o processo de educação, consideramos, está voltado mais a objetivos institucionais específicos, também não reduzimos o seu valor, mas o diferenciamos.

Diferenciamos, também, a FST da educação permanente em saúde (EPS), enquanto programa de governo ou demais propostas abrigadas sob a mesma denominação.

Inspiramo-nos, como já dissemos, nos princípios da EPS, porém compreendemos que o processo de educação em situação de trabalho, não “*objetiva a aprendizagem no trabalho*”³⁹, antes, em decorrência dele, os atores deverão se propor a reflexão crítica da realidade, do *savoir-faire* e, auxiliados,

³⁹ A portaria n ° 198 GM/MS (BRASIL, 2004 p.5) diz que “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.” Propõe que o conhecimento seja construído a partir das experiências dos trabalhadores e da realidade local, contribuindo para superar a perspectiva biológica e para a manifestação das capacidades dos trabalhadores (Brasil, 2005). Ainda afirma que os processos de aprendizagem dos profissionais devem ser norteados pelas necessidades de saúde das pessoas, da gestão setorial e do controle social.

pelo processo social inerente ao trabalho coletivo, das estratégias metodológicas objetivadas, auxiliados pelo formador, tendo como objetivo a problematização da atividade com vistas à sua transformação, ao mesmo tempo, busca-se, o desenvolvimento humano na condição do trabalho.

Assim, deve ser pensada e formulada para atender a demanda dos próprios atores na relação com a situação de trabalho, em que se intenciona a produção de novas capacidades ou atitudes, sendo que estes deverão estar no centro da ação. Não como meros espectadores de formulações prontas; antes, como atores com potencial para empreender as transformações pretendidas, pensar o trabalho e propor mudanças. Busca-se, de um lado, a transformação das situações de trabalho, empreendidas a partir da análise da atividade; e de outro, o desenvolvimento humano, em relação a si mesmo, na relação com o outro e com o trabalho.

A considerar que a atividade está sempre envolta em uma dimensão prática e psíquica, ela então é sede de investimentos vitais, tal como Clot (2010) a considera. Neste sentido, para nós se faz imperioso considerar a base afetivo-volitiva como elemento vivo no processo de formação; desde o planejamento até sua execução, uma vez que, no cotidiano da atividade em saúde mental, exige-se a mobilização física e psíquica, decerto, mais psíquica do que física, do profissional em questão. Temos, portanto, os afetos mediatizados, física e socialmente: pessoas em um campo de relações, com a capacidade de afetar e ser afetado com graus de intensidade diferentes, revelando a formação sob estas circunstâncias, um potente instrumento para o desenvolvimento da consciência. O que se dá, como vimos, pela via da apropriação da atividade do trabalho, pelo reconhecimento de sua ação, de seus objetivos, da história do gênero profissional, reconhecendo seu estilo, seu percurso, e seus resultados.

Acerca do sistema psicológico, poderíamos reafirmar que a ampliação, ou desenvolvimento da consciência entre os profissionais de saúde mental foi possível, a partir do contato com as materialidades mediadoras, na medida em que estas, ao tocar os sujeitos pelo sensível, mobilizaram a força motriz afetivo-volitiva e iniciaram um processo de estabelecimento de novos nexos entre as

funções psicológicas, promovendo reorganizações, reestruturações, reelaboraões no modo de funcionar do sujeito, tendo como um dos resultados desse processo, a configuração de novos significados e sentidos, estabelecendo novas conexões sobre a atividade do trabalho.

A formação deve, de um lado, fomentar o desenvolvimento, entendido enquanto processo cultural, necessário para se desenvolver características humanas não naturais, formadas historicamente. De outro deve nortear os princípios institucionais para o desenvolvimento das pessoas que integram o seu corpo de trabalho.

Consideramos que a instituição deverá ser envolvida pelos princípios histórico-culturais, em que se busque a transmissão de saberes, descobertas humanas, dos sujeitos na relação com o seu trabalho, possibilitando que ele desenvolva-se em toda a sua potencialidade, despertando suas competências e elevando-as à profissionalização e, principalmente, considerando o poder dos sujeitos – profissionais - de pensar reflexivamente sobre o trabalho e em seu potencial de agir para transformar a práxis. Não de forma individual, isolada mas, antes, considerando que o trabalho é, também, constituído do “social em nós”, em que as histórias da profissão, do “ofício”, das pessoas, de seus afetos e emoções, estão envoltas em um processo de mediação dialética. E, decerto, aí reside um grande desafio para o profissional formador.

Consideramos que reside aí o potencial da arte, utilizada como materialidade mediadora da reflexão na formação oferecida. Possibilidade que parece concretizar-se pela capacidade da função semiótica da arte de promover o “colocar-se no lugar do outro” e extrair elementos que favorecem a reflexão sobre si na relação com este mesmo outro – o sujeito e o contexto mais próximos – particular, representado pelos pacientes, colegas e o trabalho – e o social, universal, representado pela formação, condições materiais, sistema de saúde, etc. Deste modo, ao adotarmos a arte como materialidade mediadora nos encontros de formação em situação de trabalho, apontamos para a potência da expressão artística na promoção da tomada de consciência dos sujeitos sobre

suas ações profissionais, trajetória para transformação da prática cotidiana em práxis criadora e transformadora de suas ações.

Destacamos, por fim mas não por último, o alcance da arte como estratégia empregada na formação em situação de trabalho segundo os pressupostos da Psicologia Histórico Cultural, ao mesmo tempo em que inscreve a relevância desse campo teórico para o campo da saúde mental. Verificamos o lastro dessa teoria para o campo da formação em situação de trabalho, em que objetivamos, antes, o desenvolvimento do adulto em sua plenitude.

Neste sentido, a experiência obtida neste processo pela pesquisadora, diferiu de todas das quais participei, seja como formadora, ou aluna/profissional, tanto pelos resultados objetivos obtidos, já apontados, como e principalmente pela vivência, no sentido vigotskiano, do processo. Destaque-se a possibilidade de acompanhar o envolvimento com participação ativa dos profissionais nos encontros de formação enquanto um membro da equipe na condição gerencial; acompanhar os efeitos da formação nas atividades do trabalho, seja na forma da assistência oferecida, seja no relacionamento entre os profissionais do mesmo núcleo ou entre os dois envolvidos no processo de formação. A solidariedade entre as equipes, tornou-se expressiva. Por exemplo, na cobertura dos plantões da equipe de enfermagem, quando diante da falta pontual de profissionais da equipe de enfermagem, sendo que antes desse processo observávamos um comportamento não empático com o outro. Em geral, fazia-se necessário a intervenção externa, ou do coordenador do núcleo ou do gerente, junto às enfermeiras do núcleo oposto, a fim de atender as necessidades da outra equipe. O mesmo ocorria com os outros profissionais.

Atribuímos esse efeito de colaboração empática com o outro, à vivência promovida pela arte durante o processo de formação. Ao mobilizar os afetos, ampliando a consciência de si, na relação com o outro e com o trabalho, colocar-se no lugar do outro, paciente ou colega foi movimento frequente.

A diferença então, não centra-se exclusivamente nos resultados, já apontados, alcançados, mas como os alcançamos. A emoção também atinge o pesquisador, ao observar e vivenciar, por exemplo, a alegria a interação

descontraída, o resgate de das histórias de vida dos profissionais durante a oficina de pintura em tela.

Então, todos nós nos transformamos, profissionais e pesquisadora, a cada dia, durante cada encontro.

A relação entre as expressões artísticas e a situação do trabalho possibilitou o desenvolvimento da capacidade de abstração, análise e síntese transcendendo-se o vínculo concreto ou factual da rotina do trabalho e evidenciando a potência desta estratégia no favorecimento e desenvolvimento do pensamento conceitual que leva à superação dos conceitos cotidianos, elevando a capacidade de utilização das operações intelectuais mais complexas.

Tendo em vista os objetivos e limites desta pesquisa, nos balizamos por um limite de encontros, no caso, onze no total. No entanto, defendemos que esse processo deve ser permanente. Finalizados os encontros propostos, verificamos o desejo dos profissionais em continuar o que o fizemos por mais um período sem que tivéssemos por objetivo analisá-los aqui. Estes encontros atenderam à solicitação dos profissionais quanto a revisão do projeto terapêutico individual, voltado ao acompanhamento dos pacientes em sua singularidade. Foram poucos os encontros destinados a esta finalidade, em razão do encerramento das atividades do ano. Não tivemos a possibilidade de dar continuidade ao processo no ano que se seguiu, em razão da mudança abrupta disparada pelo governo do estado de São Paulo no “enfrentamento” do crack, que levou à alteração repentina, sem prévio aviso, sem planejamento, do perfil dos pacientes atendidos.

Os profissionais foram obrigados a dar alta ou transferir os pacientes com transtorno mental com quadro psicótico agudo ou crônico, para atender os pacientes dependentes químicos.

Temos aqui, outra tese, portanto, não vamos entrar nesta discussão, apenas para apontar e ao mesmo tempo reforçar, que o sofrimento vivido pelos profissionais e analisados acima, foi impetrado de forma cabal, por agentes

externos a uma efetiva política de saúde mental, que não reconhece nem sua história tampouco valoriza as ações profissionais deste campo.

Em nenhum momento ao longo do processo ocorrido nesta instituição, fomos chamadas pela direção, para apresentarmos ou discutirmos o andamento do trabalho. Tampouco fomos convidadas a apresentá-lo quando da sua conclusão, ainda que tenhamos nos proposto a fazê-lo.

Por fim, entendemos que não esgotamos todas as possibilidades de análise voltada à formação de profissionais no campo da saúde mental em que as manifestações artísticas foram utilizadas. Compreendemos, o lastro desta pesquisa para outras investigações, quer seja sob a ótica das contribuições da Psicologia Histórico- Cultural para o campo da saúde mental, os processos de formação do adulto em situação de trabalho, quer seja na articulação da arte como potente instrumento que permite o desenvolvimento da consciência.

Para além das Considerações Finais

No dia 24 de janeiro de 2013, o governo do estado de São Paulo, visando atender o crescente número de pessoas em situação de dependência e abuso do uso de crack e outras drogas, disparou o polêmico programa de ampliação do número de vagas de internação para essa população.

Apesar de a Secretaria de Estado da Saúde contar com uma coordenação estadual para o programa de saúde mental, esta não fez frente às intenções do governador.

Às 15 horas do dia 24/01/2013, o telefone toca e, diretamente do gabinete do Secretário da Saúde, fomos comunicados de que as vagas de internação em aberto deveriam ser substituídas, imediatamente, no atendimento do programa de enfrentamento do crack. Deveríamos, para tanto, direcionar nossas ambulâncias para o CRATOD – Centro de Referência para Álcool e outras Drogas, para buscar os pacientes para internação.

Mesmo considerando que nossas vagas, eram direcionadas historicamente para outro tipo de clientela e que por consequência o trabalho era concebido para o atendimento a um perfil de pacientes diferente daqueles, assim

como a formação oferecida aos profissionais e suas próprias experiências no trabalho, nada disso foi considerado ou mencionado.

Os núcleos de enfermagem, masculino, feminino e de infância e adolescência receberam, em um mesmo dia, ao todo, mais de 30 (trinta) pacientes dependentes químicos, que em sua grande maioria, não eram atendidos nos CAPS-ad, 90% em situação de rua, sem vínculos familiares ou com estes rompidos, criminosos foragidos do sistema penitenciário pelo benefício do indulto, pessoas com diversas passagens por presídios, enfim, as pessoas em situação de dependência química, alvo que deveria ser de tratamento, em sistema aberto preferencialmente em CAPS –ad, vitimada pelo equívoco da distorção ético-política, sofre mais uma vez.

O paciente portador de transtorno mental, violado que sempre foi, dos seus direitos mais elementares, e os profissionais desta instituição, só viram se repetir todo o descaso e exclusão histórica.

Ao mesmo tempo, a direção do hospital foi trocada, como num jogo de dança das cadeiras, ou de cartas marcadas, o médico psiquiatra que dirigia este hospital há 9 anos, foi deslocado para a direção de um hospital geral e a diretora deste, médica clínica, assumiu a direção da instituição psiquiátrica. Esse processo resultou na minha saída e desligamento da instituição em outubro de 2014.

9. Referências

- Aguiar, W.M.J. (2001). A Pesquisa em Psicologia Sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In: Bock, A.M.B e cols. (orgs.). *Psicologia Sócio - Histórica – uma perspectiva crítica em Psicologia*. São Paulo, Cortez. p.95-140.
- Aguiar, W. J.; Ozella, S. (2006a). *Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos*. *Revista Psicologia: ciência e profissão*. São Paulo, V. 26, n. 2, p. 222-245.
- Aguiar, W.M.J.(2006b). *A escolha na orientação profissional: contribuições da psicologia sócio-histórica*. *Psic. da Ed., São Paulo, 23, 2º sem. pp. 11-25*
- Aguiar, W. J.; Ozella, S.(2013). *Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação*. In: *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*. Brasília, v. 94, n. 236, p. 299-322.
- Almeida, M.J.de. (1999). *Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável*. *Olho Mágico, Londrina, v.5, n. spe., p.41-42, 1999a*.
- Almeida, M. R. (2008). *A Relação entre a Consciência Individual e a Consciência de Classe: Uma Análise das Contribuições de Vigotski sobre a Consciência da Classe Trabalhadora*. Dissertação Mestrado em Educação apresentada ao Curso de Pós- Graduação da Universidade Federal do Paraná.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1999). *Manicômio e loucura no final do século e do milênio*. In: Fernandes, M. I. (Org.). *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP.
- Andrade, M. M. (2002). *A Vida Comum: espaço, cotidiano e cidade na Atenas Clássica*. Rio de Janeiro: Eduff.

- Antunes, S. M. M.de O.; Queiroz, M. de S.(2007). *A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1.
- Arendt, H. (2010). *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Ayres, J. R. C. M.(2001). *Sujeito, intersubjetividade e práticas em saúde*. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 6, n. 1.
- Barbier, J-M.(2011). *Vocabulaire D'Analyse des Activités*. P.U.F. Paris.
- _____. (2012). *A Educação: Nem Prometeu Nem Sísifo, Uma Intervenção*. Revista Trabalho & Educação, Belo Horizonte, v.21, n.2, p.63-72, mai./ago.
- Barbier, J-M. (2006). Voies pour la recherche en formation des adultes. Pré-publication Exposé de Jean-Marie BARBIER pour le concession de titre Docteur Honoris Causa de la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'UCL. Revue Éducation Didactique. vol3. n.3. Recuperado em: 05 de março, 2014 de: <http://educationdidactique.revues.org/588>
- Brasil, (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. In: Constituição da República Federativa do Brasil 2ª ed. Atualizada até a EC nº38, de junho de 2002 - Rio de Janeiro; Ed. Expressão e Cultura, 2002.
- Brasil. (2001). *Lei No 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- _____. (2004a). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 335, de 27 de novembro/2003 Aprova a “política nacional de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente

em saúde” e a estratégia de “pólos ou rodas de educação permanente em saúde,” *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 fev.

_____.(2004b). Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

_____.(2004c). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde - pólos de educação permanente em saúde*. Brasília, 2004.

_____. (2007a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007. 85 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/relatório_gestão_saude_mental_2006.p Acesso em: maio de 2011.

_____.(2007b). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

_____. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde*. – Brasília : Ministério da Saúde.

Bottomore, T. (2001). *Dicionário do Pensamento Marxista*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. 466p.

- Brito, J. & Athayde, M. (2003). *Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade*. Revista Trabalho, Educação e Saúde, 1(2), 239-266
- Costa, P.P. (2006). *Dos Projetos À Política Pública: Reconstruindo a História Da Educação Permanente Em Saúde*. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca como pré requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.
- Chanlat, J.-F. (2002). *O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos*. in: Anais VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct.
- Chen, L. *et al.* Human resources for health: overcoming the crisis. *The Lancet*, v. 364, n. 27, p. 1984-1990, 2004.
- Clot, Y., Fajta, D., Fernandez, G. e Scheller, L. (2000). Entretien en autoconfrontation croisée: une méthode en clinique de l'activité. *Pistes - Réflexion sur la pratique*. (2) 1. Recuperado em 27 de dezembro, 2006, de <http://pettnt/v2n1/articles/v2n1a3.htm>.
- Clot, Yves. (2001). Editorial. *Clinique de l'activité et pouvoir de agir*. Revue de Éducation Permanente. n. 146. Pp. 7-16
- Clot, Y. & Yvon, F. (2004). Apprentissage et développement dans l'analyse du travail enseignant. *Psicologia da Educação*, (19), 11-38.
- Clot, Y. (2005). Entrevista. *Psicologia da Educação*, (20), 155-160.
- Clot, Y. (2006). Vygotski: para além da Psicologia cognitiva. *Pro-posições*, 17 (2), 19-29.
- Clot, Yves. (2007). *A função psicológica do trabalho*. Rio de Janeiro. Ed. Vozes
- _____. (2010). *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte. Fabrefactum.

_____. (2011). *Clínica do trabalho e clinica da atividade*. in: Clínicas do Trabalho. Bendassolli, P.; Soboll, L. org. São Paulo: Atlas. p.61-70. Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Prod.*, 14, 3, 27-34.

Daher, D. V. et al. (2002). Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(2): 145-150.

_____. (2009a). *Sobre a potência de uma teoria*. Disponível em Blog: <http://vigotskibrasil.blogspot.com/>

Delari Jr, A.(2009). *Vigotski e a prática do psicólogo: em percurso da psicologia geral à aplicada*. Mimeo. 2ª versão. 40p. Recuperado em 23 de junho de 2012. Obtido em:

<http://xa.yimg.com/kq/groups/25031055/648191845/name/Vigotski%:Versao.pdf>

_____.(2012). *O sujeito e a clínica na psicologia histórico-cultural: diretrizes iniciais*. Mimeo. Umuarama-PR. 2012. 17 p. Disponível em:<http://www.vigotski.net/clinica-ufms.pdf>. acesso em 11.10.2012.

_____. (2011). *Questões de método em Vigotski - busca da verdade e caminhos da cognição*. Umuarama. Mimeo. 16p. Material didático para abertura do I Encontro Interdisciplinar de estudos em psicologia, educação e marxismo, U.E.M. 13 de maio de 2011. Disponível em: http://www.vigotski.net/uem-metodo_artigo.pdf

Dimenstein, M.D.B.(1998). *O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais*. Estudos de Psicologia, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81.

Duarte, Newton. (2002). *A teoria da atividade como uma abordagem para a pesquisa em educação*. Revista Perspectiva- UFSC, Florianópolis, v. 20, n. 02, p.279-301, jul./dez.

_____. (2004) *Formação do Indivíduo, Consciência e Alienação: o Ser Humano na Psicologia de A. N. Leontiev*. Caderno Cedes, Campinas, vol. 24, n. 62, p. 44-63, abril. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>

- Engels, F. (1991). *Dialética da Natureza*. Rio de Janeiro. Paz e Terra.
- _____. (1876/1896). *O Papel do Trabalho na Transformação do Macaco em Homem*. Transcrição: edição soviética de 1952, de acordo com o manuscrito, em alemão. Traduzido do espanhol. Disponível em <http://www.marxists.org/portugues/marx/1876/mes/macaco.htm>. Acesso em 27.08.2011.
- Ferreira Neto, J. L. (2004). *A formação do psicólogo brasileiro: Clínica, social e mercado*. São Paulo: Escuta.
- Fischer, Ernst. (1963). *A necessidade da Arte*. Lisboa: Ed. Ulisseia.
- Foucault, M. (1975). *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro.
- _____. (1999). *História da loucura*. São Paulo: Ed. Perspectiva.
- Freire, Paulo. (1983). *Pedagogia do oprimido*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. Sobre educação popular: Entrevista com Paulo Freire. In: TORRES, R.M. (org). *Educação popular: um encontro com Paulo Freire*. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- Frémeaux, P. (2001). *Le nouvel interventionnisme liberal*. Alternatives économiques. nº.197.
- Frigotto, G. (2005). *Concepções e mudanças no mundo do trabalho e o ensino médio*. In: Frigotto, G.; Ciavatta, M.; Ramos, M. (Org.). *Ensino médio integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez. p. 57-82.
- Gariglio, M.T. (2012). *O cuidado em Saúde*. In: Minas Gerais, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2*. Belo Horizonte, ESPMG.
- Haddad, J.; Roschke, M. A. & Davini, M. C. (Orgs.) *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington: OPS/OMS, 1994.

- Hauser, A. História Social de la literatura y el arte. Barcelona: Ed. Labor, 1978.
- Heidegger M. (1997). Ser e Tempo. 5a ed. Petrópolis: Vozes.
- Heller, Agnes. (1972). *O cotidiano e a história*. São Paulo. Paz e Terra.
- Iasi, M. L. (2002). *O dilema de Hamlet: o ser e o não ser da consciência*. São Paulo: Viamundo.
- Jorro, Anne. *L'enseignant et l'évaluation. Des gestes évaluatifs en questions*. Bruxelles : De Boeck Université, 2000
- Kozulin, A. (1996). *O conceito de atividade na psicologia soviética. Vigotski, seus discípulos e seus críticos*. In: Daniels, H. (1996). Uma introdução a Vigotski. São Paulo: Loyola.
- Leontiev, Alexei N. (1978) "*Atividade Consciência e Personalidade*" in: The Marxists Internet Archive (Tradução para o português: Maria Sílvia Cintra Martins)
- Löwy, Michael.(1994). *As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen*. 5ed. São Paulo: Cortez.
- Luckesi, C.C. Filosofia da educação. São Paulo: Cortez, 1994.
- Lüdke, Menga; ANDRÉ, Marli Eliza D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. 9. ed., 2005.
- _____. (1991). *A Atividade Consciente do Homem e suas Raízes Histórico- Sociais*. In: Luria, A. R. Curso de Psicologia Geral. Tradução: Paulo Bezerra. Volume I. 2ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Mandú, E. N. T.(2004). *Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 4.
- Martins, L.M. (2011). *O Desenvolvimento do Psiquismo e a Educação Escolar: contribuições à luz da psicologia histórico cultural e da pedagogia histórico-crítica*. Tese apresentada para obtenção do título de Livre-

Docente em Psicologia da Educação. Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista, campus de Bauru. Disponível em : <http://www.vigotski.net/ditebras/martins.pdf> - acesso em 07/04/2013.

- Marx, K. (1996). *O Capital*. São Paulo, Editora Nova Cultural .
- Marx, K. e Engels, F.(1984). *A ideologia alemã*. Trad. José Carlos Bruni e Marco Aurélio Nogueira. 4ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Marinho-Araújo, C. M. (mar. de 2010). *Psicologia escolar: pesquisa e intervenção*. Em *aberto*, 23, pp. 17-35.
- Merhy, Emerson Elias. (2004). O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Merhy, E.E. (2004b). Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial.2004.Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf> Acesso em: 12 maio. 2013.
- Mészáros, I. (2005). *A educação para além do capital*. São Paulo, Boitempo, 77p.
- Moscovici, S. (1978). A representação social da psicanálise. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro, Zahar.
- Namura, M.R.(2004). *Por que Vygotsky se centra no sentido: uma breve incursão pela história do sentido na psicologia*. Psicologia da Educação, São Paulo, v. 19, p.91- 117
- Oliveira, R. C. (1996). *O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever*. Revista de antropologia. 39(1), pp. 13-35.

- Onocko Campos, R. (2005). *O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva*. Caderno de Ciência e Saúde Coletiva. vol, 10(3):573-583.
- Ostrower, Fayga. (1977). *Criatividade e Processos de Criação*. Rio de Janeiro, Editora Vozes.
- Petroni, A.P.; Souza, V.L.T. (2014). *Psicólogo Escolar e Equipe Gestora: Tensões e Contradições de Uma Parceria*. Psicologia: Ciência E Profissão, 2014, 34 (2), 444-459
- Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (2005). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3.ed. Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco.
- Pino, Angel L.B. (1993). *Processos de significação e constituição do sujeito*. Temas psicologia. Ribeirão Preto, v.1,n.1,abr. Disponível em : <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo>: acesso em 10 mar. 2013.
- _____ (2000). *O social e o cultural na obra de Lev. S.Vigotski*. Educação & Sociedade, 21, (71),45-78.
- Pissolatti, L.M., Andrada, P.C., Souza, V.L.T, Venâncio, M. (2013). *O Sentido da Escola para os pais*. Rev. Psicologia da Educação (Online). Vol.1, serie 36. p. 55-66. Recuperado em: 10 de julho,2013 de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752013000100006&lng=pt&nrm=iso>.
- Pitta, A. (1996). *Ética e assistência em psiquiatria*. In: Silva Filho,J.F.; Figueiredo,A.C. (Orgs.). *Ética e saúde mental*. Rio de Janeiro: Topbooks. p.103-10
- Prestes, Z. R. (2010). *Quando não é quase a mesma coisa: análise de traduções de Lev Semiovitch Vigotski no Brasil - repercursões no campo educacional*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Faculdade de Educação, Brasília.

Rey, F. G.L. (2002). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo, Thomson.

_____ (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: Os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

_____. (2007). *As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural*. in: Revista Psicologia da Educação da PUC-SP. São Paulo. 1º. sem.p.155-179.

Rigoli, F.; Rocha, C. F.; Foster, A. A. (2006) *Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, n. 1, p. 7-16, jan./fev.

Ribeiro, E.C.O, Motta, J.I.J.(1996). *Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços*. Divulgação em Saúde para Debate, n.12/ julho, p.39-44.

Rocha, M. L., & Aguiar, K. F. (2003). *Pesquisa-Intervenção e a produção de novas análises. Psicologia: Ciência e Profissão*. 23(4), pp. 64-73. Recuperado em 02 de setembro de 2013. Obtido em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf>

Sancinetti, T.R.et. al.(2009). Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. Revista da Escola de Enfermagem da USP-São Paulo. Vol 43.esp.2. 1277-1283p. Recuperado em 11de set.,2013 de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a23v43s2.pdf>.

Sánchez Vázquez, A. (2007). *A Concepção da Práxis em Marx*. In: *Filosofia da Práxis*. São Paulo: Expressão Popular. 488p.

Saviani, D. (2007). *Trabalho e Educação: fundamentos ontológicos e históricos*. Revista Brasileira de Educação. vol.12 nº.34. Rio de Janeiro Jan./Abr., p. 152-180.Recuperado em: 22 de maio,2013, de:

- Silva, M.J.P.; Gimenes, O.M.P.V. (2000). Eu – o cuidador. *Rev. O mundo da saúde*, São Paulo, ano 24, v. 24, n. 4, p. 307-309.
- Sirgado, A. P. (out-dez de 1990). A corrente sócio-histórica de psicologia: Fundamentos epistemológicos e perspectivas educacionais. *Em aberto*, v. 9, pp. 61-67.
- Sforni, M. S. F. (2004). *Os conceitos científicos na formação do pensamento teórico*. In: Sforni, M.S.F. Aprendizagem conceitual e organização do ensino: contribuições da teoria da atividade. Araraquara: JM.
- Schwartz, Y. (2004). *Ergonomia, filosofia e exterritorialidade*. In: F. Daniellou (coord.), *A Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgar Blücher.
- Spink, M.J.P. (2007). *Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em psicologia social*. *Psicologia & Sociedade*; vol. 19.
- Souza, Marilene Proença Rebello de.(2005). *Prontuários revelando os bastidores do atendimento psicológico à queixa escolar. Estilos clin.* [online]. vol.10, n.18, pp. 82-107. Ed. USP
- Souza, V. L.T. (2011). *Sistema psicológico*. Anotações de aula, texto não publicado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Programa de Pós graduação em Psicologia como profissão e ciência , Campinas.
- Souza, V. L. T., Petroni, A. P., & Andrada, P. C. (2013). A afetividade como traço da constituição identitária docente: o olhar da psicologia. *Psicologia & Sociedade*, 25(3), 527-537.
- Souza, V.L.T., Andrada, P. C. (2013). *Contribuições de Vigotski para a compreensão do psiquismo*. *Rev. Estudos de Psicologia*. Campinas. vol. 30, n.3 p. 355-365. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2013000300005&script

- Van der Veer, R. & Valsiner, J. (2009). *Vygotsky: uma síntese*. São Paulo: Loyola.
- Vygotsky, L. S. (1977). *Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar*. In: LURIA, LEOTIEV, VYGOSTKY et al. *Psicologia e Pedagogia*. Lisboa: Editora Estampa.
- _____. (1982). *La imaginacion y la arte in la infancia*. Em : vygotsky.org@gmail.com <http://www.taringa.net/perfil/vygotsky>
- Vigotski, L. S. (1991). *Sobre los sistemas psicológicos*. Em *Obras Escogidas, Tomo I – Problemas teóricos y metodológicos de la Psicología*. (pp. 71-93). Madrid: Visor Distribuciones. (Trabalho original publicado em 1930)
- _____. (1996a). *O significado histórico da crise da psicologia*. In L. S. Vigotski. *Teoria e método em psicologia*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1927).
- Vygotsky, L.S. (1996b). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. Em *Obras Escogidas, Tomo III. Cap. 2. Método de Investigación*. p. 42 (Original publicado em 1931).
- Vigotski, L. (1998). *O desenvolvimento psicológico na infância*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1930).
- Vigotski, L. S. (1929/2000). *Manuscrito de 1929 [Psicologia concreta do homem]*. In: *Educação & Sociedade*, ano XXI, nº 71, Julho/00. p. 21-44.
- Vygotsky, L.S. (2001a). *Pensamiento y lenguaje, Conferencias sobre Psicología. Obras escogidas*. Tomo II. Madrid: Visor. p. 290. (Trabalho Original publicado em 1934).
- _____. (2001b). *Psicologia da Arte*. Tradução Paulo Bezerra. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1925).
- _____. (2003). *Psicologia pedagógica*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1926).

_____. (2004). *Teoria e Método em psicologia* (3ª ed.). (C. Berliner, Trad.) São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1930).

Vygotsky, L.S. (2006). *La crisis de los siete años*. In: Obras Escogidas Tomo IV – Psicología Infantil. (2ª ed., pp. 377-386). Madrid: Visor y A. Machado Libros. (Textos originais de 1933-1934).

_____. (2007). *A Formação Social da Mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. Organizadores Michael Cole *et al.*; tradução José Cipolla Neto, Luís Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes.

_____. (2010). *Quarta aula: a questão do meio na pedologia*. Tradução: Márcia Pileggi Vinha. *Psicologia USP* [online]. 21(4), pp. 681-701. Recuperado em: 10 de setembro 2012, disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo>. (Original publicado em 1935).

Zanella, A. V. et al. (2007). Questões de método em textos de Vygotski: contribuições à pesquisa em psicologia. *Psicol. Soc.* [online]. vol.19, n.2, pp. 25-33. Recuperado em 20 de maio, 2012 de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000200004>.

_____. (2004). *Atividade, significação e constituição do sujeito: considerações à luz da psicologia histórico-cultural*. Revista Psicologia em Estudo, Maringá, v. 9, n. 1, p. 127-135.

Anexos

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa a que você está sendo convidado a participar está sob a responsabilidade da psicóloga LÚCIA MARIA PISSOLATTI DA SILVA NAVARRO, aluna do Programa de Pós Graduação em Psicologia da PUC-Campinas. Esta pesquisa tem como objetivo estudar o processo de formação em situação de trabalho dos profissionais que atuam na área de saúde mental, buscando identificar e propor ações que possam contribuir ao aperfeiçoamento deste processo.

Nesta pesquisa; desde que concorde, você participará de cinco (05) encontros, com duração média de uma hora cada, em que serão propostas atividades de reflexão sobre as atividades que vocês desenvolvem no cotidiano. As atividades envolvem: assistir a trechos de filmes, observar imagens, ler poesias ou trechos de contos, e falar sobre eles fazendo relações com as atividades que exercem. Os encontros serão gravados em áudio para posterior transcrição. Após cada encontro será elaborada uma síntese, que será apresentada a vocês no início do encontro seguinte, quando vocês poderão fazer considerações, sugerir inclusões ou supressões de trechos. Vocês também poderão ser convidados a participar de uma entrevista, cujo objetivo é aprofundar informações que apareceram nos encontros e estarão livres para aceitar ou não participar. Todos os dados que você fornecer serão tratados com a máxima confidencialidade pela pesquisadora. Em nenhum momento seu nome será divulgado. Todos os dados serão analisados em termos de grupos. Se você tiver interesse, poderá solicitar que seja marcado um horário para esclarecer qualquer dúvida. Saiba que sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, não havendo nenhuma remuneração por ela ou obrigatoriedade em participar. Se você aceitar participar, saiba que você é totalmente livre para abandoná-la a qualquer momento. Além disto, você poderá solicitar que se retire dela qualquer contribuição que já tenha prestado.

Com esta pesquisa, espera-se contribuir com os estudos voltados à formação em situação de trabalho para equipes de saúde mental. Em princípio, este estudo traz um risco mínimo aos participantes. No entanto, caso você se sentir desconfortável ou com qualquer mal estar psicológico devido à sua participação nesta pesquisa, poderá comunicar à pesquisadora e caso se evidencie a necessidade de atendimento psicológico devido à isto, você será atendido pela psicóloga responsável, que lhe prestará atendimento, sem custos.

Os dados da pesquisa serão utilizados, SOMENTE, para a elaboração da tese

Em caso de você concordar em participar deverá assinar e datar este Termo de Consentimento, do qual uma cópia será fornecida a você.

Se você tiver dúvidas durante sua participação na pesquisa, ou mesmo depois dela ter se encerrado, poderá entrar em contato para esclarecê-las com a pesquisadora responsável, Lúcia Maria Pissolatti da Silva Navarro, pode ser contatada pelo telefone (11) 98326 0364.. Questões de ordem ética podem ser esclarecidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, que aprovou esta pesquisa. Endereço: Rod. Dom Pedro I, Km 136 – Pq. das Universidades-Campinas-SP – CEP: 13.086-900; telefone/fax: (19) 3343-6777; e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br.

Assinatura do pesquisador
Lúcia Maria Pissolatti da Silva Navarro

Eu declaro ter sido informado e compreendido a natureza e objetivo da pesquisa e eu livremente concordo em participar. Declaro ainda ser maior de 18 anos.

Nome: _____ RG: _____ Tel:(__)

Assinatura: _____

Local: _____ Data: ____/____/____

ANEXO 2

Descrição da rotina de trabalho dos profissionais que atendem nos Núcleos pesquisados da Instituição em foco.

Psicóloga 1

2. ATENDIMENTO INDIVIDUAL.

-Entrevista individual com a paciente, visando observar seu estado psíquico e se possível colher dados de anamnese para posterior discussão do caso com a equipe. Quando possível oriento quanto adesão em CAPS.(FREQUENTEMENTE)

3. OBSERVAÇÃO DA PACIENTE E SEU COMPORTAMENTO.

- Em qualquer lugar que ela esteja (atividades internas, externas e AVDS). Observando a dinâmica dos pacientes. A finalidade, refere a observar o estado geral da paciente e sua evolução. Faço sozinha e discuto as observações com a equipe de enfermagem e/ou equipe técnica.(FREQUENTE).

4. ATENDIMENTO INDIVIDUAL COM FAMILIAR.

- Entrevista individual com o familiar na finalidade es "ESCLARECER" melhor sobre a internação, "COLHER " mais dados ou todos de anamnese, caso o paciente não esteja em condições psicopatológica de fornecer, "ORIENTAR" manejo com a paciente. Faço sózinha, a pedido da família ou a necessidade do caso, para que estas informações auxiliem a família e nossa discussão de caso.(FREQUENTE QDO HÁ NECESSIDADE)

5. CONTATO COM EQUIPE TÉCNICA DO CAPS DE REFERÊNCIA DA PACIENTE.

- Por telefone na finalidade de discutir o caso quando a paciente já se trata no equipamento de saúde e quando não informo sobre a internação e solicito trabalho de aderência. Faço sozinha, com prévia discussão em equipe. Pessoalmente em reunião com a equipe técnica do equipamento de saúde referência da paciente (sozinha com a equipe ou entre nossas equipes).(FREQUENTE)

6. VISITA DOMICILIAR.

Quando necessário, extraído da discussão técnica, vou até o domicílio da paciente com a finalidade de angariarmos informações necessárias para melhor compreender a dinâmica do caso.(RARAMENTE)

7. REMOÇÃO DE PACIENTE.

- Removemos o paciente do Caism para o domicílio quando a família não atende o nosso solicitado reiteradas vezes em vir buscar, haja visto estar de alta médica. Faço sempre acompanhada de um auxiliar de enfermagem.(CERTA FREQUÊNCIA).

8. RELATÓRIO

Identificamos a paciente, descrevemos a procedência, evolução e tratamento do caso. Fazemos em equipe e assinamos cada um com o seu registro do Conselho Regional.(FREQUENTE)

9. ATENDIMENTO NÚCLEAR.

- Atendo a família e a paciente quando da necessidade do caso. Normalmente fazemos esta intervenção quando há conflito entre os membros e a paciente. Fazemos acordos entre as partes.(RARAMENTE)

10. DISCUSSÃO DE CASO.

- Discutimos semanalmente todos os casos da clínica, eu e equipe, para avaliarmos a evolução de cada caso, mudarmos conduta, tomarmos decisões quanto ao tratamento. Colocamos em discussão todas as nossas observações, condutas e encaminhamentos dos casos.(FREQUENTE)

11. REUNIÃO DE FAMÍLIA.

- Atendemos; em quanto equipe responsável pelo caso, os familiares que se apresentam na reunião, orientando-os de como o caso esta sendo conduzido, esclarecendo a doença, informando o estado em que a paciente se encontra, orientando o manejo.

Participa a equipe toda, todos falam do seu ponto de vista profissional.
(FREQUENTE)

12. ACOLHIMENTO DA PACIENTE.

- Atendendo solicitação das pacientes, ligações para familiar, faço sozinha à todas as solicitantes.(FREQUENTE)

13. FACILIDADES NO TRABALHO.

- Ter o meu DEVER cumprido.

14. DIFICULDADES NO TRABALHO.

- Tentar mas não conseguir **CUMPRIR O MEU DEVER.**

OBS: A descrição parece pouco mas é o que faço.

Psicóloga 2

O QUE EU FAÇO DIARIAMENTE:

Atendimento psicológico individual e grupal, acolhimento individual e interdisciplinar, reuniões com familiares, com a equipe, com a mini-equipe, discussão de caso com território, acompanhamento em remoções, elaboração de relatórios, visitas domiciliares.

COMO FAÇO:

2ª FEIRA – Atendimento psicológico individual

3ª feira – atendimentos individuais, assembleia, atividade externa, grupo terapêutico

4ª feira – Grupo Palavra e reunião de equipe

5ª feira – reunião de miniequipe, reunião de família

6ª feira – acolhimento/atendimento interdisciplinar, elaboração de relatórios, atividade externa

O QUE FAÇO SOZINHA:

Acolhimento e atendimento individual aos pacientes

O QUE FAÇO JUNTO:

Grupos terapêuticos, atividades externas, reuniões

DIFICULDADES ENCONTRADAS:

Número reduzido de salas para atendimento individual, poucas linhas telefônicas (ramais), localização da sala da equipe técnica

O QUE ME FACILITA:

Horários dos profissionais, disponibilidade da equipe para o desenvolvimento de trabalhos

ENFERMEIRAS 1, 2 e 3

1. Receber e passar o plantão;
2. Verificar condições dos pacientes no leito.
3. Vistoriar as condições gerais de higiene, organização da clínica;

4. Relacionar e solicitar serviços a serem executados;
5. Checar a escala diária;
6. Abrir o relatório de enfermagem;
7. Anotar escala de serviços diários no relatório de enfermagem;
8. Orientar os funcionários (aux. de enf.) quanto a necessidades específicas do paciente;
9. Verificar e encaminhar exames coletados;
10. Avaliar o paciente e verificar a necessidade de avaliação médica de urgência pelo médico psiquiatra;
11. Avaliar o paciente e verificar a necessidade de avaliação médica de urgência pelo médico clínico e se necessário orientar e solicitar remoção do paciente para avaliação externa;
12. Atualizar quadro de pacientes;
13. Avaliar os (as) pacientes em condições de atividades externas;
14. Comunicar o SIND necessidades específicas;
15. Verificar a reposição de material de enfermagem;
16. Verificar o carrinho de parada;
17. Conferir psicotrópicos e caixa de medicação clínica;
18. Supervisionar e orientar a alimentação;
19. Supervisionar e orientar a verificação de sinais vitais antes da medicação e anotar no verso da prescrição;
20. Supervisionar e orientar a administração de medicação, checagem na prescrição seguida do procedimento;
21. Preencher formulário de não conformidade medicamentosa;
22. Supervisionar anotação em prontuário;
23. Apraziar prescrição médica seguida de fazer prescrição de enfermagem;
24. Supervisionar e orientar higienização, organização do quarto e identificação do leito, roupas e pertences dos (das) pacientes;
25. Fazer evolução da alta e verificar se todos os documentos pertinentes à enfermagem estão no prontuário;
26. Participar das reuniões
27. Participar das assembleias com os (as) pacientes;
28. Fazer orientações sobre hábitos saudáveis para grupos de pacientes.

TERAPEUTA OCUPACIONAL

O QUE EU FAÇO?

Atendimento Terapêutico individual e em grupo

Entrevista\ acolhimento\avaliação individual

Atendimento\orientação a familiares

Reunião de equipe para discussão de caso

Visitas domiciliares

Relatórios de evolução em prontuários

Reunião interna institucional

COMO EU FAÇO?

Atendimento individual e em grupo com atividades

Abordagem verbal \dinâmica

Sempre Com atividades como instrumento de abordagem, avaliação, canalização e expressão.

O QUE EU FAÇO SOZINHA

Atendimentos individuais

Atendimento de grupo específico de T.O.

Relatórios de evolução

O QUE EU FAÇO COM PARCEIROS

Discussão de casos

Orientação a familiares

Grupos de atividades expressivas e profissionalizantes

O QUE FACILITA MEU TRABALHO

Liberdade para iniciativas de atividades e abordagens

Facilidade para efetuar planos e projetos

Motivação\ estímulo\ incentivo

O QUE DIFICULTA MEU TRABALHO

Falta de material

Pacientes impregnados

Falta de respeito frente a minha profissão

ASSISTENTE SOCIAL 1

O que eu faço na enfermaria e como faço

Abordagem individual-entrevisto a paciente e procedo a evolução nos prontuários;

Realizo acolhimento- converso com as pacientes a medida que elas me procuram ou quando percebo que elas estão isoladas;

Acompanho o jantar na enfermaria ou no refeitório;

Acompanho as atividades externa, tais como caminhada, dentista, acessa São Paulo, assembleia – reunião, remoção para o domicílio.

Realizo contatos telefônicos;

Faço atividade em grupo como: resgate da feminilidade -maquiagem

Para que eu faço:

Para o desenvolvimento psicossocial da paciente bem como para prepara-la para sua alta.

O que faço sozinho?

As evoluções de prontuário; contato telefônico; abordagem familiar, acolhimento e abordagem individual

O que dificulta meu trabalho

No momento não tenho dificuldades para execução do meu trabalho

O que facilita:

A integração com todos os funcionários que garante o bom andamento do meu trabalho, ele é real

O que faço com demais funcionários

Assembleia, grupo de família, atividades externas, resgate da feminilidade, remoção, acompanhamento no jantar

Assistente Social 2

O QUE EU FAÇO DIARIAMENTE:

Desenvolvo diariamente toda rotina ligada ao trabalho de assistência social ao paciente e familiar. Atendimento individual ao paciente e familiar, contato

com a rede de serviços externos, orientação e encaminhamento, atividades externas com pacientes, apoio a toda equipe técnica da clínica, em especial a 'equipe vermelha', acolhimento técnico em parceria com outra profissional da equipe ao paciente e familiar, alta implicada em Caps, pesquisa de busca de familiares, respondo pela presidência da Comissão de humanização e estou conselheira consultiva da Associação P Hospital.

COMO FAÇO:

Dentro das 6h diárias, procuro desenvolver as atividades acima mencionadas conforme a demanda se apresenta. Todos os dias estou à disposição para atender os pacientes e familiares, as segundas priorizo os encaminhamentos e altas dos pacientes, comunico as famílias, verifico a possibilidade de vir buscar ou providencio remoção. Às terças levo ao ACESSA-SP os pacientes que tem interesse por informática e faço contato com familiares pelo telefone para saber histórico e ratificar convite para grupo de família enfatizando que a equipe está a disposição diariamente. Contato com Caps em caso de re-internação para saber se o paciente estava inserido no serviço. Na quarta reunião técnica. Na quinta tarefas que envolvem atendimento, relatórios, acolhimento técnico, contatos externos. Na sexta grupo de família e reunião de mini-equipe que decide as altas para próxima semana a partir de segunda feira.

O QUE FAÇO SOZINHA:

Acolhimento, atendimento individual ao paciente e familiar, contato com rede assistencial, social e comunitária e família. Pesquisa de busca na internet ou em serviços públicos de identificação, atividades externas com pacientes: acessa-sp, quadra futebol, caminhada. Evolução em prontuário a cada atendimento e contato realizado. Revisão de prontuário para verificar se está com as documentações adequadas, começo a elaborar relatórios técnicos com informações da parte social.

O QUE FAÇO JUNTO:

Discuto com a equipe ações que podemos propor ao paciente e familiar junto a rede assistencial, Cras, Caps, Creas e outros serviços que possam atribuir sentido na vida do paciente e contribua com a estabilização de seu diagnóstico. Relatórios Técnicos, estudo e discussão de caso, grupo de família, reunião técnica de equipe e de mini-equipe, acolhimento técnico de paciente e familiar, as vezes participo de grupos com os outros técnicos.

DIFICULDADES ENCONTRADAS:

Equipamentos: telefone sem acesso direto, espaço físico dos técnicos fora do foco onde tudo acontece, falta de recursos alternativos na clinica:ex: jogos, etc.

O QUE ME FACILITA:

A minha postura pessoal e profissional, atitude franca de falar com clareza o que penso, facilidade de relacionamento, gostar de trabalhar em equipe, compartilhar informações, buscar ampliar conhecimento, aceitar desafios, ter escuta da chefia, autonomia no desenvolvimento da minha função técnica específica e o respeito que tenho da equipe pelo “meu fazer” , minha disponibilidade, vontade de trabalhar e o amor que tenho pela vida e por tudo que faço.

ANEXO 3

Encontros de Formação em Situação de Trabalho

– 1º. Encontro

Data: 16/10/2012

Tema: Conhecendo os motivos da escolha do trabalho

Objetivo: Produção de reflexão escrita em relação ao motivo da escolha profissional - saúde mental e os motivos da escolha por aquela instituição.

Participantes: médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeira, psicólogo, auxiliares de enfermagem, assistente social.

Materialidade Mediadora: Linguagem Cinematográfica - Filme (circuito comercial)

DESCRIÇÃO DO ENCONTRO:

Esse primeiro encontro teve seu objetivo definido a partir do levantamento das dificuldades no trabalho inicialmente apontadas pelos profissionais em reunião de equipe semanal e que fizeram parte do primeiro momento de observação do campo, como pesquisadora, e que compuseram o diário de campo. Na sequência, cada encontro foi planejado tendo como base o encontro anterior.

As materialidades muitas vezes abriam o encontro, como nesse primeiro dia em que utilizamos um pequeno trecho de um filme indiano⁴⁰. À primeira vista; pelo título eu devo concordar que não é dos melhores, alguns podem considerar que se trata de uma comédia do tipo pastelão, no entanto além de ser uma comédia musical, o filme é principalmente um drama e uma crítica social. O filme retrata entre outros aspectos, os conflitos no momento da escolha profissional,

⁴⁰ Nome do filme: “3 Idiots- Aal Izz Well”

quando somos confrontados com a transição para a vida adulta e as transformações, avanços e retrocessos que marcam a nossa vida pessoal e que resvala no caminho profissional. Levando ao questionamento de qual o caminho a seguir?

Tomando como “pano de fundo” o uso dessa materialidade, solicitamos que os participantes escrevessem sobre o momento inicial do seu percurso na relação com o trabalho atual. O que o(a) levou a escolha da área profissional e o que o (a) levou a escolher trabalhar naquela instituição. A partir do relato escrito individual, solicitamos que os lessem e partir daí o grupo identificasse os pontos em comum e divergentes das suas escolhas e refletissem sobre a experiência do trabalho.

Na sequência das leituras sobre os motivos da escolha profissional, foi apresentado trechos do filme “ O sabor de uma paixão” . Ao término do filme pede-se para que os profissionais relatassem como foi e é para eles se relacionarem com o paciente com transtorno mental e como é o dia a dia do trabalho em um hospital psiquiátrico. As falas foram anotadas pelo pesquisador e gravadas em áudio.

O trabalho do pesquisador foi o de mediador da atividade proposta, buscando facilitar em conjunto com os integrantes do grupo, o entrelaçar de fios que possibilitasse a construção da rede de articulações possíveis, os sentidos do trabalho. Para compreender os sentidos do trabalho é necessário conhecer os aspectos constitutivos de sua profissão, tais como, a história, o contexto em que atuam e o modo como história e contexto, na relação com a sociedade atual, configuram o modo de atuação destes profissionais.

Participaram desse encontro num total de dez pessoas, dessas seis responderam e entregaram o texto escrito.

Esse encontro teve a duração de 2 horas, foi realizado dentro da carga horária de trabalho dos profissionais, e em espaço adequado na própria instituição.

RELATOS

Mônica⁴¹ (psicóloga) escreve⁴²: *“Entrei nesta instituição em 2008 por concurso público, porém a inscrição realizei para o trabalho em um hospital geral e na escolha de vaga, havia uma solicitação para esta instituição(psiquiátrica). Aceitei porque já havia, no começo da carreira, como psicóloga, em 1986, trabalhado alguns anos em outro hospital psiquiátrico, este sim por opção na psiquiatria.*

Resolvi trabalhar com saúde mental porque lá no início da minha entrada no funcionalismo público em 1976 trabalhei na extinta Coordenadoria de Saúde Mental e visitava quase todas as instituições psiquiátricas por ela coordenadas, na capital e no interior, inclusive este hospital. Estes foram os primeiros contatos com as instituições psiquiátricas e a decisão de ser psicóloga e trabalhar na assistência, apenas se consolidou no sentido de algo poder realizar aos pacientes.

Fiquei durante alguns vinte e poucos anos na atenção básica (prefeitura), criando e coordenando projetos para atender a demanda e retorno em 2008 na psiquiatria pelos motivos que já falei.”

Cinthia (psicóloga) . *“Lembro muito que até o colegial era uma boa aluna de matemática, participava de olimpíadas nacionais e internacionais e quando tinha uma prova todos guardavam lugar para mim para "Colar" rsss[...]. Assim achava que iria ser professora de matemática embora tantas outras coisas me*

⁴¹ Os nomes dos profissionais foram alterados com a finalidade de preservar sua identidade.

⁴² A transcrição respeitou a escrita das autoras em suas expressões textuais, abreviações, erros ortográficos e gramaticais, apenas selecionamos os trechos que consideramos mais relevantes para esta tese. Todos os nomes são fictícios a fim de preservar a identidade dos participantes.

atraíssem. Foi uma fase confusa, fiz teste vocacional. Lembro que gostava muito de ler biografias e ouvir as histórias de amigos e falar de questões existenciais. Gostava de ler filósofos: Sartre, Nietzsche entre outros.

Prestei vários vestibulares: matemática, biologia, medicina. Fiz um ano de matemática na USP e me sentia muito angustiada sem querer ir para a faculdade. Sentia que não era minha praia. Tive que tomar coragem e conversar com meu pai que era muito exigente nos estudos e dizer para ele que queria fazer outra coisa. E ele: como? não!!! conversei muito e daí ele topou. Assim cursei psicologia na PUC e gostava muito. [...] Époça dos manicômios e já sentia dentro de mim que queria ajudar aquelas pessoas que mais pareciam "bichos". Me tornei monitora de psicopato e comecei a ter certeza que era isto que queria. Bom fiz vários estágios na área, na graduação ainda.

[...] Tive várias experiências em instituições públicas ligada à psiquiatria (ambulatório 9 anos de CAPS) [...]. O concurso aqui, prestei pela primeira vez em 1997 e entrei em segundo lugar mas como não podia ter duplo vínculo e estava no ambulatório acabei desistindo. Em 2004 surgiu um concurso para o um ambulatório especializado em Saúde Mental para dependência química, que é próximo de casa e por coincidência tive a mesma classificação. Quando fui para anuência, o padrão de lotação de lá estava completo, então tínhamos que escolher vagas em outro lugares. Lembro que tinha vaga para hospital geral e para cá. E optei, claro por saúde mental e nesta época já era permitido duplo vínculo no Estado. Daí fiquei aqui e no CAPS. Parece destino, estou aqui vai fazer 7 anos e vivi e tenho vivido uma riqueza de experiências. [...] Gosto muito de trabalhar aqui embora tenha várias considerações a fazer...uma delas é a captura por um cotidiano difícil porém desafiador. Cada dia é um aprendizado. Acho que precisamos cuidar muito de "nós" funcionários e estes encontros são bem legais para isto...pararmos e pensarmos...no que fazemos, como fazemos, nosso "Eu" na Instituição...etc."

Cecília - Assistente Social

“Escolhi saúde mental porque quero fazer a diferença no tratamento dessa clientela, porque acredito na reforma psiquiátrica e acima de tudo no amor que tenho pelo trabalho que desempenho, O Hospital foi a oportunidade que o criador me ofereceu para que eu pudesse me realizar como profissional e ser feliz.”

Na sequência das leituras sobre os motivos da escolha profissional, foi apresentado trechos do filme “ O sabor de uma paixão”⁴³. Ao término do filme pede-se para que os profissionais relatassem como foi e é para eles se relacionarem com o paciente com sofrimento mental e como é o dia a dia do trabalho em um hospital psiquiátrico.

Mônica inicia dizendo que gosta do seu trabalho no hospital, mas que não se sente valorizada. Fala de sua experiência no hospital, quando trabalhava com as crianças e adolescentes, antes de ser transferida para a clínica feminina, diz que gostava de trabalhar com os pequenos, mas aqui (no hospital) é difícil. Na prefeitura trabalha num posto de saúde, diz que ali consegue estabelecer vínculos com outros serviços como a escolas por exemplo. Ali pode desenvolver um projeto para crianças com problemas na aprendizagem junto às escolas ver a evolução destas crianças a deixa feliz. Questionada como vê a sua contribuição para as pacientes com as quais trabalha no momento, após algum silêncio, responde que acha que é pequena a contribuição, porque elas chegam num estado agudo do sofrimento mental e no seu entender a abordagem fica difícil neste momento, e após a melhora do quadro em geral as pacientes não tem muita paciência para o diálogo.

Outro colega psicólogo, discorda dela e diz que acredita que é justamente no momento da crise que o(a) paciente precisa mais de ajuda, e completa questionando um paciente esquizofrênico em delírio persecutório ouvindo vozes

⁴³ Abby (Brittany Murphy) viaja para Tóquio para reencontrar o namorado, mas é por ele abandonada. Perdida e sozinha, ela tenta reorganizar sua vida em uma cultura completamente diferente da sua. Após perceber os efeitos que a comida de um restaurante ramen provoca nos clientes, ela fica convencida de que seu destino é se tornar uma chefe de cozinha especializada. Logo ela consegue convencer Maezumi (Toshiyuki Nishida) a ensiná-la a fazer um bom ramen. Apesar do atribulado relacionamento entre os dois, logo eles percebem que o ingrediente mais importante é cozinhar com amor.

que o demandam se matar, ele está no ápice de seu sofrimento, e nós não podemos fazer nada?

Abre-se uma discussão entre os participantes, alguns apontam que acham que o caminho seja neste momento, o da medicação, outros se posicionam de que não seja apenas ação medicamentosa que trará resultado, e que uma conversa com o paciente procurando acalmá-lo, estando junto muitas vezes é suficiente, isto dito por uma das auxiliares de enfermagem presentes. Uma das assistentes sociais acrescenta “ *é como no filme, em que a protagonista diante da dor de ser abandonada e se sentir sozinha numa terra estranha, ao procurar o restaurante de ramem, observa a felicidade e a comunicação que os clientes desenvolvem após saborearem o prato. Isto a leva a querer fazer parte daquilo, se esquecendo da sua própria tristeza.*

Um dos médicos psiquiatras presente, fala emocionado (chora) sobre as dificuldades que enfrentou para cursar medicina, vindo de uma origem familiar pobre, mas era o que queria. Hoje procura ajudar aqueles que não podem pagar por uma consulta, fez mestrado em uma instituição conceituada (Hospital-Ensino) e se dedica hoje, em curso de especialização em geriatria psiquiátrica na mesma instituição. Afirma que gosta de trabalhar nesta instituição, já trabalhou na infância, na clínica masculina e gosta de trabalhar agora na clínica feminina, apesar de “ *mulher encher o saco*”. Todos riem.

Uma auxiliar de enfermagem, comenta que apesar de trabalhar paralelamente também em Pronto Socorro, considera que ali, com as pacientes psiquiátricas aprende muito, não exatamente sobre questões técnicas, sobre medicação ou outros cuidados emergenciais, mas sobre a vida, sobre as pessoas e “ *aprendi*”, diz ela “ *que é preciso cuidar da cabeça e do coração, e das pessoas que estão a nossa volta, senão já viu! As vezes; completa, “a gente fica com raiva de uma paciente quando chega bem loucona, xinga muito a gente, as vezes agride fisicamente (cita o nome de uma paciente internada recentemente), mas depois com o tempo e depois que melhora e a pessoa conta a sua história, pronto, tudo se modifica. A gente começa a ver aquela pessoa com outros olhos, penso muitas vezes, como passar por tudo isto e não enlouquecer? A gente quer ajudar e junto com os técnicos (psicólogo, assistente social) queremos achar a família, ou arrumar um lugar para aquela pessoa morar ou ajudar trazendo roupas para*

ela voltar para a sua família, cidade ou estado bem arrumadinha. Acho que neste sentido o nosso trabalho faz a diferença, finaliza.

Questionada sobre o motivo da escolha em trabalhar em saúde mental e nesta instituição, a auxiliar de enfermagem conta que já trabalhava em pronto socorro municipal e prestou concurso para o estado e na escolha de vagas optou pelo Hospital, no dia em que tinha que vir para a anuência, ficou com muito medo e pensou em desistir, veio “ *não me arrependo, foi a melhor coisa que fiz, gosto do que eu faço, gosto de levar as pacientes para o NOTP⁴⁴”, ao Acessa São Paulo, biblioteca e cinema, é um jeito também da gente relaxar e poder sair com as pacientes deixando aquelas que estão piores na clínica. Acho que diminui o stress tanto para os profissionais que ficam como para as pacientes que estão melhor e podem sair.*”

Uma outra auxiliar, reclama que os técnicos não saem com as pacientes, diz que fica só para os auxiliares saírem , “*elas ficam muito aqui dentro e acho isso ruim*”. Um psicólogo em seguida se justifica, dizendo que eles também tem muito trabalho no dia a dia e queixa-se de que falta profissionais. Pode parecer muito, uma equipe mínima(1 psicólogo, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 médico psiquiatra e uma enfermeira) para quinze pacientes, mas o dia a dia, diz ele, não sobra tempo para nada. Descreve suas ações: atende paciente individualmente, faz grupo terapêutico, atende as famílias, evolui o prontuário em toda ação realizada, faz ligações para as pacientes, realiza contato com os serviços externos (CAPS por exemplo) e faz grupo recreacional, completa “ *isto sem contar as intercorrências*”. *Muitas vezes na falta dos profissionais de enfermagem (são quatro a cada plantão) também acompanhamos, tanto eu como os demais, as pacientes para o refeitório, dentista, etc.*”

Este mesmo profissional, que ficou a maior parte do em silêncio, observando, sentencia “ *é isto que cansa aqui, todo mundo cuida de tudo, muita cobrança.*” Faz-se um silêncio. A pesquisadora solicita que ele continue, pede para que ele fale das cobranças.

⁴⁴⁴⁴ NOPT - É um Núcleo de Oficinas Profissionalizante e Terapêutica, faz parte dos recursos terapêuticos oferecidos aos pacientes agudos e conta com oficina de geração de renda. São oferecidos serviços de cabeleireiro, manicure, oficina de artesanato em tecido, madeira, pintura em tela e culinária.

Diz, *ah tudo!* “Se você faz por que você faz, se não faz por que não faz”, primeiro você tem que fazer grupos terapêuticos, depois vem a discussão se estes grupos são terapêuticos ou de entretenimento.

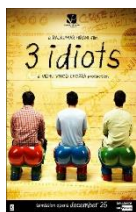
Aqui o profissional se refere à crítica proferida pelo diretor do hospital no encontro mensal com os profissionais da instituição. Neste o diretor traz esta discussão, dizendo que muitas atividades realizadas não têm o cunho terapêutico e acabam servindo mais ao entretenimento dos pacientes e que para isto não precisava de técnicos.

RESULTADO

Falas

- 1- “queria **ajudar** aquelas pessoas que mais pareciam “bichos” (relação da forma como eram tratadas). (aux. de enferm.)
- 2- “quero **fazer a diferença** no tratamento dessa clientela” (enfermeira)
- 3- “**oportunidade que o criador me ofereceu** para que eu pudesse me realizar como profissional e ser feliz” (assist. social)
- 4- “**ajudar** aqueles que necessitam” (aux. de enfermagem)
- 5- “[...]às vezes eu fico muito brava, muito nervosa: “-Ai, não aguento mais[....] Depois, passa aquele momento mais tenso, então digo, é isso, eu acho que eu preciso disso. Isso me faz feliz, **eu posso ajudar aquele que precisa.**” (assist. social)

SINOPSE DO FILME

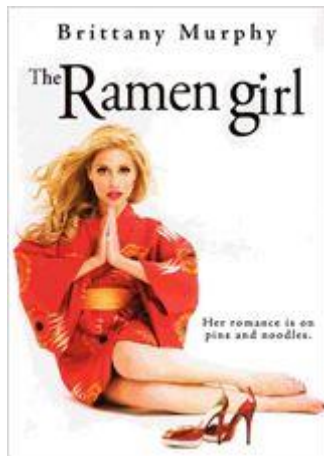


Filme 3 Idiotas (3 Idiots)

Trecho escolhido(http://www.youtube.com/watch?v=Ood3jcm_4k&feature=em-share_video_user)

“3 Idiotas” discute a educação rígida na Índia, na qual muitos rapazes são mandados para escolas de engenharia pelos seus pais, sem direito à escolha, visto que é uma profissão que tem um futuro promissor naquele país, além de questionar os métodos de ensino, que tratam os alunos como máquinas e não seres humanos. É a história de três amigos, os três idiotas do título, que estudavam engenharia na mesma universidade, sendo essa muito renomada e a causa de muito estresse entre seus alunos. Rancho (Aamir Khan,) é um aluno genial, que foge do convencional (ele procura entender e aprender, ao invés de decorar) e com uma história de vida desconhecida. Após a conclusão do curso, ele some. Passados cinco anos, um ex-colega de classe reaparece aos dois amigos de Rancho, alegando que tem pistas do seu paradeiro. Dessa forma, não só a viagem em busca dele começa como também a do próprio espectador, que além de conhecer alguns lugares da Índia, entenderá como essa bela amizade foi construída. Rancho é um personagem único, que nos encanta todo tempo. Ele tem coragem de questionar o *estatus quo*, seu único interesse é aprender cada vez mais. Como ele afirma, a busca da excelência será primordial, o dinheiro será consequência. Seguindo a máxima de que *o que move o mundo são as perguntas*, o personagem incomoda aqueles que não percebem a estreiteza do lugar comum, seguro, tradicional. Rancho denuncia os prejuízos sociais promovidos pela forma como o ensino superior é oferecido na região, o que resulta em alto índice de suicídio entre os jovens. Ele busca respostas no que se revela óbvio, priorizando os fenômenos como acontecem, e não as explicações e justificativas que vão aprisionando conceitos obsoletos. Em cada cena, Rancho se mostra sensível aos fatos que o cercam, e tudo que faz é

apenas questionar o óbvio, a dissonância entre atos, lógicas e sensações. Inteligente, fiel a si mesmo, Rancho se revela sensível à necessidade dos amigos e com seu jeito particular de ser, consegue tocar cada um.



Sinopse e detalhes

Abby (Brittany Murphy) viaja para Tóquio para reencontrar o namorado, mas é por ele abandonada. Perdida e sozinha, ela tenta reorganizar sua vida em uma cultura completamente diferente da sua. Após perceber os efeitos que a comida de um restaurante ramen provoca nos clientes, ela fica convencida de que seu destino é se tornar uma chefe de cozinha especializada. Logo ela consegue convencer Maezumi (Toshiyuki Nishida) a ensiná-la a fazer um bom ramen. Apesar do atribulado relacionamento entre os dois, logo eles percebem que o ingrediente mais importante é cozinhar com amor.

2º. e 3º. Encontro de Formação : Oficina de arte – Emoção de Lidar

Data: 23 e 24 /10/2012

Esta oficina foi realizada em quatro dias, divididos em dois dias para a mesma equipe e os outros dois para a outra equipe. Esta divisão teve como objetivo possibilitar a presença das duas equipes de auxiliares de enfermagem, dos dois plantões, par e impar.

Estiveram presentes o grupo de técnicos e auxiliares da Gerência de Agudos. No primeiro dia tivemos como objetivo proporcionar, pela via da arte, vivências disparadoras de reflexões de um lado, sobre a uso da arte enquanto expressão de linguagem nas ações de cuidado/tratamento dos pacientes, e de outro a reflexão crítica sobre o trabalho do cuidador. No segundo dia assistimos a peça “Nise da Silveira - Senhora das Imagens” (em DVD) seguida de discussão visando estabelecer paralelo entre a vida e obra de NISE e a práxis hoje. Foi utilizado telas, pincéis e tinta a guache cedidos pelo hospital.

Os profissionais foram chegando aos poucos no anfiteatro e como combinado anteriormente entre eles, trouxeram algumas comidas e bebidas para o café da manhã. Estavam descontraídos e mostravam alegria, sorriam e brincavam uns com os outros. Enquanto chegavam e tomavam o lanche, ouviam músicas clássicas escolhidas pela pesquisadora para este encontro, como Vivaldi- Four a Seasons; Chopin - Prelúdio em Mi Menor, Noturno; Lizt - Sonho de Amor; Debussy - Claire de Lune para piano; Chopin e Bach. No telão, deixamos projetado em forma de slides algumas pinturas de: Escher; Fayga Ostrower; Rothko; Salvador Dali e Tarsila do Amaral.

Foi explicado aos participantes o objetivo do encontro e esclarecido que tal qual o que era proporcionado aos pacientes, eles ali poderiam expressar-se livremente pela via da pintura em tela, não se buscava nenhum artista, apenas que naquele momento pudessem dar vazão a uma idéia em forma de imagem, pintura, assim como pôde ser observado com as obras de arte apresentadas durante o início daquele encontro. Ao final, foi feita a pergunta aos participantes: quais as sensações e sentimentos que aquele encontro despertou neles?

Cada qual pegou a sua tela em branco e se dirigiu à mesa aonde já se encontrava os pincéis e as tintas, foram sentando-se. Observamos que não procuravam agrupar-se por afinidade pessoal ou profissional, foram apenas sentando-se um ao lado do outro apenas.

Alguns permaneceram durante alguns minutos olhando para a tela em branco ou comentando entre risos com os colegas, demonstrando certa timidez - o que é que eu vou pintar? Uma das auxiliares, diz: “ *[..]nossa eu nunca peguei num pincel na vida, é a primeira vez!*” A pesquisadora esclarece que o mais importante é deixar fluir uma idéia, um traço, ou brincar com as cores. Não queremos avaliar a qualidade do desenho, da obra.

A médica comenta que este sempre foi o seu maior desejo, pintar, pintura em tela. Mas a vida, a correria do dia a dia nunca permitiu a realização deste desejo. Diz que é curioso ter que viver todos esses anos, retornando ao trabalho em um hospital psiquiátrico para se encontrar com o seu desejo e durante o trabalho, que magnífico, completa. O outro médico, chega mais tarde, momento em que todos já estavam desenvolvendo seu trabalho, pede uma tela e a coloca improvisadamente sobre a estante, distanciando-se do grupo da mesa. Alguns colegas fazem esta observação dirigindo-se à ele. Ao que responde, que não há lugar na mesa e que prefere estar ali por que é mais confortável. Segue o trabalho com interações descontraídas entre o grupo. Ao final, a pesquisadora pergunta se eles gostariam de apresentar a suas telas aos demais e falar sobre os seus sentimentos durante esta atividade.

Uma auxiliar de enfermagem, diz que nunca havia desenhado antes, tão pouco pintado em tela, mas pensou, já que estou aqui vou aproveitar! Diz que sente muitas saudades do lugar de onde veio, no nordeste, então tentou pintar a sua casa, completa dizendo que foi muito bom, na sua cabeça foi como se estivesse lá. Dá risada e comenta que começou desenhando a casa, mas percebeu que ficou pequeno o desenho na tela, aí desenhou uma árvore e resolveu fazê-la maior para ocupar o espaço da tela, mas daí ficou imensa diante da casa. Ela ri muito e todos também, diante de seu jeito descontraído e espontâneo de falar. A outra auxiliar também se inspirou em algo pessoal, “na sua casinha na chacinha” diz ela, acrescenta que só colocou um coqueiro também para

preencher o espaço em branco, mas ficou grande, então resolveu fazer o céu. E assim todos vão espontaneamente falando sobre a sua obra.

Fazem questão de serem fotografados com as suas telas.

Questionados sobre o que representou para cada um aquele momento, dizem:

- eu nunca imaginei que pudesse pintar uma tela um dia, é claro que não saio daqui uma pintora, mas foi delicioso!

- me sinto leve, deveríamos ter mais momentos como este, ficamos mais próximos aqueles que trabalham na mesma clínica e nos aproximamos mais dos colegas da outra.

- trabalho em CAPS há um tempão, esperava lá ter oportunidade de viver um dia assim, mas nunca tive, aqui é que nunca esperava. Foi muito bom, aliás tem sido muito bom todos encontros dos quais eu participei. Mas este foi especial, eu sempre desejei ter um momento em que pudesse ter um cantinho na minha casa para pintar, mas nunca desenhei nem uma montanha nem flores, e olha só o que pinte hoje, mostra para a tela com o desenho de flores. Então me descobri hoje com o meu desejo, nem a terapia me proporcionou isto, ri.

- esqueci que estava no trabalho, foi incrível, muito bom!

- hoje pude perceber o que os pacientes sentem quando vão para o ateliê com a T.O., hoje entendi que deveríamos ter mais momentos como este para eles, por que é muito bom, relaxa, a cabeça fica leve.

4º. e 5º. Encontro de Formação : Segundo Momento - Oficina Arte

Data: 30 e 31/10/2012

Esta oficina também foi realizada no anfiteatro do hospital, assim como a oficina da pintura em tela, assim como na outra oficina, os participantes também prepararam o café da manhã.

No horário marcado, todos comparecem, alguns se atrasam, compartilham com a pesquisadora sobre o motivo: um dos pacientes na clínica masculina estava muito agitado, agressivo tentou agredir um outro paciente e um auxiliar de enfermagem, ao mesmo tempo um familiar (irmã do paciente) chegou à clínica acompanhado de uma pessoa que se diz advogado querendo que um paciente

assinasse uma procuração. A Assistente Social ao ouvir a irmã compreende de que se tratava de uma procuração que dava a ela amplo poder para a venda dos imóveis que o irmão era herdeiro, procurou a advogada do hospital que interveio não permitindo a assinatura do documento e irá remeter o caso ao judiciário. Apesar do contratempo, a equipe parecia lidar com esta situação como mais em sua rotina de trabalho, apesar de manifestarem-se indignados, mostravam-se alegres. Tivemos nestes dois dias desta oficina, algumas ausências, principalmente de auxiliares de enfermagem. Para que fosse possível a participação destes profissionais, foi programado que outros colegas fariam a substituição frente ao pagamento de plantão extra. Porém alguns dias antes do encontro, a gerência de recursos humanos, comunica que haveria a necessidade de reduzir os plantões extras diante da modificação do cálculo sobre o total de plantões para esta categoria profissional que a Secretaria de Estado da Saúde estabeleceu para o hospital. Importante destacar, que segundo a gerência de recursos humanos da instituição a unidade hospitalar não foi informada sobre os estudos que a Secretaria de Estado vinha fazendo sobre este assunto e tão pouco foi antecipadamente comunicada ou orientada, diz a gerente que foi pega de surpresa. Esclarece que esta decisão, tomada a distância pelo núcleo central de recursos humanos, compromete o trabalho do hospital, já que há déficit de funcionários pela ampliação de serviço sem a contrapartida de aumento do quadro de pessoal, e do número elevado de absenteísmo. Frente a informação de que a cota de plantões destinada ao hospital estava no limite, e a fim de evitar maiores problemas, decidimos a pesquisadora e os coordenadores dos Núcleos (clínicas), que estivessem presentes apenas o número possível de profissionais. Considerando que diante do envolvimento demonstrado pela equipe de auxiliares aliado a necessidade identificada de formação em situação de trabalho para esta equipe, a pesquisadora se prontifica junto ao grupo de programar novos encontros em outras datas de forma a possibilitar a participação de todos os interessados. O que se dá nas duas semanas subsequentes, em dias diferentes porém agora na sala de reuniões no interior das clínicas masculina e feminina.

Antes do início do DVD sobre a peça, a pesquisadora, dispôs as tela pintadas pelos profissionais em semicírculo sobre as cadeiras e janelas. Foi realizada uma

breve introdução a temática da peça, e esclarecido que após o término da apresentação faríamos uma roda de discussão sobre o tema. O objetivo era estabelecer a relação entre a peça e o trabalho da Nise e o realizado naquela instituição por aqueles profissionais. Apresentamos a síntese do encontro anterior, que foi lida para os presentes, como não houve alteração nos registros apresentados, demos sequência às ações previstas para este dia.

Durante a apresentação, todos assistiram atentamente. Apenas uma auxiliar cochilou. Após a apresentação do DVD, abriu-se para a roda de discussão.

Destacamos a seguir as falas, destacando a categoria profissional a que pertencem:

Auxiliar de Enfermagem

- “Eu gosto de trabalhar na psiquiatria, gosto de trabalhar na enfermaria porque lá você é útil. Muitas vezes nos sentimos valorizados outras não. Por exemplo quando o médico pergunta, você que está a mais tempo com ele (paciente) o que acha sobre como ele está. Isto é bom, mostra que respeita o seu trabalho. Mas em outras vezes, escrevemos no prontuário que o paciente não dormiu, ficou deambulando a noite toda, mostrando-se agressivo com os demais pacientes e funcionários, e o médico o atende pela manhã, e escreve paciente com bom contato, estável mantém a medicação.”

- Eu gosto de psiquiatria sempre gostei, me sinto útil.

- Eu fiz o curso para auxiliar me formei prestei concurso público, passei e vim parar aqui, trabalhei em PS lá você aprende, aqui você não aprende nada, fica dando remedinho v.o. (via oral) e só. Quando vim trabalhar aqui, falei, bem vou tentar se não gostar não volto, aí estou aqui até hoje tem pacientes que a gente acaba se envolvendo como se fosse alguém da sua família. Muitas vezes a gente sofre muito com algumas histórias.

- Eu trabalho em Pronto Socorro Geral, mas no setor de psiquiatria. E lá no PS é muito diferente daqui, um quartinho pequenininho, estreito parece uma prisão cheio de grades, são dois quartinhos para paciente psiquiátrico e só. Bem diferente daqui, em que ambiente é amplo, os pacientes podem circular se movimentar mais a vontade. Mas quando vim trabalhar aqui na psiquiatria inicialmente pensei, que fosse só apanhar e bater, risos; não é nada disso, é totalmente diferente. Mas a gente precisa de cursos de capacitação, mas os

cursos que foram oferecidos aqui, não trouxeram nada de novo que acrescentasse para o conhecimento do meu trabalho. O último curso, por exemplo não trouxe nada de novo, acho que falta a parte técnica por exemplo o que é a esquizofrenia, como eu lido com as crianças autistas, por exemplo. A equipe que trabalha com eles, nossa, só recebem mordida, chute, murro, eles são terríveis. Como que a gente fica depois de um dia de trabalho desses?

- O nosso trabalho não é fácil (com os adultos) mas é menos pior do que com as crianças autistas. Mas depois de um dia de trabalho, a gente chega em casa, não quer ouvir nada, não aguenta barulho ou qualquer um falando muito ou mais alto.

Médico

- Comenta que dos tempos da Nise para cá, algumas coisas mudaram porém considera que a prática da psiquiatria ainda tem muito o que mudar. Muitas vezes, ainda hoje o médico se quer olha para o paciente, não considera o que ele diz. Nise foi um exemplo de profissional para a sua época e o é até hoje.

A pesquisadora pergunta: O que representa para vocês um momento como este hoje?

Auxiliar de enfermagem

“Muito rico, troca de aprendizado, informação põe a gente de igual para igual. Por exemplo o médico ele está mais próximo, depois destes nossos encontros. Quando nós falamos - “olha doutor precisa mexer na medicação, o paciente não está dormindo bem”. Eles tem escutado a gente, conversam com o paciente e quando é o caso eles (médicos) alteram a prescrição. Estes encontros são momentos de leveza em que a gente aprende a falar e escutar, principalmente a nós mesmos.”

- *“A gente aprende muito, e de um jeito diferente, a gente nem percebe e quando vê já tá fazendo diferente o que sempre fazíamos de um jeito só.”*

- *“Precisamos ter mais encontros assim, faz bem pra gente, a gente começa a pensar e ver o nosso trabalho e os pacientes de um jeito diferente. Eu achava que quando a T.O. (terapeuta ocupacional) faz as oficinas com eles, é mais para eles se distraírem Hoje eu vejo diferente, é muito importante, porque olha só para aonde eu fui, lá atrás para a minha infância, lembrar da minha casinha, com*

meus pais... (começa a chorar novamente, já havia chorado quando falou sobre a pintura.)”.

Médicos

Médico 1

- Além de nos aproximar em um momento diferente do dia a dia, acho muito legal pensar no trabalho desta maneira. Eu nos meus finais de semana, toco em uma banda, então penso que toda as formas de arte deveriam estar mais próximas e acessíveis a maior parte das pessoas. É como ela falou (citando a auxiliar de enfermagem em sua fala) é mais que distração, a pintura propicia um mergulho em nós mesmos, vamos para lugares, as vezes, escondidos e trancados em nós mesmos.

Médico 2

- Como eu falei no outro dia é a primeira vez que eu tenho esta experiência no meu local de trabalho, durante o meu trabalho e que coincidentemente me fez reencontrar com algo planejado a muitos anos, que era pintar, comprei há anos atras até um cavalete e outros materiais para a pintura em tela e nunca pinte, para ser sincera nem abri o material. Hoje a partir desta experiência, retomo o que ficou parado no meu projeto de vida pessoal, e tomei a decisão (ri) vou desembulhar, aliás procurar onde deixei guardado o material e quero pintar! Nunca imaginei que pudesse, no meu trabalho encontrar, me reencontrar comigo mesma. E nem paguei para o meu analista? (ela e todos riem). Foi fantástico! Quanto aos pacientes, os benefícios ficam mais evidentes quando também passamos pela experiência pessoal, não é mesmo?

Médico 3

- “É como a Nise dizia: “Emoção de lidar”...Isso é humanizar a psiquiatria é lidar com os dois seres que estão em jogo. Não temos aparelhos para o lidar, somos nós, alma e coração, e as vezes alguma técnica. Como entender e agir frente ao delírio do paciente, sem compreender a relação daquilo na sua vida?

Psicólogo

- Complementando a fala do doutor, é isso, se não ouvirmos o paciente para além do que ele muitas vezes nos diz, como intervir? Dá o exemplo do paciente

que redigiu um documento no computador em que assinava como “ juiz-presidente”.

Observamos momentos de grande emoção retratada na fala de um dos presentes, quando relembra a experiência traumática vivida no passado, na atividade do trabalho naquela instituição, como o paciente psiquiátrico era visto e tratado estabelecendo a relação com o presente. Ele destaca a transformação e a qualifica como positiva ao mesmo tempo difícil o processo de mudança, considera que ainda há muita coisa para mudar.

RESULTADO

Falas

- 1- “ nossa eu nunca peguei num pincel na vida, é a **primeira vez!**”
- 2- “este sempre foi o seu maior desejo, pintar, pintura em tela. Mas a vida, a correria do dia a dia nunca permitiu a **realização deste desejo.**”
- 3- “sinto muitas **saudades do lugar de onde venho**, (região nordeste do Brasil) então pintei a minha casinha lá ...**foi muito bom**, na minha cabeça foi como se eu estivesse lá.”
- 4- “...trabalho em CAPS há um tempão, esperava lá ter **oportunidade de viver um dia assim**, mas nunca tive, aqui é que nunca esperava.”
- 5- “...hoje pude **perceber o que os pacientes sentem quando vão para o ateliê com a T.O.**, hoje entendi que **deveríamos ter mais momentos como este** para eles, por que é muito bom, relaxa, a cabeça fica leve.”

Quarto e Quinto Encontros

Tema: Oficina de arte: Emoção do lidar parte II – Nise da Silveira

Objetivo: Colocar o cotidiano do trabalho em questão ao refletir sobre o protagonismo do hospital e daquela equipe nas ações de cuidado/tratamento desenvolvidas e dispensadas aos pacientes a partir da reforma psiquiátrica e na atualidade. Refletir, sobre as condições de trabalho naquele hospital, quanto aos recursos técnicos, humanos e materiais e de seu papel histórico e social na política de saúde mental.

Participantes: Duas turmas A e B em dias alternados, constituídas por médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeira, psicólogo, auxiliares de enfermagem, assistente social.

Materialidade Mediadora: Linguagem Teatral (reprodução da peça em filme)⁴⁵

DESCRIÇÃO DO ENCONTRO:

Este também se deu em dois dias pelas razões antes mencionadas e também foi realizado no anfiteatro do hospital. As telas pintadas nos dois encontros anteriores, ficaram expostas entre o salão de entrada e a sala de projeção do anfiteatro. De forma que ao entrarem, os participantes entravam em contato com o material por eles produzido no encontro anterior.

Dando continuidade ao encontro anterior, neste os participantes assistiram ao DVD da peça teatral “ Nise da Silveira - A Senhora das Imagens”⁴⁶. Foi realizada uma breve introdução a temática da peça, e esclarecido que após o término da apresentação faríamos uma roda de discussão sobre o tema. O objetivo era estabelecer a relação entre a peça e o trabalho da Nise e o realizado naquela instituição por aqueles profissionais. Durante a apresentação, todos assistiram atentamente, apenas um profissional cochilou. Após a apresentação do DVD, abriu-se para a roda de discussão. Iniciada a discussão e reflexão sobre os aspectos observados e os sentidos configurados, registramos falas que nos

⁴⁵ O filme reproduzido é original comercializado pela produção da peça teatral.

⁴⁶ Créditos da peça teatral “Nise Da Silveira:Senhora Das Imagens” Dramaturgia e Direção: Daniel Lobo
Voz do Inconsciente: Carlos Vereza. Participações em Vídeo: Ferreira Gullar e José Celso Martinez Corrêa
Coreografia: Ana Botafogo. Trilha Sonora Original: João Carlos Assis Brasil.Desenho de Luz: Djalma Amaral
Cenário e Figurino: Ronald Teixeira.Assessoria de Imprensa: Canal Aberto – Márcia Marques. Realização: Essencial Cia. de Teatro

remeteram a análise sobre a configuração da concepção de prática profissional daquele grupo e as dificuldades no trabalho. Observamos momentos de grande emoção retratada na fala de um dos presentes, quando relembra a experiência traumática vivida no passado, na atividade do trabalho naquela instituição, como o paciente psiquiátrico era visto e tratado estabelecendo a relação com o presente. Ele destaca a transformação, desde o eletrochoque utilizado como punição muitas vezes, até o número de profissionais por paciente, e a qualifica como positiva, ao mesmo tempo em que considera que ainda há muita coisa para mudar.

O grupo aponta para a necessidade de que encontros como esses deveriam ser regulares na instituição e consideram que o grupo poderia tornar em si um grupo de capacitação, a partir da leitura de textos acadêmicos sobre um determinado tema relacionando com a prática. Decide-se então que o próximo Encontro terá esse caráter de ser um encontro teórico prático sobre o tema que o próprio grupo escolheu – Transtorno Afetivo Bipolar. Encarregaram-se da temática a equipe do núcleo de pacientes femininos. Foi sugerido alguns textos, e as equipes também indicaram outros e o caso clínico (prático) será trazido pela mesma equipe.

RESULTADO

Falas
1- “Eu gosto de trabalhar na psiquiatria , gosto de trabalhar na enfermaria porque lá você é útil. ”
2- “...muitas vezes nos sentimos desvalorizados , como por exemplo: escrevemos no prontuário que o paciente não dormiu, ficou deambulando e agitado a noite toda, mostrando-se agressivo com os demais pacientes e funcionários, e o médico o atende pela manhã, e escreve paciente com bom contato, estável mantém a medicação e cuidados.”
3- “fiz o curso para auxiliar me formei prestei concurso público, passei e vim parar aqui , trabalhei em PS lá você aprende! Aqui você não aprende nada , fica dando remedinho” v.o.” (via oral) e só!”

- 4- “...eu trabalho em Pronto Socorro Geral, mas no setor de psiquiatria. E lá no PS é muito **diferente daqui**, um quartinho pequenininho, estreito parece uma prisão cheio de grades,”
- 5- “ ...a gente **precisa de cursos de capacitação**, mas os cursos que foram oferecidos **aqui, não trouxeram nada de novo...**”
- 6- “ ...acho que **falta a parte técnica** por exemplo o que é a esquizofrenia, como eu lido com as crianças autistas, por exemplo. A equipe que trabalha com eles, nossa, só recebem mordida, chute, murro, eles são terríveis. Como que a gente fica depois de um dia de trabalho desses?”
- 7- “...muitas vezes, ainda hoje **o médico se quer olha para o paciente**, não considera o que ele diz.”
- 8- “...precisamos **ter mais encontros assim**, faz bem pra gente, a gente começa a **pensar e ver o nosso trabalho** e os pacientes de um jeito diferente. Eu achava que quando a T.O. (terapeuta ocupacional) faz as oficinas com eles, é mais para eles se distraírem **Hoje eu vejo diferente**”

Sexto e Sétimo Encontro:

Tema: Encontro de estudo temático teórico/prático sobre Transtorno Afetivo Bipolar.

Objetivo: A partir do encontro anterior e acompanhando a necessidade apontada pelo grupo de participantes, neste encontro busca-se propiciar o acesso ao conhecimento científico produzindo relacionando-o com a atividade do trabalho. Auxiliar a equipe no processo de análise da atividade do trabalho, a partir da relação teórico - prática. Busca-se possibilitar a reflexão crítica da realidade e a identificação e possibilidades de transformação da atividade do trabalho pelos próprios atores.

Participantes: Duas turmas A e B em dias alternados, constituídas por médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeira, psicólogo, auxiliares de enfermagem, assistente social. **Materialidades Mediadoras**

1-Slide da Tela “ O Grito” (1893) - Edvard Munch

2- Curta “Euspelho”⁴⁷

3- Vídeo Arthur Bispo do Rosário: A poesia do fio⁴⁸

DESCRIÇÃO DO ENCONTRO:

A partir da sugestão dos participantes do tema para estudo e discussão neste encontro - TAB: Transtorno Afetivo Bipolar, indicamos dois artigos científicos sobre o assunto, com antecedência de 15 dias e sugerimos às equipes que indicassem outros, via email ou deixarem os textos disponíveis na sala de reunião de equipe, o que não ocorreu.

Iniciamos, apresentando a imagem da Pintura em Tela “ O Grito” (1893) de Edvard Munch e perguntamos “O que a imagens os fazia pensar? Após a exposição dialogada dos participantes, apresentamos o vídeo do curta metragem “ EUSPELHO”. O grupo encarregado da apresentação (definição ocorrida no encontro anterior) realizou a leitura explicativa do texto remetendo-se a exemplos da atividade do trabalho, levando a discussão e reflexão sobre os aspectos que vão desde o diagnóstico, o tratamento dispensado a esse grupo de pacientes, ou das dificuldades encontradas na relação profissional/paciente dado o estado de agudização dos sintomas apresentado no momento inicial da internação. Os profissionais falam da dificuldade no trato com pacientes diante do comportamento “manipulador”(sic relato) que algumas apresentam. O que leva, por vezes à divergências em relação à melhor direção de tratamento seja no aspecto medicamentoso, seja nas ações psicossociais.

Nesse encontro destaca-se algumas dificuldades vivenciadas pela equipe na atividade do trabalho. Por um lado constata-se que o cotidiano próprio da atividade não está descrito na literatura psiquiátrica dado os aspectos da subjetividade e subjetivação presentes no contexto da relação do tratamento e de outro identifica-se a pequena apropriação do conhecimento teórico por todos da equipe do que já se encontra presente na literatura. A equipe identifica a necessidade de se estabelecer rotinas e protocolos de atendimento da unidade

⁴⁷ Disponível em : <http://youtu.be/cKxRWEh8> Curta Metragem exibido no “2º. Festival de Cinema Experimental Curta a Vida” em 2009. Um filme de Dina Alves e Odair Dias. O filme retrata uma personagem que sofre de transtorno bipolar. Duração: 7:35min.

⁴⁸ Disponível em <http://youtu.be/ky3zHSVhFMQ> . Duração: 2:13min

frente a cada tipo de quadro clínico, sentem portanto a necessidade de um documento que os norteie em sua prática.. Opta-se pela revisão e realinhamento do Projeto Terapêutico⁴⁹ de cada um dos dois núcleos de internação de agudos. A pesquisadora sugere a formação de grupos de tarefa divididos por áreas de especialidade. Combina-se que cada grupo de profissionais de acordo com a sua área de atuação irá descrever detalhadamente o que realiza no dia a dia de sua atividade ao longo de uma semana, sinalizando o que faz todos os dias e o que faz eventualmente e de preferência como faz. Propõe-se que esse material seja socializado pelas áreas em uma reunião a ser realizada após essa semana de registro, de forma a produzir um documento único por área, a ser socializado no próximo encontro. (prazo de 15 dias).

Todos concordam e sugerem que se repita a cada 60 dias um outro encontro temático para dar continuidade e aprofundamento dos estudos realizados nesse dia.

Encerramos este encontro com a apresentação do vídeo sobre algumas obras do artista Arthur Bispo do Rosário, intitulado “ A poesia do fio”⁵⁰ , foi solicitado que realizassem um breve relato sobre o sentido daquele encontro para cada um.

⁴⁹ O Projeto Terapêutico dos Núcleos de internação de agudos adultos nessa instituição tem como finalidade a descrição de objetivos, protocolos a partir das atividades a serem executadas pelos profissionais visando o atendimento das necessidades dos pacientes por eles atendidos. Decorre desse projeto terapêutico a proposta de tratamento a ser desenvolvida com cada paciente e que neste caso é denominado P.T.S.(projeto terapêutico singular).

⁵⁰ Arthur Bispo do Rosário (Japaratinga, Sergipe *15/05/ 1909- morre no Rio de Janeiro em 5/07/1989), na juventude trabalhou na marinha, foi boxeador, vendedor ambulante, trabalhou no Departamento de Tração de Bondes na cidade do Rio de Janeiro, e por fim foi empregado doméstico. Por volta dos seus 30 anos teve o seu primeiro surto sendo internado primeiro no Hospital Psiquiátrico Pedro II e após foi transferido para a Colônia Juliano Moreira onde permaneceu até a sua morte. Suas obras, realizadas a partir da sucata que recolhia no lixo do hospital, foram descobertas no início década de 80 e mostras pela primeira vez ao público em mostra coletiva em 1982. Após seguiram-se várias mostras individuais que percorreram a Europa, sendo vistas por mais de 100 mil pessoas. Em 2013 a 30ª. Bienal de SP traz destaque para suas obras.

Vídeo “A poesia do Fio” disponível: <http://youtu.be/ky3zHSVhFMQ>

RESULTADO

Falas

- 1- “ com as pacientes daqui (refere-se à pacientes mulheres) **é muito difícil lidar** quando elas chegam no auge do surto e as vezes **alguns entendem como manipulação e não como um sintoma da doença** como nós estamos vendo hoje.
- 2- “... **é importante esse momento para revermos nossa conduta**, como no caso da paciente (refere-se à conduta adotada pela equipe levando em consideração o que ouviam dela apenas e não levando em consideração todo o histórico e contexto da doença, levando a uma internação prolongada.)”
- 3- “... **mesmo em relação à medicação, deveríamos ter um protocolo de prescrição definido pelo corpo clínico desde o momento de entrada do paciente**. As vezes o paciente chega em crise e o médico plantonista “submedica” levando o paciente e equipe a um desgaste desnecessário.
- 4- “ **é preciso que todos falem a mesma linguagem** e para isso é preciso **estudar para compreender**. Levando em consideração que **cada um é um.**”

OITAVO ENCONTRO

Tema: O que eu faço? Descrevendo o trabalho

Objetivo: Desenvolver autonomia e favorecer a identificação de competências. Possibilitar a troca de informação sobre o processo do trabalho realizado por cada área profissional. Neste encontro desejávamos que o profissional pudesse tomar consciência da sua práxis refletindo sobre a importância de ações pensadas e adotadas no coletivo do trabalho, isso levando à diminuição da angústia e sofrimento vivido na precarização do trabalho.

Participantes: Duas turmas A e B em dias alternados, constituídas por médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeira, psicólogo, auxiliares de enfermagem, assistente social

Materialidade Mediadora: Trecho do filme Camille Claudel, de Bruno Nuytten, (1989).

Imagens em Power Point de algumas obras de Camille Claudel (idade madura, Sakuntala (1886-1905) e La Valse (1889-1905).

DESCRIÇÃO DO ENCONTRO

Para este encontro foi solicitado que os participantes, por área de atuação, trouxessem já descrita as atividades que realizam, indicando, o que lembravam, daquilo que realizam diariamente, o que realizam eventualmente e como fazem. Na abertura do encontro, apresentamos um trecho do filme *Camille Claudel*, de Bruno Nuytten, (1989). Filme baseado na biografia escrita por Raine-Marie, sobrinha-neta de Camille. O trecho apresentado, destaca disposição de Camille em concretizar o seu desejo de trabalhar com escultura, contrariando sua família e a busca por argila numa França chuvosa. Na sequência, apresentamos algumas imagens de obras de Camille Claudel e apresentamos brevemente sua biografia. Discutimos a impressão deles sobre o trecho do filme e as obras da artista e pediu-se que relatassem quais foram suas impressões e se havia alguma relação com o trabalho deles.

Os participantes leram o material que produziram e a pesquisadora propôs que eles apontassem em que momento daquelas descrições de atividades se dava o encontro entre as áreas ou se afastava; uma vez que a lógica do trabalho em saúde mental é a da interdisciplinaridade visando alcançar a proclamada “transdisciplinaridade”, e que relatassem quais as dificuldades vividas nesse processo. Foi realizado o registro com alterações e correções pelos próprios participantes. Encerramos o encontro, marcando a data para o próximo e definindo o objetivo: revisão do Projeto Terapêutico com a inclusão do material executado neste encontro.

RESULTADO

Falas

- 1- “ **quem faz o contato com a família, os Caps é só o(a) assistente social?**
- 2- “ precisamos que **um maior número de auxiliares estejam presentes nas reuniões de equipe**, porque as informações ou não circulam (da reunião para os demais auxiliares) ou que seja feita uma reunião só com os auxiliares”.
- 3- “ **qual o motivo que as coisas se perdem?** (fala sobre ações e procedimentos já adotados e que frente a um novo as pessoas dizem que não sabem o que ou como fazer).
- 4- “E **os médicos não vão descrever o que fazem?** Não cabe também a eles o papel de referência terapêutica?”

- 5- “... não, **não é possível eu atender todos os pacientes e ser referência para dois ou três...**(resposta de médico)
- 6- “...**para nós (membro da equipe não médica) não é diferente**, mas o que está em jogo é a melhor qualidade da assistência ao paciente...”

NONO ENCONTRO

Tema: Projeto Terapêutico dos Núcleos – “P.T.N.”

Objetivo: Leitura crítica e reflexiva sobre a atividade do trabalho visando a construção do documento balizador da prática.

Participantes: médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeira, psicólogo, auxiliares de enfermagem, assistente social.

Materialidade Mediadora: Não houve o uso de materialidade mediadora neste encontro.

DESCRIÇÃO DO ENCONTRO

Leitura e revisão do projeto terapêutico dos núcleos de assistência. Este documento foi instituído como parte da mudança da lógica de tratamento da instituição há aproximadamente 10 anos. Ao longo desse tempo, passou por alterações algumas realizadas em conjunto com a equipe, outras pela direção. A equipe sempre que se sente em dúvida com relação a prática remete-se à ele, ao mesmo tempo que denunciam que ele não reflete a atividade do trabalho. Assim, consideramos necessário retomar ao documento citado por todos e revê-lo criticamente. Providenciou-se, cópia do P.T.N. para todos, dividiu-se o grupo de participantes em dois subgrupos, pediu-se que lessem e apontassem para a pertinência do texto na relação com a prática atual, anotando as sugestões de alteração, incluindo a revisão do que foi acrescentado no encontro anterior. Ao final combinamos que haveria a socialização da discussão com os membros ausentes e que uma cópia ficaria disponível para todos na sala de equipe de cada um dos núcleos (masculino e feminino), possibilitando o acesso ao conhecimento produzido.

Após a manifestação dos demais que não se encontravam presentes e dentro do prazo estipulado de 15 dias, garantiu-se a impressão do documento.

RESULTADO

Falas

- 1- “... **nossa como se trabalha aqui!**... eu não me dava conta da **quantidade de atividades que eu faço por dia.**”
- 2- “ precisamos ainda **rever o protocolo de ações de enfermagem**, verificamos que o que **está em uso não condiz com a realidade...** tem muitos furos”.
- 3- “ como já disse no outro encontro, precisamos **elaborar um protocolo médico**, com a preconização de medicamentos e suas dosagens para as diversas ocorrências.”
- 4- “ **o psicólogo só pode atender em grupo**, ele **não pode fazer atendimento individual?**
- 5- “ comparando o que fazemos e o que está escrito aqui, **temos que refazer tudo!**”
- 6- “acho que é interessante isso, porque **não fica na cabeça de cada um aquilo que faz**, qualquer um que chegar novo pode até rever mas a partir de algo que **já tem um caminho.**”

DÉCIMO ENCONTRO

Tema: Projeto Terapêutico - continuação

Objetivo: Leitura crítica e reflexiva sobre a atividade do trabalho visando a construção do documento balizador da prática.

Participantes: médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeira, psicólogo, auxiliares de enfermagem, assistente social.

Materialidade Mediadora: Trecho das musicais clássicas: Minueto em Sol Maior de Bach, Noturno Chopin, Beethoven – Silencie.

DESCRIÇÃO DO ENCONTRO

Inicia-se o encontro solicitando que os participantes, após ouvir um trecho das peças musicais abaixo, escolhessem uma que melhor representasse o que esperavam daquele encontro:

- Minueto em Sol Maior de Bach; Noturno Chopin; Beethoven - Silencie

Tocamos um trecho de cada música e os participantes escolheram Minueto em Sol Maior de Bach, atribuíram como significado da escolha a calma e a

tranquilidade transmitida pela música. Consideraram que aquele clima, era essencial para aquela escrita, além de inspirador.

Após a música, dividiu-se em 3 grupos para a elaboração da tarefa, o primeiro grupo ficou com a função de revisão e re-elaboração da apresentação do serviço e dos objetivos e o tratamento oferecido. O segundo grupo se encarregou da revisão e escrita final das atividades do trabalho por área de acordo com o material já entregue. O terceiro grupo encarregou-se da revisão e escrita da estrutura de recursos humanos (R H) e física que compõe cada núcleo.

A tarefa por ser extensa, não foi concluída nesse encontro e ficou para ser finalizada no encontro seguinte.

RESULTADO

Falas

- 1- “**essa parte é muito chata**, mas é necessário, né?”
- 2- “estamos aqui falando que esse é um **instrumento que tem que ser revisto** com maior frequência, por que senão fica desse jeito.”
- 3- “ o colega fala de protocolo, mas há ações que **não há como estabelecer um protocolo.**”
- 4- “ mas, não sei talvez um curso, sei lá, um paciente muitas vezes quando agride ele já manifestou sinais antes que por vezes não percebemos. Então **um curso, orientação de como agir nestas situações, ajudaria.**”

DÉCIMO PRIMEIRO ENCONTRO

Tema: Finalização do Projeto Terapêutico dos Núcleos (PTN) e início dos trabalhos de revisão do Projeto Terapêutico Singular.

Objetivo:

Participantes: médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeira, psicólogo, auxiliares de enfermagem, assistente social.

Materialidade Mediadora: Não houve o uso de materialidade mediadora neste encontro.

DESCRIÇÃO DO ENCONTRO

Iniciamos com um resumo do trabalho realizado no encontro anterior, e lembrando onde paramos e quais ações ficaram previstas para este encontro. Entre estas, ficou definido que neste encontro as equipes reuniriam os protocolos

já praticados que seriam revisados pelo grupo. São eles: protocolo para situações específicas vulnerabilidade social ou familiar; protocolo operacional padrão (equipe de enfermagem) que contém o protocolo de contenção (física e ou de espaço) e formas de abordagem; protocolo de utilização do quarto de hóspedes (clínica feminina); protocolo de farmacoterapêutica, nesse caso como este documento é redigido pela equipe da farmácia, não estava na competência daquela equipe fazer alterações, mas poderiam sugerir-las à equipe responsável; protocolo de óbito, aqui também a equipe poderá sugerir alterações já que trata-se de um documento institucional.

No que compete ao trabalho desse grupo, os presentes após leitura identificam a necessidade de alterar o texto de alguns como o protocolo de uso do quarto de hóspede. No caso do protocolo operacional padrão, chegam a conclusão que deverão alterá-lo por completo, tornando-os mais fiel à prática.

Finalizada a revisão do projeto terapêutico dos núcleos, os presentes concordaram. A redação final com a formatação adequada será realizada pelo funcionário administrativo de uma das equipes e após será impresso e permanecerá uma cópia na área de trabalho dos computadores das clínicas, e serão impressas cópias que ficarão em pasta de fácil acesso nas salas de reunião de equipe, posto de enfermagem e setor administrativo.

Alguns participantes consideram que após a execução desse trabalho que deveria ser revisto o folder (material de divulgação de informações distribuído aos pacientes, visitantes e familiares) de cada núcleo já que há alterações também para ser realizada ali.

Em seguida passamos para a discussão do Projeto Terapêutico Individual (PTI). Nesse ponto os presentes após longa discussão, sugerem que sejam realizadas alterações que vão desde o registro no prontuário do paciente à forma como o projeto hoje é realizado. Consideram que a participação do paciente na confecção da proposta terapêutica é pequena e que isso deve ser revisto com urgência.

Os integrantes desse grupo, presentes nesse dia, sugerem que seja realizado o mesmo procedimento que foi utilizado para a construção do P.T.N, ou seja nos moldes do encontro de formação.

Para efeito da coleta de material para esta pesquisa, consideramos encerrado o trabalho, mas a pesquisadora compromete-se com o grupo de dar sequência as atividades de acordo com o que propõem.

RESULTADO

Falas

- 1- "... sabe, **as vezes cansa** porque a gente tem esse trabalhão e daqui a pouco vem alguém e diz – "**ah, eu fiz assim porque não sabia.**"
- 2- "...**o mais difícil de trabalhar aqui são os funcionários**, porque com os pacientes não é difícil é trabalhoso, mas o funcionário tem alguns que **ficam no disse - me - disse**, e isso cansa".
- 3- "...chega uma hora que **vamos ter que fazer um manual de bom comportamento no trabalho**"
- 4- "... **é difícil**, você chega para trabalhar e **não tem aonde colocar suas coisas**, porque o colega não trabalha mais aqui mas ficou com a chave do armário e não devolve."
- 5- "...olha gente, eu falo por mim, né. **Eu fiquei contente com o resultado do nosso trabalho.**"



RESENHA DA PEÇA - NISE DA SILVEIRA : SENHORA DAS IMAGENS

Informações técnicas



Dramaturgia e Direção: Daniel Lobo
Voz do Inconsciente: Carlos Vereza
Participações em Vídeo: Ferreira Gullar e José Celso Martinez Corrêa
Coreografia: Ana Botafogo
Trilha Sonora Original: João Carlos Assis Brasil
Desenho de Luz: Djalma Amaral
Cenário e Figurino: Ronald Teixeira
Assessoria de Imprensa: Canal Aberto – Márcia Marques
Realização: Essencial Cia. de Teatro

Resenha

Espectáculo multimídia que reúne teatro, música, dança e projeções para contar a história de uma das mulheres mais importantes do século XX, que revolucionou a psiquiatria através das artes. A encenação apresenta um painel dos acontecimentos mais marcantes na vida da psiquiatra. Fatos como a chegada ao Rio de Janeiro, em 1927; a amizade com Manuel Bandeira; a prisão e a aproximação com Graciliano Ramos e o psicanalista Carl Gustav Jung estão na narrativa que culmina na consagração internacional das obras criadas por seus pacientes.

ANEXO 4

Roteiro e Transcrição das Entrevistas

1. - Que compensações ou retorno o seu trabalho lhe traz?
2. - O que do seu trabalho lhe mantém nessa atividade?
3. - O que você mudaria no seu trabalho?
4. - O que a Instituição poderia oferecer para melhorar o seu trabalho?
5. - Se você pudesse mudaria de profissão? Para qual?
6. - Já pensou ou pensa em mudar de trabalho? Por que?
7. - Que alegrias e tristezas você vive no trabalho?
8. - Quando você diz para os outros com o que e onde você trabalha, quais os comentários que ouve? Você concorda com eles?

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS*⁵¹

ENTREVISTA: ASSISTENTE SOCIAL 1

Boa tarde....., por favor, fale um pouco sobre o seu percurso profissional e como foi, desde a faculdade, o início do trabalho e a escolha por saúde mental.

Então, eu vou começar a falar um pouquinho antes, porque eu já tenho uma história na saúde mental um pouquinho antes, né. Eu venho de uma família que a minha mãe, ela e vários, né, parentes, familiares, trabalharam no Hospital Psiquiátrico do Juqueri, naquela época que havia 18 mil pacientes. Então, eu era pequena, eu lembro que eu ia nas festas e tal. E a minha mãe aposentou lá, né. E a gente cresceu e viveu um pouco a história, até porque Caieiras tá do lado de Franco da Rocha, né. Então, a gente pôde acompanhar...

A sua mãe era auxiliar de enfermagem?

Não, a minha mãe era, naquela época, auxiliar de laborterapia. Ela trabalhava auxiliando as TOs. Então, ela fazia todo esse trabalho artesanal, terapêutico, junto com as pacientes. Bom, e a gente, né, enquanto família, viveu tudo isso. Aí, aos 19 anos, eu prestei um concurso público, passei, né. E na ocasião, logo que eu passei, que hoje é o Caps aqui de Perdizes, na época era um ambulatório de saúde mental. Aí, naquela época também, as funções que tinham eram de atendente. Que foi o que eu prestei e passei. Logo em seguida, em Franco da Rocha abriu a vaga lá para auxiliar de enfermagem. Que inclusive era a dra. V., uma enfermeira muito reconhecida na época. E eu passei entre as vagas.

Então, aí eu fiz a minha solicitação aqui em Perdizes e o curso era integral, né. Então aí eu fui dispensada para poder fazer esse curso lá em Franco, né. E aí eu fiquei um período de um ano e pouco fazendo o curso. Era período integral. Quando começou os nossos estágios a gente ia pro Hospital das Clínicas e tal.

⁵¹ Optamos pela transcrição literal da entrevista.

E isso, no término do curso eu já prestei um concurso pra auxiliar e também fui uma das primeiras classificadas e já fiquei.

Para auxiliar?

Para auxiliar de enfermagem ali no Hospital do Juqueri. E ali eu fiquei um bom tempo. Depois eu fiz auxiliar de enfermagem do trabalho e fui pra área de indústria, né. E aí eu já não conseguia mais ter a satisfação. Eu nem sei se eu cheguei de fato a ter, né. Eu fui aproveitando as oportunidades que foram surgindo, né. Depois eu consegui um bom trabalho e tal. Financeiramente eu estava equilibrada, porque na época eu trabalhei na Editora Abril, tinha um bom salário. Mas aquilo já não me satisfazia mais profissionalmente, eu sentia muita falta. E a enfermagem também foi uma coisa que surgiu como oportunidade. Embora eu me considero, na época, uma pessoa que conseguiu fazer um bom trabalho e tudo, não era aquilo que eu gostava, né. Então, o tempo foi passando, os meus filhos cresceram, tal e aí eu fiz a escolha para o serviço social. Já bem mais amadurecida e tal.

Eu lembro que na ocasião o meu marido falou: *“-Mas, por quê? A gente já tem a nossa casa, as coisas que a gente quer. Por que você quer? Você vai ficar mais quatro anos, de noite, fora de casa.”* Ah, bom, enfim, mas eu convenci ele e fui. E foi a melhor coisa que eu fiz na minha vida, porque realmente eu senti que era o que faltava na minha vida. Então, é um curso assim, que eu escolhi, como poderia ter escolhido um outro. Então eu fiz assim, porque, é, foi uma opção minha de escolha, né, e muito acertada. Eu gosto muito do que eu faço.

E aí você terminou o curso em serviço social, a faculdade. E aí como foi a sua chegada na... Você optou por saúde, como é que foi?

Então, aí, é, como eu trabalhei bastante tempo na área da saúde, tal, a princípio no, na, no... Na época de estágio, né, que eu estagiei em Franco. Aliás, Franco sempre foi uma casa muito aberta para mim. Na Prefeitura em Franco, fiz o meu estágio lá. Fiz em outros lugares, porque eu sempre fui assim, tive muita vontade de aprender. E fiz um estágio no Fórum de Franco. Nossa! Eu fiquei fascinada. Tanto é que o meu trabalho de conclusão é a respeito de adoção. Aí eu fiquei muito iludida com o trabalho no fórum. Eu prestei alguns

concursos, passei bem. Bem, que eu digo, é bem classificada. Mas assim, eram duas vagas, uma vaga. E, sabe, às vezes eu passava em 17º, e ficava muito complicado. E assim, achei até que eu não fosse voltar para área da saúde, porque eu não gostava mesmo de trabalhar como auxiliar de enfermagem. Era uma coisa assim, muito limitada.

E eu tive uma ocasião, eu vi maus tratos com paciente, e eu denunciei. Então, eu passei por situações assim, que foi muito difícil, lá no Pavilhão Escola, lá em Franco da Rocha, aonde se primava muito à limpeza, aquelas coisas. Enfim, eu não cheguei a pensar exatamente na saúde assim, né, que eu, eu não sei, as coisas foram acontecendo e me levando para saúde. Que a princípio eu tive um pouco de ilusão do fórum. Aí foi quando eu prestei concurso em Caieiras, passei, entrei, fiz vários outros serviços paralelos. E fui, e comecei a atuar na saúde como um todo, né. E aí eu comecei a ter os atendimentos psiquiátricos que vinham pro Pronto Socorro, porque eu dava todo o atendimento pro Pronto Socorro. E aquilo era uma satisfação muito grande para mim, né. Eu gostava. Eu também não sei explicar, mas eu me sentia bem, né.

E aí foi quando abriu o concurso aqui. Que eu até chamei várias amigas minhas, ninguém quis fazer. Eu falei: “*Bom, eu vou fazer, né.*” E eu lembro que eu vim fazer minha inscrição, eu tinha saído de uma colonoscopia que eu fui fazer e vim aqui. Quando meu filho foi me buscar, eu passei aqui e fiz minha inscrição. E no dia que eu fiz o concurso aqui, eu também estava bem doentinha, né, que foi um dia depois do meu aniversário, que foi num domingo, no dia 06 de dezembro, né. E aí eu fui privilegiada de ter passado num dos primeiros lugares e hoje estou aqui, né. Então, foi assim um pouco da minha história.

Fiz trabalhos paralelos, trabalhei na APAE, é, trabalhei na Sabesp, na Caixa Econômica, onde tinha um grupo de assistentes sociais, aonde a gente fazia um trabalho educativo com a comunidade lá no Jaçanã. Então, isso acontecia de final de semana. Eles pagavam muito bem, né. Depois disso eu, e mais uma menina conseguimos a coordenação desse trabalho. Ficamos mais um ano, concluímos todo esse projeto. E assim fui fazendo outras coisas. Aí tive uma experiência na educação especial. Foi quando eu fui, fiquei um tempo da saúde na educação, mas fui direto para educação, das crianças.

Como assistente social?

Então, como assistente social. Aí, por eu não entender nada da área, né, pedagógica, tal, eu senti necessidade de fazer a psicopedagogia, né. Que eu fui fazer pra poder oferecer um trabalho melhor, né. E foi uma experiência muito boa também.

Você se formou em serviço social em que ano?

Eu me formei em serviço social em 1999.

E em psicopedagogia?

Ah, psicopedagogia? Acho que tá fazendo o quê? Uns oito anos. Em 2004, mais ou menos. Acho que é um pouco mais. E eu gostei muito, sabe, de poder associar, uma coisa à outra, né. E tanto é que esse conhecimento psicopedagógico, eu aplico hoje ele no trabalho em Caieiras, na dependência química. Que eu tenho alguns atendimentos individuais que eu faço lá, de alguns casos que a gente separa, seleciona a equipe toda e eu faço a parte educativa, né. Então assim, além de eu dar um suporte na área social, eu também resgato um pouco daquela coisa de redescobrir a vida e assim, os interesses, os gostos sem a droga, né. E assim, tem um resultado maravilhoso. Muito bom, muito bom.

É, que compensações ou retorno o seu trabalho te traz? O seu trabalho aqui.

Aqui? É, aqui eu consigo ver, por exemplo, apesar de ser uma internação muito curta, a gente consegue ver os resultados, né, os resultados da melhora, né. Então, isso traz muita satisfação para mim. Eu entendo assim. E assim, trabalhar nessa equipe toda, né. Que aqui foi uma experiência nova para mim, porque o Caps de Caieiras veio depois que eu vim pra cá. Então, foi tudo muito novo para mim. E hoje eu vejo quanto isso é muito bom. **Esse tipo de trabalho?** Isso. Me traz muita satisfação, embora assim, a gente tem muitas divergências, né, a gente fica bravo, aquilo tudo. Mas é muito bom, a gente cresce, amadurece muito profissionalmente.

E o que do seu trabalho lhe mantém nessa atividade?

O que me mantém nela? Eu acho que realmente, é essa coisa de achar que eu faço a diferença no meu trabalho com o paciente. Não sei se consegui explicar. **Você acha que sim?** Sim, acho que é isso, eu faço a diferença.

E o que que você mudaria no seu trabalho?

Ah, bastante coisa. Uma delas, eu acho que é assim, é engraçado, né, a gente sempre fala que quer trabalhar menos, uma carga horária menor, né. Mas ela acaba sempre sendo insuficiente pra tudo que a gente, né, precisa fazer. Então, eu não sei se eu penso que talvez assim, uma revisão de salário, por conta de uma carga horária que a gente pudesse, é, se dedicar mais. Porque acaba sendo um trabalho aqui muito corrido, muito corrido. São trinta horas. Não que eu defendo a carga de trinta horas. Mas eu estou dizendo, ela tem um lado bom e tem o lado que não é bom, né. Ou, de repente, não seria nem as trinta horas, de repente assim, eu acho que eu poderia render muito mais se eu trabalhasse um dia 12 horas. Porque eu conseguiria, por exemplo, é, um lugar que não trabalha de manhã, mas trabalha à tarde. Entendeu? Então, eu acho que a questão do horário assim. Talvez não a carga horária, não que a gente aumentasse a carga horária, né. Mas que a gente pudesse, como, por exemplo [celular] Eu não sei nem desligar o meu telefone. Como, por exemplo, assim, é, você vê, eu trabalho de sábado, por conta de uma necessidade, foi um pedido, tudo. Mas eu acho que isso é legal, isso é bom, é bom para o paciente, né. Eu percebo que eles gostam. A gente tem mais tempo de conversar com família e tal.

Então, eu acho assim, que algumas mudanças na questão do horário, assim, não para beneficiar o funcionário, mas beneficiaria muito o paciente. Por exemplo, esse horário estendido da gente até mais à noite, que a princípio atende uma necessidade da gente, mas que é muito legal para os pacientes.

Você pode explicar melhor? O que você pensa que seja necessário é uma ampliação de carga horária ou aumentar os recursos humanos da clínica?

É, eu acho que não seria aumentar a carga horária não. Eu acho que talvez eu não me expressei bem. Eu acho que seria aumentar os recursos e dar uma maior flexibilidade. Eu estou falando daqui, que é uma coisa que você trabalha 24 horas, a instituição funciona 24 horas. Então, poderia dar uma assistência muito, muito maior.

Você falou sobre a questão da necessidade que você vê, da ampliação de recursos humanos e revisão da distribuição da carga horária de trabalho, em razão da multiplicidade de tarefas para serem feitas, que outros aspectos, então, no seu trabalho você também mudaria?

Então, o que eu mudaria? É, eu gostaria de ter, não que eu não esteja satisfeita com não sei se eu posso falar que é o organograma. Mas eu, eu gostaria de ter alguém, e nem sei se isso é retrógrado também, mas alguém do serviço social que cuidasse de todo o serviço social. Alguém que pudesse, com o olhar do serviço social e levar os interesses, né, da gente, em relação ao paciente ou menos administrativamente falando. Eu não sei se eu penso que seria bom.

Tem mais alguma coisa que você vê como uma necessidade?

Então, eu não sei se é de mim, mas às vezes eu acho que a gente acaba sendo, não sei se é por conta da gente estar muito restritivo. Por exemplo, é, eu observei uma situação no sábado aqui, né, de que duas pacientes tinham ficado sem o café. E até então não tinha chegado enfermeira. E até então a gente não sabia quem era a enfermeira, porque eu já tinha perguntado. Quer dizer, havia um suposto, uma suposta, que ninguém sabia direito se era ou não. Então, eu peguei, o que eu fiz? Embora o auxiliar já tivesse ligado e pedido o café, eu liguei e conversei, e falei que isso não podia acontecer, né, tal, tal, tal. Porque já não tinha mais o pão que fazia parte do café da manhã, tal. E assim, eu percebi que isso causou um mal estar na cozinha e entre os auxiliares. Entendeu? Então, às vezes, eu, eu, acho que a gente tá muito limitado. Entendeu? Em razão de algumas coisas que a enfermagem faz, no sentido assim, um enfermeiro. Porque eu acho assim, que se eu estou lá observando o café, de manhã. Entendeu? Eu não sei porque eu, eu posso sim tá conversando com o enfermeiro. Mas por que que eu tenho que me reportar a ele pra que ele faça essa reclamação? Por que que eu não posso fazer? **Trabalho em equipe?** Entendeu? (Balança com a cabeça afirmativamente) Então, eu percebo que muita coisa a gente fala que trabalha em equipe, mas acaba sendo atribuição de algumas pessoas. E quando você faz, dá impressão ou que você... isso eu falo mais generalizado, ou que, assim, que você ou tá puxando saco de alguém da instituição, tal, ou porque você quer chamar a atenção ou porque você tá querendo alguma outra coisa. Entendeu? Então, eu sinto isso.

E o que a instituição poderia, oferecer para melhorar o seu trabalho, a qualidade do seu trabalho?

Eu acho que ela poderia oferecer, por exemplo, é, a gente não tem aqui, por exemplo, a questão, eu não sei aonde se enquadraria isso, mas desde que eu estou aqui, por exemplo, o telefone nosso é muito ruim. E ele é uma ferramenta muito importante para o serviço social. Ora ele não funciona, quando ele funciona é com um chiado muito grande, né. Então, outra coisa, eu acho que tinha que haver mais disponibilidade de carro, por conta das visitas. Eu acho que a gente poderia aumentar o número de visitas, assim, até na sensibilização mesmo, dos cuidados, do tratamento, sabe, dar uma atenção mais específica. Então, eu percebo assim, a gente tem muita dificuldade de conseguir carro aqui, né. A questão do telefone é uma coisa que me incomoda profundamente, né. E alguém que eu pudesse dividir as minhas angústias, é, dentro da execução do trabalho. Como a gente já fez algumas vezes, enquanto você como gerente.

Eu acho que você já me assistiu algumas vezes, no... papel de gerente. Então, eu sinto um pouco disso. Eu acho que a gente tem, é lógico, um, um... uma direção. Mas não é isso, eu acho que é tem que ser mais do que isso, tá. **Você fala da escuta ao funcionário?** De escuta. E não só de escuta, mas é de, é, procurar, é, entender, pra que a gente possa fazer um trabalho, sabe, melhor. E aí, eu não estou falando da equipe, eu estou falando de alguém que possa ter assim, um poder maior do que a equipe. Não sei se eu consigo explicar o que eu estou querendo dizer. **Você pode explicar melhor? Esse poder é viria de que lugar?** Da direção da clínica talvez, talvez. Então, justamente de poder escutar. Por quê? Porque, é, em muitos momentos a gente se sente muito limitada, entendeu, em algumas ações. Entendeu? Como, por exemplo, essa que eu citei. Então assim, será que todo mundo entende a atribuição de todo mundo? O que é todo mundo? Entendeu? **O espaço das reuniões em equipe em que se discute a direção do tratamento, não é suficiente?** Não, não é suficiente.

E se você pudesse, mudaria de profissão?

Não, não mudaria. **(E por quê?)** Eu, eu até buscaria outras coisas pra estar complementando, melhorando. Porque eu gosto, é uma coisa que faz parte de mim, né. Eu acho nada faria tão bem como ser assistente social.

E quais alegrias e tristezas você vive no dia a dia do seu trabalho?

Então, as tristezas é assim, quando um trabalho é feito em equipe e eu já aprendi isso, é, nem sempre as coisas acontecem a seu contento, né. E... E muitas vezes as coisas

acontecem de uma forma que não é a melhor pro paciente. Mas é aonde a maioria, né, o consenso se... Né? E depois a gente vê, a gente acorda que errou, tal. Então, isso me faz muito mal ainda, isso me faz perder um pouco da paciência. Por exemplo, ontem eu, com o dr. P., né, a gente assim, a gente não briga, mas a gente diverge e diverge assim, com calor mesmo, né. Então, é, ainda depois ele pegou, falou assim: “-Não, agora vai ouvir todo mundo junto a paciente, olha, porque isso já tá virando...” É, como que é? “-Já tá dando briga.” Mas ele falou em outra palavra. Eu falei: “-Não, não é isso. Eu só estou querendo mostrar o meu ponto de vista. Porque eu acho que você tá olhando de uma forma e eu vi de outra. Então, né, a gente tem que...”

Então, muitas vezes, essas coisas que mais tarde vão se revelando que de fato era aquilo que eu pensava, como, por exemplo, o caso da Ariana que a gente teve aqui. Que eu acho que muitas vezes eu apontei, que eu falei, mas que mesmo assim eu não era ouvida. Talvez porque eu não tinha, né, todo o conhecimento que deveria para que meus colegas pudessem entender e tal. Então, isso é uma coisa que me entristece bastante, de às vezes eu falar e não darem a devida importância àquilo. Ou então: “-Vamos pensar um pouco melhor e tal.”

E... E alegria?

Alegria? É... É maravilhoso quando você vê um paciente ir embora e ele vim te procurar, né, e ele te agradecer. Ou mesmo, que nem aconteceu um dia pra mim, eu fico até um pouco emocionada, que foi daquela menina grávida que teve aqui e eu fiz umas fotos, né, do celular dela com o bebê e a mãe. E aí pus no porta-retrato e trouxe para ela, e ela falou que aquilo ela ia guardar com muito carinho e tudo. E aí um dia eu encontrei com ela na rua. E ela veio, me abraçou e falou: “-M., eu nunca esqueci você. Aquela foto tá lá guardada, assim, pra todo mundo ver, né.” É, foi uma foto que inclusive foi num final de semana que a ...(enfermeira) estava, ela também estava na foto. Então, isso não... Não tem o que pague, né, isso é uma coisa muito boa.

Você já pensou em mudar de trabalho, de local de trabalho?

Só quando eu fico com raiva, só quando eu fico brava. Aí eu já pensei. Eu já penso assim local de trabalho que você fala é eu sair do Hospital? **(Isso.)** Isso. Só quando eu fico brava. Mas depois que passa, eu não sei se às vezes eu fico brava e falo: “-Ai, eu falo vou pedir transferência, não quero mais trabalhar nesse lugar e não sei o quê.” Mas até passar a

raiva, quando passa, eu... Eu venho trabalhar com a maior alegria. Eu saio de um outro trabalho, caminho até a estação, né, venho de trem, caminho, né, venho, venho até aqui e venho muito feliz. Não venho com aquele peso, com aquela obrigação.

E aí, por fim, é, quando você diz para os outros, é, aonde trabalha e o que você faz, qual é ou quais são os comentários que você ouve?

Então, quando eu falo, né, no meu meio de trabalho, porque meu outro trabalho também está voltado pra área de saúde mental e tal. E eu faço assim, cito muitos exemplos de lá, tudo que eu aprendo aqui, eu levo pra lá. Principalmente para as nossas reuniões de equipe, né. Agora assim, para as pessoas que não tão, né, é, muito em contato com a saúde mental, tal. Então, é assim, às vezes eu rio, mas às vezes eu fico muito triste, né. Eu fico muito triste porque assim, eu já vi até médico, né, que não foi o psiquiatra, nada disso, falar: “-Ah, mas você é você deve ser igual eles, tudo louco” Então, eu já vi isso de profissionais assim, de médico, eu já ouvi isso.

Então, isso realmente assim, me entristece, né, a falta de conhecimento, né. Porque, às vezes, você acha que alguém que estudou tanto, fez tantos pós, às vezes tem mestrado, tem até um PHD fala isso, né. Então, isso me entristece profundamente.

Das questões que eu fiz, né, tem alguma que você gostaria voltar, esclarecer melhor?

Então, é, eu acho assim, a questão da carga horária, né, que depois eu fiquei pensando. Eu acho assim, que quando eu falei mesmo, eu acho que eu não falei do... De que ela fosse aumentada, né. Mas de que ela fosse assim, oferecido maiores horários pra que a gente pudesse tratar o paciente, seu e a sua família mais integralmente, né. Então, é isso.

E uma outra coisa que eu gostaria de falar, que eu acho legal, que aqui acontece, mas assim, desde que eu estou aqui aconteceram algumas vezes, mas não tem continuidade, é aquela proposta que a gente teve algumas vezes, que passou vídeo, que tivemos uma discussão aqui que foi muito legal. Então, eu acho que isso começa, ela deixa a gente muito feliz, cresce, a gente fica no gás e daqui a pouco a coisa não acontece mais.

Os encontros de formação?

Isso. Mas os que foram feitos aqui na clínica pela gente mesmo. Então, eu acho, isso me faz falta, isso eu sinto falta, porque eu acho que é um grande aprendizado pra gente, que seria importante que isso acontecesse mais.

Mais alguma coisa que você gostaria de dizer, complementar alguma coisa?

Não. E com tudo isso que eu disse e tal, mas eu... eu gosto muito do Hospital. Eu gosto muito, muito, muito daqui.

Obrigada, M.

Por nada.

FIM DA ENTREVISTA

ENTREVISTA: ASSIST. SOCIAL 2

Boa tarde você poderia falar um pouco sobre o seu percurso para profissional, desde a sua formação até a entrada aqui no hospital?

Então, desde que eu me formei, eu trabalhava em banco, era bancária. Tive um bom crescimento na área. Inclusive, na época da minha formação, eu fui convidada a trabalhar na área de serviço social. Mas eu não fui pelo salário. Eu estava num cargo bom lá no banco e eu não quis abrir mão disso. Com PDV, eu saí do banco, fiquei dois anos desempregada. E nunca tinha trabalhado na área.

O que é PDV?

É o Processo de Demissão Voluntária, Pedido de Demissão Voluntária, do banco Itaú, quando teve. Tenho 14 anos no Banco Itaú, tinha, e então eu fiquei desempregada e eu senti a necessidade realmente de atuar na minha para profissão. Foi quando eu fiz o concurso, meia que amarrada, para o Juqueri. Mas antes disso eu tinha conseguido uma vaga aqui no ambulatório de Pirituba, no 733, só por um ano. E eu acho que eu me encantei. Nunca tinha trabalhado na saúde mental e eu me encantei. Mas eu fui para o Juqueri por assim dizer, “-Vamos lá, “Que as meninas estavam indo e eu na verdade eu não queria o Juqueri. Acabei entrando uns três, quatro meses depois eu acabei entrando, assumi o cargo. Foi muito difícil para mim, porque saúde mental para mim em um Caps era uma coisa ou no ambulatório, quando eu me deparei com aquela estrutura, ou melhor, aquela falta de estrutura do Juqueri me desesperei. Mas aí acabei me apaixonando, fiquei lá oito anos.

Realizei um trabalho de documentação durante três anos com todas as assistentes sociais. Também fui supervisora de serviço social lá. Peguei acho que dois meses a substituição de uma diretora. E acho que foi quando eu senti que a coisa acabou para mim, que eu acho que eu não tinha mais nada para agregar, foi quando eu, de uma hora para outra eu senti a necessidade de ir embora. Porque o meu foco sempre o foi o Hospital, perto da minha casa. Aí eu vim aqui, vim para cá e em um mês eu estava aqui.

Você pediu transferência?

Pedi transferência. Porque o Hospital sempre foi o meu foco. Mas eu tinha perdido o concurso daqui. Chegando aqui, eu fiquei quarenta dias no convívio. Mas, na

verdade, a vaga era para cá (clínica de agudos masculina). Foi quando o Dr. Eduardo falou que a vaga era para cá. Mas me puxaram para lá e eu não entendi nada. Daí na época o gerente e coordenador da clínica foi me buscar lá (na reinserção). Entrei aqui, assustada, porque era uma clínica de agudos, muito assustada. Mas fui levando. Tive alguns contratemos com a equipe, uma equipe que eu considerava doente. Mas a coisa foi passando, eu fui me apoiando no trabalho, fui gostando, foi entrando na veia e a coisa fluiu. Porque, na verdade, eu trabalhei com crônico no Juqueri e eu não queria mais trabalhar com crônico, eu queria outras coisas. Que realmente seria os agudos.

E eu acho que no momento que eu estava começando a querer mais, veio a dependência química. Que foi quando eu me assustei, e eu falei: “-Eu não vou trabalhar com essa população.” Ainda hoje eu falei para a minha coordenadora: “-você lembra quando eu te falei, que eu não ia trabalhar com bandido. E eu estou aqui. Assustei, mas eu acho também que tudo é um desafio. E é isso. Quanto à capacitação, eu estou tentando fazer, algumas capacitações pelo Hospital, porque eu não tenho condição de pagar. E não fiz nenhuma outra graduação, nenhuma pós, nada, depois do meu curso.

Como é que foi a sua chegada ao Hospital? E a mudança da área bancária para a saúde mental?

Não tinha outra opção Quer dizer, do banco para um serviço público. Não foi nem para saúde mental. Porque é, eu acho que também, eu acredito muito nas mãos de Deus, que ele te coloca. Porque eu fiquei sabendo de uma vaga aqui no ambulatório. E eu vim, era eu e mais 23, todas com experiência em saúde mental, menos eu. E eu entrei. Eu acho que pelo fato de ter falado que eu não sabia nada, eu fui honesta. Não sabia nada, mas estava disposta a aprender, como aprendi. Então, acho que foi isso. E dali entrou na veia e foi um pulo para um concurso. Mas foi uma, não, não foi opção não, foi necessidade mesmo, que eu parti para minha área.

E quais compensações ou retorno que o seu trabalho lhe traz?

Então, é pouco retorno, Lúcia, eu considero pouco. Eu acho que por ser pouco, eu sempre busco mais. Eu não quero, eu nunca estou acomodada. Ainda agora eu já estou acomoda... incomodada com um monte de coisas que eu quero mais. Então, eu acho que satisfação, eu acho muito pouco. Eu tinha muito no ambulatório, porque eu via a mudança, é, a melhora do paciente. Naquele um ano eu fui acompanhando as oficinas, eu

trabalhava em oficina também aqui. Mas eu percebi também que na mental você não tem muito retorno. Você tem que trabalhar com o mínimo, com o possível e dar o máximo que você puder, é jogar uma semente. Principalmente com essa população (refere-se aos dependentes químicos), jogar uma semente no coração. É isso

O que do seu trabalho a mantém nessa atividade?

O novo. Porque assim, as situações, elas... elas vão acontecendo a todo momento, a toda hora. E eu gosto do novo, eu gosto do novo. É desafio para mim. Então, às vezes eu fico muito brava, muito nervosa: “-Ai, não aguento mais.” Mas é realmente o que eu quero. Eu acho que isso de estar sempre, é rodando, eu acho que isso que me move. **Você se refere a entrada de novos pacientes?** Entrada de novos pacientes, e os problemas que eles trazem. É isso, eu acho que eu preciso disso. Isso me faz feliz. Às vezes eu fico brava, fico brava, xingando e tal. Mas isso realmente me faz feliz, porque move e eu aprendo.

E o que que você mudaria no seu trabalho?

Então, eu vou mudando a cada hora, tá? Eu vou mudando, eu vou mudando. É um... É um, remodelar a todo instante, Lúcia. Principalmente do comportamento meu. É, não sei, não, é, tentando ser uma pessoa, enquanto pessoa, melhor para aquele ser humano. Para mim é isso.

E o que que você acha que a instituição poderia oferecer para melhorar a qualidade do seu trabalho?

Então, capacitação. Mais capacitação. Um olhar, eu acho que a própria direção, o olhar um pouco mais humano, para gente. E ter um pouco assim, de não vou dizer, não é respeito, mas assim, um carinho especial por nós, que lidamos diretamente com essa população. Pode até ter, mas eu acho que não chega na gente. Entendeu? Porque é, realmente é muito difícil. É uma roda. Então eu sinto isso, um pouco de, não sei se é descaso, não sei se é isso, ou talvez, é, a direção não tá na linha de frente para sentir na pele o que a gente sente todo momento aqui. Talvez isso seja um conforto para gente. Eu penso assim. Gostaria que tivesse aqui para ver como é que é e como que funciona. E como a gente consegue, não sei, lidar com tanta coisa aqui dentro.

E você acha que então, a instituição poderia oferecer capacitação? (Sim.) Que isso viria a melhorar a qualidade do trabalho? (Sim.). E como a direção ou a

instituição poderia estar mais perto? O que que ela poderia oferecer que você considera necessário, além da capacitação.

Eu não sei bem ao certo, Lúcia. Eu não sei como te responder isso agora. Num... Num. Para estar mais próximo?

Isso, você falou que uma que uma das coisas que a instituição poderia oferecer para melhorar a qualidade do seu trabalho seria a capacitação, (Sim.). Um outro aspecto que você se refere para a melhoria da qualidade do seu trabalho é em relação a direção ter “mais respeito ou carinho especial” pelos profissionais e pelo trabalho (Sim), então, como poderia ser esta demonstração, quais ações você espera?

Então, então, a própria instituição pode dar isso, trazer isso para... Para, para equipe. Não sei se a humanização ou a medicina do trabalho, que a gente precisa disso. A gente precisa de uma escuta, a gente precisa falar. Tanto que a gente tá fazendo isso entre a gente, e tá sendo muito bom. Então, não sei, pode ser isso, porque eu não tenho a fórmula, Lúcia. Não tenho.

Mas há um sentimento, uma expectativa, o que que poderia ser?

De soltar, de soltar. A gente tá fazendo entre a gente e tá sendo muito bom. Soltar, soltar, sem, é quebrar, é sem melindres. E tá sendo muito bom. E tá visto, acho que de uma maneira benéfica para todas nós falar.

E se você pudesse, você mudaria de profissão?

Não, não mudaria. Apesar que eu queria, eu quero muito fazer fisioterapia. Não consegui ainda, mas eu ainda vou fazer.

E se pudesse, você mudaria de trabalho?

Não. Eu não me vejo fora disso, não me vejo. Pelo menos, por enquanto.

Você diz, é, pelo menos por enquanto. Por quê? É essa expectativa de fazer fisioterapia, que você fala?

Também, também. Mas isso é uma coisa que iria até complementar um pouco esse meu trabalho. Não sei, é por gostar mesmo. Mas, assim, eu não... eu não me vejo trabalhando em fisioterapia, numa instituição do estado, não. Porque se eu quiser, se eu...

Se eu fizer a fisioterapia e vou fazer, é mais trabalhar em casa mesmo, cuidado de pessoas acamadas.

Quais alegrias e quais tristezas você vive no dia a dia do seu trabalho?

Ai, bom, alegria? Eu... É quando você... Realmente são poucas as vezes que você vê o fruto, a sementinha brotando, em um paciente, um pouquinho. Às vezes até o próprio feedback que eles dão para gente. Mas a gente sabe, no fundo, que ele não vai aguentar lá fora, porque lá fora é cruel. Isso é triste, essa é a tristeza, que você sabe que é cruel lá fora. E eles não conseguem dar conta disso, Principalmente aqueles que a família já abandonou, que não dá mais uma chance, porque já está cansada. Então, e a gente vê, em alguns, bem poucos, que eles querem essa família de volta. Tem um caso aí que ele pede a família de volta. E eu falo que ele tem que construir esse amor da família, mostrando o quanto ele pode, é tratando, e o quanto que ele pode ser produtivo daqui para frente. E então, eu acho que também alegria, eu acho que é essa família que aqui se torna. É, somos uma família aqui. Então, acho que é isso.

Tristeza tem poucas. As tristezas, é quando as coisas não dão certo, quando, é a gente quer uma coisa e a direção não quer. Mas é assim, mas tudo é passageiro e é passado por cima. Eu acho que tem mais alegria do que tristeza. Apesar de não ser fácil, não ser fácil. Mas a gente tá aqui. Eu acho que pelo compromisso, eu acho que as pessoas que estão aqui realmente gostam do que fazem, e têm esse compromisso de querer melhorar. Eu tenho. Às vezes, claro, muitas vezes eu erro. Mas eu sempre, eu penso, é, e repenso. Às vezes eu acabo de fazer uma coisa, eu falo: “-Putz, eu erreí.” Daí eu vou repensar, eu vou retomar. Então é isso.

E em relação aos pacientes psicóticos, quais alegrias e tristezas aquele trabalho, com aquela população lhe trazia?

Então, era melhor, porque eles eram bem afetivos. E eu sou muito afetiva, eu sou muito carinhosa. Então, isso eu tinha com eles. Eu podia passar, o meu amor, o meu carinho, para eles. E tinha esse retorno. Com esses não, com essa população não. É diferente, é um ou outro que eu me apego, que eu vou e eu consigo passar esse carinho. Isso me faz falta, isso me faz falta.

E quando você diz para os outros, aonde você trabalha e com o que você trabalha, em geral, quais são os comentários que você ouve?

Nossa! Terrível: “-Tá trabalhando com bandido, tá com ladrão, trabalhando com ladrão, que rouba, pai de família, viciado. Tudo quanto é tipo de adjetivo. No começo eu ia até falar: “-Realmente é.” Hoje eu não falo, hoje eu consigo um pouco, não muito, ficar a favor deles, falar que realmente é uma doença. E que infelizmente lá fora não tem recurso, não tem trabalho, não tem educação, não tem um monte de coisas. O que o governo nos oferece é muito pouco, principalmente para essa população. Então hoje eu já consigo defender um pouco eles. Mas no começo não.

Você em algum momento sentiu-se excluída por este olhar de fora em relação ao seu trabalho?

Não, não, de jeito nenhum. Só falam assim: “-Você é uma guerreira. É uma heroína.” Só isso. Mas excluída não.

Você gostaria de retomar e esclarecer alguma coisa ou você gostaria de falar mais alguma coisa que você considera importante a respeito do seu trabalho?

Não. Acho que não, Lúcia. Acho que falei tudo. O que eu ia falar é uma questão política, que não vai resolver. Infelizmente.

Como assim? Explica melhor?

É a falta de compromisso, falta de olhar para o ser humano. Vê o dinheiro só e por isso que a gente tá assim, desse jeito. Mas tudo bem.

Como assim, tudo bem?

É tudo bem, mas não vai mudar isso, não vai mudar. Quando é que algum governante, é, realmente ocupar uma cadeira e vai pensar na população.

A que você se refere, sobre a questão salarial, ou o que?

Também. Mas esqueci desse detalhe. Mas acho que tem coisas mais importante, que a gente podia ser muito mais feliz, independente do dinheiro. Eu acho que é isso. Quando você fica tranquila também com o que você faz, e com a vida que você leva, o pouco que você tem, quando você aceita isso, você vive melhor. Então, o dinheiro é secundário. Para mim é. Eu quero é ser feliz, independente do dinheiro. Entendeu? E eu sou.

Mais alguma coisa você gostaria de dizer?

Não, nada.

Obrigado

FIM DA ENTREVISTA

ENTREVISTA: Enfermeira 1

Boa tarde, então me conta um pouco, como é que foi o seu percurso, graduação, por que enfermagem, por que saúde mental?

É, quando eu prestei vestibular, eu prestei pra psicologia e enfermagem. Entrei em psicologia e enfermagem, e aí eu optei pela enfermagem. Ah, não sei, eu sempre gostei de estar ajudando, cuidando das pessoas. Então, eu achei que seria uma boa eu fazer enfermagem. Eu falo que se eu tivesse que começar de novo, eu faria novamente. **(O mesmo curso?)** É.

Você se formou em que ano?

Em 1983, 1984. Eu, eu me formei em 1983 e em 1984 eu fiz a especialização em enfermagem médico-cirúrgica. Mas eu não terminei, porque falta o último estágio. Eu arrumei um emprego e aí eu fui trabalhar e o, o estágio era bem na hora que eu trabalhava. Aí eu peguei e falei: “-Ah, depois eu, eu termino, eu faço esse, esse estágio.” E aí foi passando, passando, quando eu voltei na faculdade para saber, eu achava que eu só ia ter que fazer esse período. Não, aí eu teria que fazer seis meses a mais. Aí eu larguei mão. Então ficou. Aí, trabalhei pouco tempo, depois casei. Aí parei de trabalhar, na época não precisava. Tive os meus filhos, cuidei da casa, dos filhos, curti. Aí meu marido perdeu o emprego e eu pensei: “-Tá na hora de arregaçar as mangas, né.”

Fui com a cara e a coragem. Eu achava que eu estava muito por fora da coisa. Foi quando eu conheci a R. que estava precisando de uma enfermeira no Ambulatório de Saúde Mental da Brasilândia. Aí eu fu... Ela falou: “-Vai lá, vai conversar comigo.” Eu fui. Mas eu fui assim, achando que, né, não ia dá em nada. E nesse tempo estavam pegando pessoas para contrato de emergência. Aí ela me... Saiu comigo para apresentar lá no, no ambulatório e já foi falando: “-Essa é a enfermeira que vem pra cá.” Eu falei: “-R. do céu! Não, eu estou muito por fora da coisa.” Ela: “-Não, mas isso aí você vai pegando no dia a dia.” Aí ocorreu todo o processo do contrato. Eu fiz, nesse... Nesse ínterim, que era por um ano, abriram concurso. Aí eu fui prestar e consegui passar. E aí é essa vaga que eu ocupo aqui.

Você prestou concurso para o Hospital (em psiquiatria) mesmo, ou para hospital geral?

Não, eu prestei concurso pra enfermeira, a vaga era indefinida. E aí, na época, quando eu, me chamaram, já tinha terminado o meu contrato no ambulatório e estava contratada aqui, 733(temporária). Aí faltava, eu entrei aqui em maio, se eu não me engano, em outubro me chamaram. Aí é, foi feito a vaga do Hospital não aparecia, eu escolhi o Hospital Penteadó. (Certo.) Aí eu fiquei lá pouco tempo também. E não sei, eu não gostava daquela parte. Não sei se eu já tinha gostado da parte de saúde mental, né. Aí eu liguei pro Hospital, perguntando se a vaga ainda estava liberada. Aí eles falaram que sim. Eu fui conversar com a minha chefe de enfermagem e aí ela: “-Mas por que que você quer sair, aconteceu alguma coisa?” Eu falei: “-Não. Pelo contrário, todo mundo me recebeu muito bem, mas é que eu gostei muito da saúde mental, quero voltar pra lá.” E aí vim e fiquei. Desde 2001.

Então, 13 anos agora?

É. Vai fazer 13 em maio.

Que compensações ou retorno o seu trabalho te traz?

Ah, não sei, acho que eu me realizei profissionalmente. Engraçado que no período do meu estágio em saúde mental, quando ia começar, eu não sei, as pessoas fazem um cavalo de batalha e falavam que a gente tinha que ir de cabelo preso, porque os doentes poderiam puxar cabelo, a gente poderia pegar piolho, mil coisas. Mas assim, eu gostei muito. Principalmente no estágio, quando terminou, eu fiquei com uma mãezinha que tinha psicose puerperal. Ela matou um dos nenês, eram gêmeos. E aí, quando eu cheguei, ela... Ela comia como um bicho, agachada no chão e ela pegava comida com a mão. Aí a gente foi fazendo um trabalho com ela. Quando terminou o estágio, ela já estava muito bem. Então, ela ia receber alta, né. E daí começou, não sei, a gente sente uma gratificação de ver como o paciente estava e a sua melhora, né.

E aqui também, muitas pacientes que entraram muito mal. Eu acho que você até conheceu a M., aquela que ficou aqui. Que até sonda tivemos que passar, porque ela não se alimentava. E saiu daqui ótima. Então, essas são as compensações, da gente ver a pessoa muito mal e depois ir melhorando.

O que do seu trabalho te mantém nessa atividade?

O que do meu trabalho? Ah, não sei. Esse fato de poder ajudar as pessoas. Eu acho que é muito compensador isso. Então, isso que move a gente a continuar.

E o que que você mudaria? Se você pudesse mudar alguma coisa no seu trabalho, o que você mudaria?

Ah, mudaria a cabeça de algumas pessoas que falam que é muito normal acontecer certas coisas em hospitais psiquiátricos. Mas assim, na minha cabeça não entra isso. Eu acho que não tem que ser normal acontecer certas coisas, como pessoas que não têm paciência. Então, deveria repensar o lugar que está. Ou pessoas que vêm trabalhar e já trazem seus problemas de casa para cá. Acho que a gente tem que saber separar. Problemas todos nós temos, mas eu não posso levar nada daqui pra minha casa, como eu não posso trazer nada de casa pra cá. Cada momento é um momento. Então, é isso que se eu pudesse, mudaria.

E o que que a instituição, oferecer para melhorar a qualidade do seu trabalho?

Eu acho que capacitação mesmo. Porque assim, sempre falam que vai ter capacitação. Mas eu vejo que o que vem pra cá num, não atinge aquilo que deveria. O que eles trazem às vezes você já tá cansada de saber daquilo, fica batendo no mesmo... No mesmo assunto. Mas, aquilo você já sabe. Você não quer saber aquilo, você quer saber outras coisas. Então, fica meio furado essa parte. Eu acho que deveria ter uma coisa para valer mesmo. (Hum, hum. Acha que capacitação mesmo?) Eu acho que sim.

E se você pudesse, você mudava de profissão ou de trabalho, ou seja, sair daqui e trabalhar em outro lugar?

Não. Só se fosse ligado a essa área mesmo, sim.

Que alegrias e tristezas você vive no dia a dia do seu trabalho?

Alegrias? Bom, alegrias são essas que eu falei, de você ver o paciente sair bem. Agora, tristezas? Às vezes tem que ser feita algumas mudanças, como foi feita há um tempo atrás, eu saí do núcleo da feminina e comecei na clínica masculina. Mas não sei por que eu me identifiquei mais com a feminina. E é engraçado, que quando abriu a feminina e eu era da masculina, eu não queria ir de jeito nenhum para lá. Todo mundo falava: “-Não, trabalhar com mulher é muito ruim.” E aí eu não sei se é pelo fato daqui (na feminina) ser uma clínica com um menor número de pacientes, que eu acho que dá pra você atender melhor. Na masculina são trinta pacientes. Na época que eu trabalhava lá eram trinta e oito. E não sei, você não pode dar uma atenção melhor. Então, eu acho que é melhor a qualidade do atendimento com menos paciente, é bem melhor.

Pode ser que seja esse o fator que faça com que eu prefira trabalhar na feminina.

Então lhe trouxe muita tristeza quando você teve que mudar?

Ah, foi muito ruim quando eu tive que mudar. Nossa! Eu nunca me peguei chorando para vir trabalhar, nunca. E antes eu ficava 12 horas na feminina. Um dia era plantão normal, o outro era extra, mas pra mim estava tudo bem. E lá eu fui para fazer seis horas todo dia e não dava, não dava. É muita gente. Muita discordância de opinião, de pensamento, de como a gente proceder. Aí você fica meio perdida, não sei. É isso.

E quando você fala para outras pessoas aonde você trabalha, e o que você faz, em geral, qual é a reação das pessoas? E se você concorda com elas?

Ah, eles falam, né: “-Como você gosta? Trabalhar com pessoas assim.” Mas eu falo, nos dias de hoje, você estando dentro ou estando fora, você lida com pessoas que apresentam problemas de comportamento. Às vezes tem gente fora daqui, que precisa muito mais do que alguns que estão dentro. Minha mãe mesmo falava: “-Mas como que você gosta de lidar com pessoas assim?” Aí eu falava: “-Não sei, eu acho que é a minha missão, sei lá.” Eu penso muito nisso. E eu acho que é a missão mesmo. Por que o que seria deles se ninguém gostasse desse trabalho, né?

Alguma coisa que eu não tenha te perguntado, que você acha importante falar a respeito do trabalho, da formação, alguma coisa?

Não eu agradeço e se precisar e eu puder ajudar, pode contar comigo.

FIM DA ENTREVISTA

ENTREVISTA: ENFERMEIRA 2

Por favor, me fale sobre o seu percurso de formação e por que a escolha por enfermagem e saúde mental? Como é que foi?

Bom, eu sou formada há 11 anos, e desde pequena eu sempre tive muita afeição com essa parte do cuidar, de estar junto de pessoas, com problema. Sempre eu acompanhava as pessoas. Então, acho que isso já realmente veio comigo. Eu não tinha nenhuma outra opção quando eu resolvi fazer faculdade. Minha única opção era enfermagem. E desde então venho permanecendo nela. Trabalhei como enfermeira-obstetra durante algum tempo e como enfermeira-docente, onde eu acompanhei vários estágios junto com a parte de obstetrícia. Durante esse período em que eu acompanhei os

estágios, eu fui docente durante oito anos, é, eu me deparei com a saúde mental. Onde eu estive num hospital psiquiátrico de grande porte e. E me identifiquei muito com essa população. Então, decidi, tentar partir para esse ramo.

Passei por um outro hospital psiquiátrico também e resolvi prestar o concurso. E caí aqui no Hospital. A princípio com a infância, entrei trabalhando com os autistas. Permaneci por um curto período de tempo, porque eu fui convidada a trabalhar com agudos, masculino, a quem eu me identificava mais do que com infância. E ali eu permaneci por mais ou menos três anos. E agora estou aqui na enfermaria feminina, com agudos também. Uma população que eu gosto de trabalhar, prefiro agudos do que pacientes crônicos. Ah, é sempre uma aventura atrás da outra, a gente nunca sabe o que vai, acontecer no dia. Passei pela experiência de dependência química aqui no hospital e também já tinha tido outra experiência, mas de formas diferentes. Aqui eu peguei realmente a parte de entrada.

No outro eu trabalhava eles já a partir do segundo mês de internação, onde eles permaneciam por quatro a cinco meses. Então, duas populações diferentes de uma mesma situação de dependência química. Mas o que eu gosto realmente é trabalhar com psicótico no momento agudo.

Quais compensações ou retorno o seu trabalho lhe traz?

Eu acho que fazer aquilo que você gosta é o principal. O principal objetivo da gente estar trabalhando. Trabalhar em hospital é difícil, mas a gente sempre tem que fazer aquilo que gosta. Então, eu, nesse momento também não queria sair do hospital, eu tenho essa recompensa. É cansativo, é estressante muitas vezes. Mas a gente tem a recompensa de ver o paciente saindo bem, conversando. Você vê ele chegando numa situação extremamente complicada e aí a partir de um período você vê a melhora. E ter essa recompensa realmente é muito bom. De ouvir o paciente te dizer obrigada por ter ajudado, de estar aí junto.

E o que do seu trabalho a mantém nessa atividade?

O que do trabalho? Acho que, na verdade, acho que é só saber fazer enfermagem, acho que por isso. Então, é, o fazer da enfermagem, não só daquela parte metódica, onde a maioria dos hospitais tem isso. Aqui, como eu disse, a maioria das vezes é uma... Uma intercorrência atrás da outra, uma bomba atrás da outra. E é nessa que a gente tem que

saber lidar e é isso que é bom. Porque a gente não tem uma rotina de estar sempre do mesmo jeito. Então, hoje a paciente tá bem, amanhã ela já tá muito confusa. A gente tem que saber lidar nesses dois momentos. Acho que é isso que é importante.

E o que você, se você pudesse mudar alguma coisa no seu trabalho, o que você mudaria?

Aí é complicado, porque no meu trabalho eu lido muito com as outras pessoas. E onde a gente tem que coordenar muita gente, tem esse grande problema. Que são pensamentos diferentes, são atitudes diferentes. Então, acho que assim, o principal seria que todo mundo gostasse daquilo que faz. Mas, infelizmente, a gente sabe que não é tudo como a gente quer. Então, acho que assim, para mim seria realmente mudar um pouco essa parte das pessoas que não conseguem fazer um atendimento como se deve, ter um pouco de paciência, eles estão estressados, atende um pouco de uma forma não adequada. Então, acho que mais seria isso. E eu, enquanto, chefia da enfermagem, a gente tem essa função de estar ouvindo todos os lados, tudo. Então, acho que se pudesse melhorar um pouco isso.

Mas é difícil, porque a gente aí depende de outra pessoa, de outras pessoas. Com relação ao meu trabalho mesmo, eu acho que assim, é cada vez mais se empenhar mais nisso daí, e estar mais atenta às situações que vêm, o pessoal traz pra gente, pra gente poder trabalhar da melhor maneira possível aí, tanto os funcionários, quanto os pacientes.

Quer dizer, não tem algo muito claro assim: “Se eu pudesse mudar, eu mudaria isto.”?

Não. Não, porque acho que é assim, algo muito que é muito amplo. Então a gente tem inúmeras situações para resolver no dia a dia. Hoje mesmo, fazendo reunião de enfermagem com as pessoas, elas trazem inúmeras questões, inúmeras situações que são trazidas e, algumas que já foram solucionadas e orientadas em relação ao outro paciente, e quando se apresenta um outro caso semelhante, normalmente, eles não sabem como agir. Outras vezes, a gente não tem como resolver isso naquele momento e nem depois. E acaba influenciando direto no trabalho daquelas pessoas. Então, tem essa situação também.

E o que a instituição poderia te oferecer para melhorar a qualidade do seu trabalho?

Na verdade, eu acho que assim, a instituição já oferece, que são os cursos, as especializações. Então, acho que cabe a nós, enquanto funcionários, termos o interesse de estar fazendo. Porque isso é fornecido pela instituição, essas capacitações que vêm, o aprimoramento. Tudo isso, é, a instituição fornece. Poderia, vamos dizer, uma questão: aumentar um pouco essa oferta que é dada. Então, uma especialização pra um número maior de pessoas ou até mesmo cursos rápidos, que sejam em tempos, intervalos mais curtos. Mas isso já é fornecido. Acho que seria só realmente um encurtamento aí desse... Desse período de cursos rápidos e abertura mais de cursos de pós.

É, se você pudesse, você mudaria de profissão?

Não. **(E por quê?)** Não. Não, porque é bem como eu disse, eu acho que sempre eu tive vontade e sempre soube que era isso. Então, hoje se eu falar assim: “-Ah, o que você vai fazer fora de um hospital?”, “-Não sei, a gente vai se virar, óbvio.” Mas, confesso que eu ficaria bem perdida. Porque afinal de contas são 11 anos de formada, com mais quatro de... De faculdade aí. Lá se vão quase 15 anos dentro de hospital. Então, querendo ou não é um bom tempo. Então, hum, não me vejo fora.

E de trabalho você mudaria?

Olha, eu acho que a gente sempre tem que tá aberto a novas experiências. Não digo jamais, mas também não digo, agora, nesse momento, não. Mas acho que sim, é algo que a gente sempre tá se aprimorando aí. Se surgir novas oportunidades que sejam benéficas, tanto na parte de aprendizado, quanto na parte financeira, por que não? Nesse momento tá tranquilo, a gente vai mantendo. Se surgir algo mais, a gente pensa.

É, que alegrias e tristezas você vive no seu dia a dia do trabalho? Que poderia citar algumas.

Alegria, acho que assim, aquilo que eu já disse mesmo, da gente, é, ver a melhora do paciente, entrar de um jeito e sair, bem melhor, diferente, com sensação de dever cumprido. Agora, a parte de tristeza, eu acho que assim, nunca me... esqueço da situação em que eu passei com os dependentes químicos na clínica masculina, é, com polícia. Foi extremamente traumatizante, cansativo. Então, acho que sempre eu vou... Vou estar lembrando dessa parte. E a gente tá aí, justamente, a gente tá sujeito a acontecer de novo,

e de novo, e de novo. Mas acho que sempre serão situações que a gente acaba tendo, um pouco mais de dificuldade de lidar.

Quando você diz para outras pessoas, é, aonde você trabalha, o que você faz, quais são as reações ou qual é a reação das pessoas?

“-Você trabalha com louco?” É justamente assim. Quando você diz o nome Hospital, as pessoas já arregalam os olhos e falam: “-Nossa! Mas não é onde só tem um monte de louco?” E aí até você conseguir explicar, na verdade não é um bando de louco. São pessoas que têm algum tipo de deficiência, que tão ali por algum motivo. Mas normalmente a primeira impressão é essa. E aí também julgam a gente: “-Mas então você também é louca, para estar lá.” É complicado. Então tem essas saias justas que a gente se coloca aí, mas que é fácil de... sair também, é só explicar direitinho.

Tem alguma coisa que você gostaria de acrescentar, ao que nós conversamos, que você acha que seria importante destacar a respeito do seu trabalho?

Olha, eu acho que assim, a saúde mental ela é feita de uma equipe. E a gente precisa lidar em equipe. Então, seja a equipe de enfermagem, seja a equipe multi, mas a gente precisa de equipe. Então, a gente não consegue trabalhar sozinho em hipótese alguma. E acho que isso é que tem que ser um pouco mais trabalhado, com algumas, é, particularidades, vamos dizer. Porque assim, é trabalhar em equipe, sem perder a sua individualidade. Que acho muito importante isso. Mas também não adianta achar que você vai fazer a mudança toda sozinho, porque isso realmente não vai acontecer. E acho que ainda existe muito a ser pesquisado, descoberto, estudado, da psiquiatria. Porque eu acho que ainda é muito pequeno, a parte que a gente tem, de desenvolver da psiquiatria. E das pessoas, como elas enxergam a psiquiatria.

Então, ainda é muito comum a gente ouvir pessoas falando: “-Ah, é louco. Tem que ficar internado o resto da vida.”? E acho que não é bem por aí, são pessoas que precisam ainda, de uma orientação bem maior. Mas isso é em nível nacional, a gente não diz só aqui, mas no geral. Porque falta de conhecimento da população. Porque é um tema pouco abordado mesmo.

Desculpa, eu esqueci de te perguntar, você fez alguma especialização, ou algum curso específico em saúde mental?

Não, em saúde mental não. Eu tenho outra especialização, na parte administrativa, mas em saúde mental não. Está aí na minha lista até, daqui nos próximos cinco anos quem sabe vou conseguir fazer essa especialização.

Agradeço muito. Obrigada.

Imagina.

FIM DA ENTREVISTA

ENTREVISTA: AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1

Boa tarde D. C., conta um pouco sobre sua trajetória desde a formação como auxiliar de enfermagem. A senhora se formou onde, quais cursos fez?

Então, eu me formei em 1991, no colégio Colégio Santa Maria Gorete, lá no bairro da Luz. E era muito difícil no começo, nossa, colégio pago, né. Não tinha nada grátis, como, é, agora. Agora até que tem alguns cursos assim, de bolsa, de alguma coisa, né. Assim, de, é, metade de bolsa, 50%. Mas naquele tempo não, naquele tempo era tudo no dinheiro. E eu só queria fazer no Gorete.

E lá a senhora fez o curso de auxiliar de enfermagem?

Isso. Eu só tinha a oitava série, né. E eu vendia cachorro-quente, para conseguir pagar os estudos. Porque a gente tinha cinco crianças, na época. Então, era muito difícil, muito difícil, não sobrava nem um tostão para nada. O meu marido, coitado, me deu a maior força, ele falou: “-Se você só quiser estudar lá, eu te ajudo no que eu puder. Eu cuido das crianças, eu faço comida para as crianças, eu ajudo as crianças no que for necessário. Mas você vai estudar.” E eu, vendia cachorro-quente lá na rua o dia inteiro. No final do dia, você acredita, eu me lavava numa casa abandonada, para poder ir pra escola. Nossa! Me lavava, me trocava, pegava os cadernos e descia. Tomava o trem, ia até na Luz e descia a São Caetano a pé, no meio dos drogados; já naquele tempo. Eu acho que é um destino!

Aí eu descia na São Caetano, na rua das noivas e ia até o Gorete. Eu voltava à noite, num trem superlotado, até o Jaraguá outra vez. Chegava de noitão em casa. Mas ele já tinha dado banho nas crianças, janta pronta e tudo. Sempre foi meu parceirão.

E aí, é, quando terminou, essa formação, já começou a trabalhar na área, como auxiliar de enfermagem?

Comecei a trabalhar, mas era 3-1;3-1 (trabalhava 3 dias e folgava um) lá em Taipas, no Hospital Geral de Taipas. Aí eu fui trabalhar na clínica cirúrgica, trabalhei lá dois anos. Mas era contrato e acabou, mas eles renovaram para mim. Mas não tinha vínculo empregatício nenhum. Então, eu trabalhei mesmo assim; depois que terminou os dois anos, aí eu saí. Mas como eu não tinha feito nada mais específico, aí eu voltei a estudar o segundo grau. Aí eu comecei a estudar, fiz o primeiro, o segundo e o terceiro ano do segundo grau. Chegava em casa meia-noite e no outro dia ia vender cachorro-quente outra vez. Mas aí, eu comecei a fazer concurso. Tanto que na época que eu fiz o concurso aqui no Hospital, eu tinha passado em mais dois concursos, mas era posto de saúde. E não sei porque, sabe, eu, desde pequenininha eu queria cuidar, cuidar de curativo, de feridinha, essas coisas.

Então, minha mãe falava assim: “-Você vai dar uma ótima enfermeira.” E aquilo acho que ficou gravado aqui na hipófise, né. Aí eu falei: “-Eu vou ser enfermeira. Eu vou cuidar das pessoas que precisam de mim.” E aí eu fiz o concurso do Hospital. Depois de tudo isso, que eu tinha concluído o segundo grau. Quando eu entrei aqui pelo concurso, eu estava procurando serviço, porque eu já estava cansada de vender cachorro-quente. Eu já tinha terminado tudo, certinho, tinha concluído o segundo grau, precisava melhorar a minha vida. Um dia, quando eu fui fazer um currículo aqui no cartório de Pirituba, eu passei aqui, estava escrito na placa: “-Concurso tal e tal no Hospital.” Eu falei: “-Nossa! Um hospital.” Só que eu não sabia que era psiquiátrico, eu pensei que era geral. Porque uma vez a minha mãe enfiou uma agulha na mão e eu trouxe ela aqui no ambulatório, sabe, de Pirituba. E o médico daqui, dr. João, se não me engano, ele suturou, tirou a agulha, que já estava correndo aqui (mostra o braço).

Então, ele fez uma incisão e tirou a agulha. E eu imaginava que esse hospital era público, era geral. Não sei, não imaginava psiquiatria. Aí eu fiz o concurso. Vim aqui em cima, peguei o papel, descí até o “barracão”, lá na Caixa, para pagar. Paguei. No dia fiz o concurso aqui, a Iaiá (uma paciente que não se encontra mais internada), batendo na

porta aqui. Mas eu falei: “-Nossa, mas o que será que essa mulher tanto bate?” Não sabia que ela era psiquiátrica. E aí eu fiz o concurso, passei com noventa. Olha, noventa! Estava tudo aqui na minha cabeça, sabe. Nossa, foi a maior felicidade do mundo o dia que eu cheguei em casa, e que eu falei: “-Passei.” Sabe? Os nomes estavam lá na portaria, lá embaixo na rua. Nossa, foi maravilhoso!

Eu gosto daqui. Eu entrei assim, sem saber, meio que pensando que era um geral, mas eu me identifiquei com tudo isso. Foi maravilhoso pra mim. Foi diferente de Taipas. Lá eu cuidava de feridas, de traumatismo, de gente que tinha quebrado o pé na linha, gente que tinha perdido parte do tendão do dedo, sabe. Mas aqui foi maravilhoso, aqui foi a minha identificação mesmo.

Já faz quanto tempo que a senhora está trabalhando aqui?

Dezessete anos, dezessete anos!

Durante esse tempo sempre como auxiliar de enfermagem, ou como técnica de enfermagem?

Não, como auxiliar de enfermagem. Apesar de ter o técnico. O técnico eu fiz aqui também. Assim, é, fiz na Renascer. Só que eu fui deixando o tempo passar e a escola acabou fechando. Até não sei com quem que eu devo falar, porque eu não peguei o certificado de técnico. Se bem que eu tenho tudo na pastinha, tudo pago, tudo organizado. Que foi pago também. Mas eu não peguei o certificado de técnico. E como está faltando pouco para eu me aposentar, então, conversando com o Cândido (colega de trabalho), ele me disse que, é, para a gente se aposentar como técnico tem que trabalhar cinco anos neste cargo, para poder se aposentar naquela categoria. Aí não interessa mais, tanto faz eu ser técnico ou ser auxiliar. Para mim está ótimo, está muito bom, o que importa é cuidar, é estar interagindo, estar... fazendo o que eu gosto, entende? **(Sim, claro entendo a senhora)**

Que compensações, ou retorno o seu trabalho lhe traz?

Nossa! É maravilhoso! Vixe, é muito bom.

Eu vejo o dia a dia, eu vejo os meninos que precisam. Você orienta, e você fala. Como eu sou evangélica, eu falo do Senhor, oriento. Eu sei que se, olha, se eu falar que eu oriento, três meninos por dia, vai, que eu fico falando, que eu, é, converso. É muito

gratificante, porque eles me escutam. Agora eu estou conversando muito com o J., ele está tão carente assim, sabe? Então, mas parece meu filho, né. Nossa, eu fico assim, apaixonada por eles. Mas eu sei que as coisas não são assim. Eu sei que tem os riscos, eu sei que eles falam ali, até choram diante de mim, de: “-Ah, eu vou, eu vou pra igreja, eu vou melhorar, eu vou fazer isso.” E no dia seguinte ou no mesmo dia pedem para ir embora. Mas se todos que saírem daqui assim, eu digo, 50%, se eu conseguir 2% de alguma coisa que eu falei de bom, de retorno que eles me tragam, pra mim já tá ótimo, sabe? Para mim já é bom demais.

E antes quando estávamos com os pacientes psicóticos?

Com os psicóticos era gratificante também, quando você via alguém sair melhorado. Não curado, né, mas melhorado. Eu achava muito, muito bom, muito bom o retorno. O retorno do meu trabalho é a melhora do paciente.

Eu não vou ser desonesta de falar que também não me traz um retorno gratificante, meu dinheiro. Eu conseguir comprar as coisas que eu consigo, com o meu dinheiro. Mas eu acho isso digno, sabe, você trabalhar e ter o retorno em dinheiro. Mas é gratificante porque te traz bem-estar, te traz satisfação, sabe. Eu nunca tive um dia de eu falar: “-Nossa! Hoje eu tenho que ir pro Hospital. Meu Deus! Eu não queria ir.” Nunca, jamais. Nossa! Eu quero é mais é vir, eu quero é fazer as coisas, eu quero mais é estar presente. Você imagina, eu não tenho uma falta, nenhuma, nenhuma, nenhuma. Nem de plantão extra, nem de plantão normal. Graças a Deus, não.

E o que do seu trabalho mantém você nessa atividade de trabalho?

Não entendi assim, não consegui alcançar.

O que a senhora considera que a mantém trabalhando aqui durante todos esses anos, sem faltas ou mudança de local de trabalho e na mesma atividade, como auxiliar de enfermagem?

Mas eu gosto disso, do que eu faço. É disso que eu gosto, é de estar perto daquele que precisa. Escrever? Nossa! Eu amo escrever, adoro escrever. Se você pegar os relatórios que eu escrevo, eu me empenho em escrever direitinho. Eu quero ler porque eu gosto muito de ler. Então, eu gosto de usar palavras assim, sabe? Por exemplo, outro dia eu quis escrever que o paciente, deixa eu explicar: Eu vi o M. andando assim, no corredor

e eu observo! Então, ele andou assim, é, eu não gosto de usar rótulos, mas ele andava de uma forma prepotente. Sabe aqueles homens que escrevem livros e dizem assim: “- O queixo voluntarioso.” Sabe aquele queixo erguido assim, como se ele mandasse em tudo e todos?

Então, eu fiquei com essa palavra na cabeça: “- O paciente é voluntarioso, ou melhor ele está assim, com aquele ar de superioridade, sabe.” Então, eu gosto de ler, eu gosto de escrever, de ver coisas novas, de ver palavras novas, de inserir palavras novas. Eu gosto disso, eu adoro, eu adoro isso.

E o que que você mudaria no seu trabalho? O que que a senhora acha que precisaria mudar?

Ah, eu gostaria que tivesse um retorno maior que eles(pacientes) ficassem satisfeitos. Outro dia eu vi numa assembleia, eles estavam muito insatisfeitos, falando no geral, eles pedem uma coisa numa assembleia, daí a duas ou três assembleias é que a equipe vai dar o retorno. Fica aquela coisa: “-Ai, a gente vai ver, a gente vai ver.”, “-Nós estamos cansados de “nós vamos ver” eles dizem. Sabe? Então, se o retorno fosse mais imediato. Sabe? Que a equipe trabalhasse mais pertinho deles, porque eles não têm muita paciência, eles não têm, como eu tenho, como você tem. Acho que a droga já mexeu muito com eles, né. E eles já tão cansados de tudo, a família também já, sabe, cansou de tudo.

Com os pacientes psicóticos, e pensando na instituição como um todo, o que a senhora acha que deveria mudar. Para os profissionais há alguma coisa que a senhora considere que deveria mudar?

Eu acho que no geral. Por exemplo acho que a família dos pacientes deveriam estar mais inseridas e conhecer melhor a doença de cada um, sabe. Eu acho que se a família interagisse mais, tivesse mais presente seria melhor. Mas por outro lado a própria família perde a paciência com eles, né, tanto com os psicóticos, como com esses agora (dependentes químicos). Mas se a família ficasse mais assim, pertinho, mais próxima, eu acho que o retorno seria melhor. Eles ficariam mais assim, não sei o termo assim, eles ficariam mais sossegados, sabe, mais confiantes, confiando.

Então, a senhora considera que deveria haver maior aproximação da equipe com a família, por exemplo?

Sim, essa interação, entre a família e o ele paciente. Aumentando o elo, né. É. Trabalhar mais isso? Entendeu? Não é? Eu acho.

E o que mais a instituição poderia oferecer para melhorar o seu trabalho?

Ai, eu acho que eu estou falando demais, né? Não? (**Não D. C., está ótimo**)

Mas a instituição faz muito, já faz muito. Você quer ver? Outro dia, eu conversando com eles, eles falando assim: “-Aqui tá ótimo. Nós temos comida, sabonete, shampoo. A gente tem roupa, tênis, chinelo, comida à vontade, sabe. A instituição já faz muito. Tem lugares por aí, que a gente, para comer a gente precisa ir lá, colher, lavar e fazer.” Entendeu? Não é tudo pronto, como eles têm aqui. Não é eu chegar já com tudo pronto e dar, e servir prontinho. Não, eles comiam; eles dizem, pão seco nas Comunidades Terapêuticas. Pão que jogavam não sei aonde lá e se eles quisessem, tinha que raspar assim, limpar os pães e comer.

E para o seu trabalho, o que a instituição poderia oferecer para melhorar a qualidade do seu trabalho?

Do meu trabalho? Ah, Lúcia, eu acho que o meu trabalho tá bom. Não é, aí já não partiria da instituição, aí seria um caso do... Do governo, né, do Governo do Estado. A melhoria do nosso salário. Que faz mil, eu não digo mil anos, né, mas muito tempo, muitos anos sem um retorno, sem nenhum aumento digno. Mas aí não é nem a instituição, né? Aqui está ótimo, o pessoal, nossa é maravilhoso trabalhar aqui! Não tenho nem o que falar do Hospital, sabe. Vou sair um dia, e vou ficar até com muitas saudades! A gente forma uma família, né porque passa muito tempo aqui dentro, no trabalho.

E se a senhora pudesse, a senhora mudaria de profissão?

Ah, eu não. Nessa época? Não, não, não. Jamais.

E antes? Já pensou em mudar?

Não, nunca, nunca. Só sinto assim, das coisas, é; igual eu tive uma irmã que faleceu, né, porque se contaminou com agulha, pegou hepatite C, né? Mas assim, é, eu tomo o maior cuidado, eu falo para as meninas: “-Toma cuidado quando pegar agulha, não encapar novamente. Já vai lá e já descarta, sabe.” Fico orientando o pessoal, fico falando um monte. Às vezes sou até chata de falar, sabe. Mas elas me ouvem até e não

acham ruim não. Porque eu estou falando pra melhoria né. Né? Então acho que precisaria ter mais curso aqui para orientar todos de uma forma melhor.

Eu nunca pensei em trocar de emprego ou sair daqui do Hospital, o Hospital está ótimo. É a minha casa.

Agora, me conta um pouco, que alegrias e que tristezas o dia a dia do trabalho lhe proporcionam? (Tristeza?) E alegrias.

Vamos começar pela tristeza, né. Tristeza? Eu não diria tristeza não, é assim, não sei, acho que tristeza não. É, às vezes, é cansativo o dia a dia do trabalho. Mas eu nem... Nem sei se é tristeza. Acho que não é tristeza, sabe, acho que é cansaço. Eu não gosto desse negócio de tristeza. Eu não sou muito triste não. Nem em casa, nem aqui no serviço, não, sempre sou a mesma coisa. De alegrias? Nossa, o Hospital me ofereceu muita coisa. Eu consegui bastante coisa, a minha casa, terminei. E as minhas coisas, eu tenho todas. Compro o que eu quero, pago o que eu quero, como o que eu quero, ajudo os meus filhos. Adoro perfume. Então, eu compro perfume para todo mundo. Então, eu adoro. São alegrias assim, né. E ajudo na casa do Senhor, ajudo quem precisa. Então, me trouxe muito retorno, muito. Consegui as coisas que eu tenho com o dinheiro do Hospital, o dinheiro que ganho trabalhando aqui.

E no dia a dia do seu trabalho, qual a maior alegria ou maior tristeza?

Assim, tristeza, se eu vejo um, digamos assim, talvez um paciente que tenha agitado, que tenha falado um monte de coisa que a gente não merece, né. Isso aí deixa a gente, não digo tristeza, mas aborrecido, né, porque não procede, eu acho que não procede. Nenhum que de nós que estamos aqui vai fazer coisas com má vontade, ou com raiva, ou com arrogância, dos auxiliares, eu digo, para condenar um paciente. Eu digo que eu prefiro esses pacientes (dependentes químicos aos psicóticos. Porque os psicóticos, quando ele “-Ah, agitou, está descontrolado tentando agredir alguém ou ele mesmo e tínhamos que conter.” A gente caía no chão mesmo, muitas vezes, a gente ralava o joelho, de cair no chão, de tentar conter, para não deixar machucar o colega, ou o paciente. Para o colega (homem) também ajudar a gente, que é mulher, né, não se machucar tanto.

Então, eu via colega machucado, óculos quebrados, o rosto todo arranhado. Isso dá tristeza, dá tristeza. Hoje em dia não, com essa clientela, eles não são loucos, eles são conscientes, eles só têm esse déficit, não, não é um déficit, né? Enfim tem esse problema

com as drogas. Outro dia um paciente falou para mim assim: “-C., você se acha superior a mim?” Não sei qual que foi o paciente. Eu falei: “-Eu não? Mas por quê, só por que você usa droga? Eu só não tive essa opção e a vontade de usar droga. Mas eu sou igual a você.” Eu falei pra ele: “-O mesmo sangue que está aqui, está em você. Só que eu nunca cheguei a fumar droga. Se eu tivesse fumado droga, eu seria uma velha drogada hoje, né. Não tem muita diferença.” Então, é igual a mim, né. Então, e a alegria assim, de a gente ir embora e ver que tudo ficou bem, o plantão está bem, está ótimo, ninguém reclamou, todo mundo agradeceu. Quando a gente vai embora, a gente vai nos quartos e fala: “-Tchau, fica com Deus”, “-Amém, tia. Até amanhã, até...” Sabe, esse é o retorno. É muito gratificante. É uma alegria. Entendeu?

Quando você diz para os outros com o que você trabalha e aonde você trabalha, quais são os comentários que você ouve? E se você concorda ou não com eles?

Tem discriminação, tem. Quando, quando eu falo: “-Eu trabalho no Hospital.”, “-Nossa! Mas lá só tem doido. Você vai cuidar de doido?” Sabe. Eu falo: “-Não, gente, lá é um local como todo outro. Tem muita humanização, a gente é humana também. Tem auxiliares, tem técnicos, tem psicólogos, tem médicos clínicos, tem tudo que. “-Ah, mas não é igual a um hospital geral, porque lá tem mais doido. Não tem, C.?” Eu falo: “-Não, gente, vocês precisam ir lá conhecer o Hospital. O Hospital tem festas, é aberto à comunidade.” Aí eu convido, Eu sempre trago a minha família nas festas, principalmente na festa junina.

E as pessoas vêm?

Eu nunca vi ninguém vim, não. O meu marido, trabalha como porteiro então nem sempre ele pode vir. E tem as minhas filhas a C. e a C. que são grandonas, na Festa Junina elas estavam aí. Eu não sei quem convidou, não foi eu, né. Mas assim, eu vi, e elas estavam comprando queijadinha, um monte de coisas lá. Então, o pessoal está de olho no Hospital, o pessoal vem ver as coisas, vêm para observar. Entendeu? Mas isso é bom. Por isso que tem que estar aberto mesmo, escancarado, a mulherada falando, a mulherada na frente das coisas. Eu acho maravilhoso, acho isso lindo. (Refere-se à nova diretora que é uma mulher)

Sua família vem aqui nas festas?

Vem, ô se vem. Minhas filhas sempre vêm me buscar aqui, ó, na porta, é. Minha netinha já correu nesse corredor aqui. Uma hora que ela tiver aqui, eu vou te mostrar.

Tem alguma coisa que a senhora gostaria de acrescentar, alguma coisa que gostaria de dizer e que eu não te perguntei?

Que você seja feliz na sua pesquisa. Deus te abençoe. E te enriqueça cada dia mais. Viu? Que você é linda! Mesmo se algum dia quiser me dar bronca, pode falar, que eu aceito, porque deve ser algo que eu preciso rever e aprender. Deus abençoe, viu.

Obrigado

Imagina, Deus te abençoe grandemente.

FIM DA ENTREVISTA

ENTREVISTA: AUX. DE ENFERMAGEM 2

Boa tarde M., eu queria que você falasse sobre seu percurso profissional, desde a sua formação. Você fez o técnico de enfermagem ou o auxiliar?

Só o auxiliar mesmo.

Então como é que foi essa escolha para fazer o curso de auxiliar e como foi a sua chegada no Hospital?

Na realidade, quando eu cheguei assim, que eu prestei concurso para o estado, eu prestei para duas modalidades, era vigia e atendente. Só que aí me chamaram para atendente. Aí então, desde então, no começo para mim foi difícil, porque eu pensava que era uma coisa assim, eu via um mundo totalmente diferente, né. Que era louco, né, trabalhar com louco, eu falei: “-Ah, eu acho que eu não vou acostumar.”

Você começou a trabalhar após a sua formação, direto com psiquiatria?

Em psiquiatria, logo de cara, na psiquiatria.

Aqui mesmo no Hospital?

Aqui mesmo, fui chamado para cá.

Quantos anos atrás?

Eu entrei aqui em 18 de abril de 1984. Já vai fazer trinta anos agora, em abril faz trinta anos, né. Então, no começo para mim foi meio difícil, porque assim, para encarar, tipo, o trabalho eu achava muito difícil. O primeiro dia que eu vim assim, sabe, tomei aquele baque, né. Mas aí, com o tempo, depois eu fui me acostumando, aí fui... como é que se fala? É, tomando uma autoestima, né. Aí comecei trabalhar, falar com os pacientes e aí eu fui me elevando cada vez mais. Aí eu tomei gosto pela coisa, né. Aí, daí em diante eu já fui ficando, “dois anos, três anos”.

Antes de iniciar como auxiliar de enfermagem e na psiquiatria, você trabalhou em que área?

Ah, eu trabalhei em várias coisas, trabalhei na feira, trabalhei de balconista. A maior parte foi balconista. O último serviço meu foi na Cesp, trabalhei um ano na Cesp. Foi quando

me chamaram para mim está assumindo, né. Então, quer dizer que eu tenho um ano fora só, de registro, só. O resto eu perdi todos, né, porque era sem registro.

E quando você começou a trabalhar com saúde mental, houve alguma preparação anterior para você iniciar o seu trabalho?

Não, a preparação foi aqui mesmo. Tudo que eu tive que aprender foi aqui no trabalho. Aprendi fazer medicação, injeção, tudo. Porque tinha um enfermeiro aqui, que ele dava aula para gente. Então, no próprio trabalho mesmo a gente tinha, que era reciclagem, né, que a gente fazia. Todo ano tinha reciclagem.

Como educação continuada assim?

Não, não tinha, antigamente não. A educação continuada, ela veio depois. Mas eu... Tudo que a gente tinha, assim, de reciclagem, a gente aprendia. Por exemplo, o enfermeiro, ele sabia, ele repassava para gente, né. Tanto que naquele tempo tinha discussões de casos de paciente, que a gente, é, acompanhava o médico. A gente discutia, a gente sabia o CID todinho. Hoje em dia ninguém sabe mais nada, né. Não se tem mais. Mas quando você discutia o caso, você discutia o CID, a doença do paciente. Tinha várias coisas. Só que se perdeu muito, né, de lá para cá. Acho que foi meio que abandonando. É uma coisa que tinha que ter uma continuidade, porque se você trabalha, você tem que saber o paciente, a doença, né.

Que compensações ou retorno o seu trabalho traz?

Olha, para mim, olha, eu vejo assim, muito, como que eu posso me expressar? Eu acho que servi de algo para alguém, né, ajudei alguém, continuo ajudando. Eu acho que para mim assim, eu sou como se fosse uma alma gêmea de alguém, né. Porque, na realidade, Deus coloca a gente no caminho que é para gente seguir. Porque eu tive várias oportunidades para estar indo e não fui, eu fiquei aqui mesmo. Para ir para outra instituição? Outra instituição, outras... Outro tipo de serviço, né. E eu acabei ficando mesmo aqui. Eu acho que ajudando o próximo é a melhor coisa que eu encontrei, de estar fazendo o meu serviço. Então, o retorno que o trabalho ou a compensação que o trabalho lhe traz é a relação com o paciente? Sim. Tanto que eu, não era nem para mim estar aqui, trabalhando na clínica, né. Eu sou readaptado, fiz cirurgia de coluna. Só que eu gosto, né, de estar trabalhando com o paciente. Eu tenho uma afinidade assim, com quem eu estou

trabalhando. Tem uma desavença com um ou com outro, mas são exceções, né. Mas eu me dou muito bem com qualquer tipo de paciente.

E o que do seu trabalho te mantém nessa atividade?

Ah, meu espírito de luta, que eu gosto de coisas nova, gosto de objetivo, renovação. Só que já estou ficando meio cansado já, porque as coisas tá, parece que em vez de ir para frente tá *involuindo* (*sic*), não tá subindo. Você vê, nós estamos aqui há o quê? Vai fazer um ano que tá internando o pessoal com dependência química e não se teve nada até agora, que eu estou vendo. Então, não tem nada estabelecido, eu não tenho um cronograma do que é para fazer o que não é. Onde a enfermagem se enquadra? Onde o outro técnico se enquadra? Não tem. Porque, na realidade, a enfermagem é que passa a maior parte com os pacientes, né. Só que tudo cai na costa da enfermagem. Acontece um negocinho aqui: “-Ah, é porque a enfermagem não viu. Ah...” Nunca foi o técnico, nunca foi isso, nunca foi aquilo. É sempre a enfermagem. É meio complicado por causa disso.

Por isso que eu estou ficando meio desgostoso, por causa disso. É, porque se tem uma coisa, por exemplo, vamos supor, é, quem tiver no pátio, se o paciente fugir, vai ter que assinar uma advertência. Por que advertência se o paciente fugiu? Na cadeia os caras fogem, por que aqui não podem fugir?

Tem que assinar advertência?

É, foi o que eu fiquei sabendo. O povo falou que quem tivesse no pátio, se fugisse paciente... Foi uma época aí que não podia, estava fugindo muito paciente aí. Aí falaram isso aí, que eu não gostei muito, né, fiquei... Até falei: “-Eu não vou assinar nada se fugir não. Estou nem aí.” Eu estou aqui para dar cuidados ao paciente, pro que for necessário. Agora, não estou nem batendo mais de frente com o paciente. Tanto que no sábado o paciente Francisco, ele desacatou todo mundo aí. A única coisa que eu fiz, eu virei as costas para ele e deixei ele falando sozinho. Pronto. Entendeu? Que eu não vou bater boca com paciente. Vou lá... Se eu bater boca, eu vou perder a razão, eu vou ser mais baixo que ele ainda. Se não tem conversa, não tem, vamos parar por aí.

Ele tá aqui para um tratamento, só que eles não tão sabendo disso. O único problema é isso. Paciente, tratamento, cadeia, eles não sabe definir o que é. Eles vêm com uma ideia tão errada lá de fora. Vem do CRATOD com uma ideia de que o tratamento aqui é mil estrelas. E, na realidade, eles vêm aqui, não é nada disso. Porque a maioria vem

e fala: “fala que aqui é excelente, que não sei o quê.” Mas depois tem alguns que nem quer ficar mais, depois. É complicado.

Você acha que a qualidade do tratamento oferecida para eles é ruim?

Aqui é ruim, tá sendo ruim. Com toda sinceridade, tá sendo ruim. Tem muita coisa para fazer para melhorar.

Na sua opinião, quais seriam as mudanças necessárias?

Ah, primeira coisa, eu acho que tem que fazer a reformulação de o cronograma que tem. Quanto mais ocupação, melhor. Por que tem essas destruições? Porque aqui, na realidade, o que tá se fazendo pelo paciente é como se fosse o quê? Um SPA. Não é assim que deve se tratar. Uma... Colocaram uma esteira, não, duas esteiras, duas bicicletas. Para quê? Paciente não tá precisando disso aí, o paciente precisa de tratamento. Ele precisa acabar com a droga sim e tem outros meios de acabar. Não precisa ser isso, especificamente isso. Só que eles não tão tendo o controle, eles tão destruindo tudo. Já tinha a mesa de pebolim, foi o divertimento deles. Foram estourando aos poucos. Deu uma melhorada, os pacientes voltaram, agora piorou de novo. Eu acho que assim, ou você vê, uma clínica onde tem televisão, tem aparelho de ginástica agora. Quem não quer vir para cá? Até o cara que tá morando lá embaixo da ponte, que não tem nada para fazer, ele vai querer vir para cá. Você vai ter um quarto onde tem uma televisão só para você, que a maioria dos hospitais aí não tem.

Tem assim, uma televisão, uma sala, uma televisão, pode ser até de vinte polegada ou quarenta. Mas é onde tá lá, para todo mundo assistir, tem hora certinha para eles estarem lá assistindo. Aqui não tem um controle, o paciente assiste a hora que ele quer, ele desliga a televisão a hora que quer. Às vezes ele deixa ligada, tem que ir lá desligar. É complicado, né. Então, é uma reestruturação, tem que fazer uma boa reestruturação. Não assim, procurar lá fora, eu acho. Eu acho que o hospital, ele tem que começar a trabalhar com os profissionais que tem, né, estar vendo como fazer um tratamento para eles, um cronograma. Você estar vendo as atividades que se enquadra.

Que nem mesmo agora eu estou vendo que tem algumas coisas ainda errada. Você tem três atividades num horário só. Hoje mesmo, tinha dentista, tinha fisio e tinha a TO para levar os pacientes. Só que tinha um paciente que ele já estava em duas atividades. Como é que ele pode estar em duas atividades ao mesmo tempo? Não tem como, né.

Porque antes também estava assim, que nem o técnico. Porque na realidade, quando se fala em equipe, a equipe se envolve. Todo o seu ser que tá dentro da clínica, todo mundo é responsável. Aconteça o que aconteça, é a equipe, não é só a enfermagem. O que eu tenho visto aí, porque a maioria das coisas que tem acontecido, ela cai muito em cima da enfermagem. Que eu acho uma coisa, tudo bem, tem funcionário, tem, que não tem condições, que às vezes ele procura aquilo lá mesmo. Mas basicamente é um só ou outro, né. Então é assim, é, em todas as atividades que têm na relação, é nós que estamos fazendo. Não tem mais como era antes.

O que você mudaria no seu trabalho?

No meu trabalho? No meu? Na minha maneira assim de... De fazer? A primeira coisa teria que estar procurando a integridade dos outros companheiros, de estar fazendo um dia uma reunião, para estar todo mundo com um pensamento só, né. Porque às vezes isso disturba muito. Porque se eu falo uma coisa pro paciente, outro vai e fala outra coisa: “-Não, porque você falou uma coisa, o outro falou outra.” Tem que falar a mesma linguagem, né. Isso é a primeira coisa que deveria mudar.

Trabalho em equipe e comunicação?

Sim, trabalho em equipe e comunicação, que é a melhor coisa que tem, né.

E o que que a instituição poderia oferecer para melhorar a qualidade do... Do seu trabalho?

Ah, no caso teria que ter o quê? Uma capacitação, educação.

Se você mudaria de profissão. E aí, você estava dizendo que no começo sim.

Eu falei que sim. Não, eu falei que eu mudaria, né. Aí você perguntou o que eu faria. Então, se eu fosse fazer hoje, eu faria educação artística, né. Porque eu gosto de fazer, trabalhar com arte. Gosto muito de fazer trabalhos manuais, essas coisas. Então, eu faria isso. Que na área da saúde, hoje em dia, não sei, se fosse hoje, né. Então, hoje eu não ia para essa área, se fosse...

E se você tivesse uma capacitação para esta área, que você pudesse desenvolver esse tipo de atividade aqui, era o que você gostaria, por exemplo?

Não, se tivesse sim, porque é uma coisa que deveria perguntar. Porque todo funcionário, ele tem uma aptidão para alguma coisa. Ele se desencadeia mais. Tem funcionário que não serve para tratar de um paciente, mas ele serve para fazer outra coisa, né. Tanto que tem um escriturário, por exemplo, que ele faz outro serviço. Então, você tem que ver a capacitação de cada um para ver o que ele pode fazer e o que não pode, né. Por isso que tem que estar mudando as coisas nisso aí. Primeiro, que nem, por exemplo, aqui, para mudar isso aqui vai ter que fazer uma reciclagem com todo mundo. Conversar com todo mundo, fazer tipo uma entrevista assim, bem de leve, para saber o que cada um pensa. Através do que você tá fazendo. É muito bonito isso, né.

Mas se fizesse com o pessoal, cada um de sua equipe, para estar vendo, você teria uma base mais ou menos, né, do que daria para mudar e o que não daria. Então, isso é a coisa mais importante que tem.

E você já... Já pensou de mudar de trabalho, sair do hospital?

Não, agora não, porque não resta mais nada, né, já estou no fim da carreira já. Já estou com trinta, vai fazer, falta o quê? Quatro anos para mim aposentar. Que eu não sei ainda se eu vou levar esses quatro, pretendo. Se Deus me permitisse. Senão, se depender do jeito que tá indo, eu estou indo embora. Nem que for para mim pedir aposentadoria mais cedo, eu estou saindo. Entendeu?

Quais as alegrias e tristezas que você tem no dia a dia do trabalho?

Olha, eu nunca cheguei triste, brinco, do jeito que eu sou. Porque assim, eu venho, eu falo assim para os outros, que eu venho com duas malas. Eu tenho duas malas. Uma mala é a que eu deixo na portaria quando eu chego de casa. Os meus problemas ficam todos naquela mala lá. Aí eu subo, venho, trabalho. Aí, depois quando eu desço, eu troco de mala. A mala que eu deixei de casa lá, eu cato ela e levo de volta e deixo a mala aqui. Eu jamais levo problema daqui para fora e nem trago de lá para cá. Porque isso, eu acho que isso, problema particular meu é meu, não tem nada a ver com o serviço. Eu deixo do portão para fora. Eu não venho aqui, não desconto em ninguém. Você nunca vai ver eu de mau humor, a não ser que me tire do sério aí, eu... Aí o bicho pega. Ninguém é de pedra, né. Então, aí o único problema é esse mesmo, tenho duas malas.

O teu trabalho te traz alegrias?

Sim, sim, porque eu estou ajudando o próximo. Entendeu? Eu escolhi, é uma coisa que eu escolhi, não é [palavra inaudível].

E quais são as tristezas que o teu trabalho te traz?

Ah, as tristezas são às vezes os colegas, né, que às vezes pisa muito no tomate, né, modo de se dizer, na gíria, né. Fica difícil, que eles não concorda com alguma coisa, precisa evoluir alguma coisa e eles não estão nem aí. Entendeu? Às vezes você tá numa situação difícil: “- Opa, ó, nós precisa sentar, conversar. Vamos chamar fulano, vamos fazer isso, aquilo.” Ninguém quer saber de falar. Eu que não vou, é, como é que fala? Bater de frente com ninguém, sozinho. Entendeu? Para mim também tanto faz como tanto fez, na idade que eu estou agora, já quase indo embora, também não tenho que ficar arrumando muita confusão. Entendeu? Mas o povo é aquele negócio, é leva e traz, né. É um falando do outro: “-Ah, porque fulano é isso, porque fulano é aquilo.” É complicado. O pior desgaste que tem é isso aí.

É, quando você diz para outras pessoas lá de fora aonde você trabalha e o que você faz, em geral, qual é a reação e quais são os comentários das pessoas sobre isso?

Geralmente é muito difícil, né. Até em casa mesmo, o que se passa aqui é difícil eu comentar. A não ser que pergunte, se não perguntar, eu também não falo. Eu não misturo, né, as coisas. Mas assim, dependendo de alguém que pergunta, por exemplo, tipo de colega que encontra: “-Ô, você trabalha no Hospital? Como que tá lá o Hospital, né?” Pessoal que já trabalharam aqui comigo, aí a gente conversa. Eu falo: “-Ó, o Hospital continua do mesmo jeitinho, né. Mudou-se algumas coisas.” Aí, né, aí a gente começa a conversar.

Mas quando você tem contato com outras pessoas, outros colegas que trabalham em hospital geral, por exemplo e comenta que você trabalha no Hospital, qual é a reação dessas pessoas?

Ah, o pessoal fala: “- Você é louco. Eu jamais ia trabalhar lá. Trabalhar com louco, eu?” Aí eu falo: “-Não, eles não são loucos. Eles têm uma demência, é, né.” Só que é muito mais fácil do que trabalhar com pessoas normais. As pessoas normais às vezes são mais difícil. Eu já trabalhei, quando eu fazia estágio aqui. Eles falam: “-Não é difícil para

“você trabalhar?” “-Com doente mental não. Ele tá ruim hoje, ele tá agressivo, ele tá não sei o quê. Mas no dia de amanhã ele tá ótimo de novo.” É só no primeiro instante, depois que passou aquela fase dele, pronto, ele é uma pessoa normal.

Você fez o curso de auxiliar?

Fiz, fiz por aqui mesmo pelo Hospital.

Você tem o segundo grau completo?

Sim, eu completei o segundo grau.

Pensou em fazer alguma faculdade, alguma formação superior?

Não tive oportunidade para fazer. Na época não me deram a chance, então. Não é que nem agora, que teve bolsa, essas coisas, né. Que antigamente, as maiorias das bolsas, eu acho que ia mais para família, né. Não tive muita oportunidade.

Não teve essa oportunidade antes, de fazer o curso, se você tivesse, teria feito qual curso?

Aí eu poderia até ter feito TO, porque é no que me enquadro aqui, porque eu gosto do trabalho com arte.

Você gostaria de dizer mais alguma coisa que eu não te perguntei?

Não, eu acho que isso é o bastante. Acho que não tenho mais nada para acrescentar. Se faltar mais alguma coisa, depois a gente... Se você quiser saber, a gente conversa mais.

Agradeço muito ...

De nada.

FIM DA ENTREVISTA

ENTREVISTA: TERAPEUTA OCUPACIONAL

Boa tarde R. Me fale, por favor, um pouco sobre o seu percurso profissional.

Eu sou terapeuta ocupacional, me graduei em 2001. Durante a graduação, eu achei que quatro anos eram insuficientes. Então, eu acabei estendendo o meu tempo de graduação. E durante esse período eu fui fazendo outras formações, mas ainda dentro da faculdade. Participava de bolsas de pesquisa, outras bolsas, para ir enriquecendo a minha formação. E aí, quando eu me formei, eu optei por ficar um tempo fora do país. E quando eu voltei, eu quis ir trabalhar e não fui fazer a especialização. Eu precisava ganhar dinheiro e já tinha passado o tempo de inscrição das especializações, aí eu prestei um concurso para Prefeitura de Mauá, no estado de São Paulo. E fui trabalhar. Eu achava que o trabalho ia ser em saúde mental, que era a minha área de escolha, desde a graduação.

Mas eu cheguei lá e era em educação inclusiva. Aí eu não gostava muito de educação inclusiva, e tive que aprender o que era aquele trabalho. Mas o município já estava bem adiantado, então era um Centro de Educação Inclusiva, aonde antigos alunos da educação especial já tinham sido incluídos e eles estavam chamando então, as pessoas que nunca tinham passado por nenhum tipo de assistência. E a gente fazia um trabalho em conjunto com os professores que ficavam nesse centro de educação, com esses alunos então com mais dificuldades. E a gente também fazia um trabalho de formação e acompanhamento dos que já estavam incluídos. Eu trabalhei lá de 2002 até 2006. Quando então, por sentir falta da saúde mental, eu pedi transferência para Secretaria de Saúde. É, porque eu fui contratada então, pela Secretaria de Educação e não podia pedir transferência.

Mas tinha uma coordenadora do Centro de Educação, que abriu essa possibilidade. Então, eu falei: “-Então, é agora que eu vou pedir a minha transferência.” Aí eu fui então, em 2006, para um Caps álcool e droga, que estava ainda começando. A portaria tinha saído naquele ano, eles estavam montando. E eu trabalhei conjuntamente, eu cobria a licença-maternidade de uma outra TO de um Caps de psicóticos. Aí eu fiquei neste trabalho de 2006 até o final de 2007. Quando então, eu pedi uma licença não remunerada, licença-prêmio e fui de novo para fora do país. Fui para os Estados Unidos mais duas vezes. Nessa segunda vez, então, a intenção também era de ver como que era o trabalho lá, porque sabia que a minha graduação; fiz a graduação na Universidade de São Paulo, o

curso de terapia ocupacional, fono e fisio. Eles formaram um departamento, que está dentro da Faculdade de Medicina.

Então, a gente tem uma formação, por um lado, humanista, quando a gente tem aula na sociologia, na psicologia, na história; e por outro lado, médico, que a gente passa por todas as clínicas médicas. Aí então, eu estava falando do reconhecimento da para profissão lá fora, desculpe eu me perdi.

Então, lá a TO é mais antiga. A TO aqui no Brasil tem por volta de cinquenta anos, foi trazida pela Organização Mundial de Saúde para o Hospital das Clínicas. Então, é dali que a para profissão de fisio e de TO nascem. E a formação, a para profissão lá, ela é reconhecida, tem um retorno financeiro bom. Então, essa era a minha intenção, de ver o que eu teria lá, porque aqui a remuneração sempre foi muito pequena e o reconhecimento também é um pouco mais complicado. Aí eu passei então, de 2002 a 2007, final de 2007, na Prefeitura de Mauá. Eu passei um ano e dois meses fora, fui até ver se eu poderia atuar como TO. E bem naquela época mudou a legislação dos Estados Unidos e eu não pude atuar, porque eu precisaria ter um curso de especialização ou mestrado, que é o que eu tinha deixado de fazer. E aí eu acabei trabalhando em outras coisas e nada na área de TO.

E retornei para o Brasil no começo de 2009. Retornei para o meu trabalho, onde estava piorado. Mudança de prefeito, a equipe totalmente desmontada e estava muito ruim trabalhar no Caps. Tinha eu, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e um psiquiatra. Como na maioria dos serviços, o médico sempre fica muito pouco tempo presente. Então, quem levava o serviço era eu, a enfermeira e uma auxiliar de enfermagem, que também achava que sabia muito e era muito preconceituosa. Então, estava um ambiente quase que insuportável. Que a gente estava esperando então, a contratação de uma OS, que ia entrar uma OS para aumentar a equipe e tal. E nós éramos contratados, nós éramos funcionários públicos. Então, a gente não precisou sair por conta disso.

E aí, em setembro, outubro de 2009, uma amiga me convidou para prestar concurso aqui no Hospital. E nós viemos todas juntas e prestamos o concurso todas juntas. Eu não sabia da existência do Hospital. Para mim o Hospital era só no Rio de Janeiro. E não sabia da existência desse hospital do estado. Aí eu prestei e no começo de 2010 o Hospital me chamou e eu vim para clínica de agudos. E comecei a trabalhar na enfermagem de agudos masculina.

Era a sua opção agudos ou não?

A minha opção, quando eu vim conhecer aqui, eu sabia que tinha reinserção social e os agudos. Como o meu trabalho de monografia de conclusão de curso era sobre moradias assistidas, lares abrigados, eu tinha o interesse de poder trabalhar na reinserção. Mas a vaga que foi oferecida foi para agudos. E aí eu falei: “-Ah, eu gosto, então, vamos ver o que é que dá.” E aí então, fui tentar achar o meu lugar dentro de uma enfermaria de agudos, visto que até outros colegas falavam: “-Por que uma TO na enfermaria de agudos e não na reinserção social, quando ela também é importante?” E aí eu achava que as duas eram importantes. A reinserção, com o seu jeito de trabalhar e vim descobrir o que era o jeito de uma TO trabalhar numa clínica de agudos.

E aí que o meu trabalho, eu considero que ele é com o paciente, mas também na organização, na formação, na troca com a equipe como um todo, que trabalha na enfermaria. Então, às vezes o meu atendimento é num espaço reservado. Mas às vezes o meu atendimento também é durante uma conversa no pátio, com todos os pacientes e os auxiliares. Ou até mesmo, numa conversa com os auxiliares, informal aonde eles vêm falar de um paciente eu tento dizer para eles porque que eu acredito que deve ser de um jeito ou de outro. E é isso. Até teve um caso uma vez de um paciente, que a gente ia fazer uma atividade fora da clínica e uma auxiliar falava: “-Você é louca de levar ele, . Ele não vai fazer nada lá, vai ser horrível.” Eu falei: “-Não, eu vou levar.”

E aí eu levei e depois ele se comportou super bem, assim, bem mais adequado do que na própria enfermaria. E aí ela falou: “-É, você estava certa.” Mas às vezes isso acontece, como às vezes o contrário também acontece. E aí fica na eterna discussão. Mas é importante ver como às vezes as pessoas, a partir de alguma coisa, eu acho que vem da TO, a partir da ação, a pessoa tem uma mudança, muito mais do que pelo discurso. Então, às vezes, se eu ficasse tentando convencê-la sobre a importância da atividade externa, eu demoraria mais tempo do eu levá-lo, ou seja pelo que ela viu na ação.

E quais as compensações ou retorno o seu trabalho lhe traz?

Então, por eu gostar de saúde mental, eu acho que o meu retorno é muito maior do que quando eu trabalhava com educação inclusiva. Porque o retorno, às vezes eu trabalhava com pacientes muito graves na educação inclusiva, tetraplégicos, autistas, assim, que eram enjaulados em casa, em situações muito mais complicadas. Que, é a saúde mental, para mim ela dá um outro retorno. E trabalhar no Hospital... Repete para

mim a pergunta? **As compensações ou retornos que o seu trabalho lhe traz.** É, então, é muito bom quando você vê que alguém saiu melhor, que alguém reconhece que o seu trabalho foi bom. Essa, eu acho que é uma grande recompensa e satisfação que eu tenho. E também da equipe. Quando você vê que a equipe trabalha de uma maneira coesa, onde as pessoas acabam, assim, tendo um objetivo comum. O que era muito ruim, por exemplo, no Caps, onde apesar de ser um lugar especialista, não eram todas as pessoas que tinham formação para entender o que é um Caps. Então, elas, cada um queria trabalhar da sua maneira. Alguns como se tivessem trabalhando num consultório particular, com a salinha fechada, com horário marcado. E quando um Centro de Atenção Psicossocial, ele tem que ser um lugar aberto, para que as pessoas cheguem e sejam acolhidas. E não seguir determinadas normas. Então, é muito bom quando você consegue trabalhar em equipe e que a equipe toda tenha um objetivo em comum.

E o que do seu trabalho lhe mantém nessa atividade? O que a mantém trabalhando aqui e fazendo o que você faz?

Eu gosto muito do SUS, eu gosto muito, acho que boa parte da minha formação foi em escola pública. E eu acho que eu devo um retorno a isso. Acredito que o SUS ainda é muito novo, que tem muitas coisas ainda para serem feitas. Ou mesmo dentro da reforma psiquiátrica. Onde a gente tá ainda tem muita coisa a ser feita. Mas eu acompanhei um pouco do meu pai, na época da década de 1990, aonde ele era internado em alguns hospitais particulares, mas em algumas vezes no SUS e eram lugares muito feios, muito ruins. E aí aquilo me deixava triste. Então, saber que eu ia poder fazer algum trabalho que pudesse melhorar em alguma coisa aquelas pessoas, que naquele momento estavam num sofrimento tão grande, para mim é algo que me mantém no trabalho.

Foi o que te levou a fazer a faculdade de terapia ocupacional, a internação do seu pai em... Em uma instituição psiquiátrica? Foi isso?

Eu acredito que sim, a minha primeira opção então era veterinária. Eu queria, desde criança falava que ia ser veterinária, veterinária. Mas eu só ia estudar se fosse numa faculdade pública, porque naquele momento o meu pai estava sem condições de... Eu já tinha duas irmãs que faziam graduações caras e uma terceira graduação cara eu sabia que ele não ia poder. A gente podia, é, até se endividar um pouco, alguma coisa, mas eu optei por prestar apenas universidades públicas. E aí eu prestava veterinária e não estava

passando. E uma prima veio e falou: “-Eu acho que você tem muito a ver com a TO.” Eu gostava muito de um primo meu, que ele tem uma pequena paralisia cerebral e ele era atendido por uma TO. E eu achava muito legal. Que na casa dele ele não podia preparar o leite dele, porque senão ele ia sujar a mesa, ele não podia fazer nada, porque ele era um coitadinho e um pobrezinho. E ele ia num lugar aonde ele fazia a pizza que ele comia, ele fazia a pulseira que ele me deu de presente. E eu achava aquilo muito legal.

E aí eu já tinha feito um tempo de cursinho, eu falei: “-Vou prestar esse daí e vamos ver o que que dá.” No primeiro ano ainda não gostei, porque fiz a graduação num lugar onde a TO, principalmente naquele momento, ou eu entendia que naquele momento ela era uma para profissão difícil, não reconhecida, não valorizada, não bem remunerada. E aí eu lembro que eu até perguntei uma vez: “-Para que fazer uma graduação de uma... De uma atividade onde, eu posso ser voluntária?” E o tempo todo da graduação foi demonstrando qual que era a diferença de um voluntariado e de um direito a ser tratado. E aí por isso que eu... Que eu gosto muito de... De ser T.O., porque eu acho que aí é que tá. Eu acho que culminou, com a minha entrada na... Na vida adulta. E aí muitas das coisas que eu acredito hoje, eu acredito que foi através da minha formação que eu pude ir pensando desse jeito. E eu gosto desse jeito de pensar.

E o que do seu trabalho lhe mantém nessa atividade?

Ah, porque eu gosto. Eu sei, por trabalhar num serviço público, que a gente tem limitações. Mas eu também já trabalhei em serviços privados, em que as limitações são as mesmas. Talvez com um ou outro retorno mais rápido, mas que as dificuldades são do dia a dia. E que eu, sinceramente não me vejo fazendo outras coisas. Até gosto, gosto muito de fazer milhões de coisas, até gosto de fazer outras coisas. Mas eu acho que o meu trabalho em saúde mental, ele sempre vai se manter. Eu acho que...

E o que que você mudaria no seu trabalho?

O que que eu mudaria no meu trabalho? Ah, eu acho que... Algo que pudesse... Então, deixa eu falar um pouco de... De uma época onde eu não conseguia, é, cumprir a minha organização. Que aí eu acho que é muito mais uma organização minha, do que uma organização, uma mudança do próprio trabalho. Por trabalhar numa clínica de agudos, que é muito dinâmica, às vezes a gente chega com uma programação e aí ela é toda mudada. E aí eu lembro então, da minha gerente dizendo que por mais que a gente

trabalhe num desorganiza... Com pessoas que estão desorganizadas, naquele momento, se a gente não mantiver uma organização, a gente também entra nessa confusão e tudo se mistura. Então, eu acho que eu mudaria um pouco nisso, de conseguir seguir mais um pouco do que eu me programo a fazer. Às vezes eu chego com uma programação e não consigo dar conta dela.

Haveria outras questões que você mudaria no... No seu trabalho?

Para melhorar a qualidade da assistência? **(Sim.)** Tá. A gente hoje trabalha com duas miniequipes para atender a trinta pacientes. Então, eu acho, talvez se a gente tivesse três miniequipes, para cada uma atender dez pacientes, as coisas poderiam trabalhar numa qualidade melhor.

Uma ampliação de recursos humanos. (Isso.) O quadro de recursos humanos melhoraria qualidade do trabalho, melhoraria a qualidade da assistência, no seu ponto de vista?

É, eu acho que a ampliação dos recursos humanos e uma educação permanente. Porque aí, é, a gente vê a riqueza quando a gente consegue refletir sobre o trabalho. E muitas vezes, apesar da gente ter as reuniões semanais e elas também serem para isso, às vezes as pessoas acabam, tornando aquele lugar muito mais de queixas, do que de reflexão sobre o trabalho. E se a gente consegue organizar esse horário já reservado para isso, eu acho que o trabalho ficaria mais rico, porque, a gente conseguiria tirar outras coisas. Que o que desanima um pouco é isso, às vezes a gente vai, discute, todo mundo concorda. Aí passa um tempo, ninguém mais lembra daquilo. Aí você tem que ir de novo, discutir e fechar com todo mundo para sair assim, sempre lembrando, que alguns acordos foram feitos. Eu acho que aí também faz parte do trabalho.

Seria muito mais fácil se as pessoas entendessem na primeira vez e seguissem como máquinas, que a gente dá o comando. Às vezes nem a máquina, a gente dá o comando e ela obedece. Mas eu acho que isso faz parte do trabalho. Mas a consistência, ou a continuidade das ações, elas também são importantes para fazer essa reflexão constante.

E o que que a instituição poderia oferecer para melhorar a qualidade do seu trabalho?

Ah, então, eu acho que essa parte da educação permanente, ela seria muito boa. Eu acabei fazendo uma especialização, por minha vontade, em gestão de pessoas, que é uma... Uma área que eu gosto, aprendi a gostar. Fui convidada para assumir a substituição da... Da coordenação. E achei uma... Uma atividade também interessante e aí eu fui fazer essa especialização. E eu tive todo o apoio para fazer essa especialização, mas eu não tive o recurso financeiro da instituição para fazer. Agora, por exemplo, eu vou fazer também uma outra especialização, que é em dependência química. Que eu vou fazer porque eu quero ter uma especialização na área de assistência, porque eu não tenho nenhuma. E aí eu vou fazer porque é interessante para o meu trabalho, é interessante para o meu currículo, e também porque eu acho que é importante. E a instituição, de novo, vai me dar todo o apoio para eu fazer, mas não vai poder arcar com os custos dessa especialização.

É, e se você pudesse, você mudaria de para profissão?

Não, não. Eu gosto muito de ser TO. **(É, você falou.)** E eu acho que se a gente perguntar para maioria das pessoas, assim, eu acho que o enfermeiro acha que a dele é melhor, por aí. Ontem eu ainda brincava com uma outra colega enfermeira e ela acha que ser enfermeira é melhor e eu acho que TO é ser melhor. E aí cada um vai puxar a sardinha para o seu lado. Mas eu gosto muito do jeito que a TO me ajudou a ver o mundo. E aí a gente às vezes até brinca, entre nós, Tios daqui: “- Algumas para profissões são limitadinhas. A gente consegue ver um pouco mais.” Eu acho que até porque a minha formação fala da TO como uma tecnologia. Então, ela vai beber das áreas e vai ver o que que ela vai aplicar ali, então, eu acho que isso é legal, porque a gente tem uma formação muito ampla e aí eu vou refletir sobre aquilo que já foi pensando. O que eu vou agir na ação.

Quando o sujeito tá lá, quer trabalhar, mas ele não tem curso, tem um emprego, tem tudo e não consegue trabalhar. Então, como que eu vou agir naquela ação, trabalhando com ele, trabalhando com os outros, trabalhando num todo, para poder fazer isso. Não sei, eu acho que as outras para profissões têm mais a TO tem um lado mais para algumas coisas.

E você já pensou em mudar de trabalho alguma vez?

Não. Eu gostaria de ter outros trabalhos, até por conta da remuneração, que às vezes ela não é suficiente. Mas eu acho que eu não deixaria de, pelo menos hoje, não é a minha vontade de deixar de ser servidora pública. Já trabalhei conjuntamente no serviço privado e quando eu tive que optar, eu optei pelo público. Apesar de ter uma melhor remuneração no outro e tudo. Mas eu optei pelo público e eu acho que eu vou me aposentar no serviço público.

Que alegrias e tristezas você vive no seu trabalho?

Ah, alegrias então, quando tudo dá certo ou quando a gente vai em algum lugar e as pessoas falam que a gente tá trabalhando direito. É muito bom ser essa referência, até por ser um serviço público, onde as pessoas geralmente têm: “-A princípio, não presta.” Depois que alguma coisa der certo, a gente até pode falar que presta um pouquinho, mas a princípio não. Então, eu gosto quando as coisas dão certo e aqui no Hospital geralmente elas dão certo. Alegria de ver que todos, ou satisfação, de ver que todos trabalharem por um objetivo comum. Eu já trabalhei em outros lugares, onde cada um pensava de uma forma. E era muito mais difícil o trabalho. Então, aqui eu vejo que todos têm um objetivo comum e eles concordam, apesar de discordar. Muitas vezes eles concordam qual que é a missão da instituição. Então, isso é uma alegria aqui, que eu tenho no meu trabalho.

E que tristezas você vive no seu trabalho?

As tristezas eu acho que são das limitações do trabalho mesmo. E que muitas vezes a gente tenta diminuir. Então, quando a gente consegue dar uma assistência, que a gente sabe que ela não vai ser muito suficiente, principalmente para dependência química. Quando a gente começou a trabalhar um ano atrás, a gente não tinha como oferecer comunidade terapêutica. E aí o sujeito entrava e falava: “-Ah, mas em trinta dias não é suficiente para mim. Eu sei que eu vou recair a hora que eu sair daqui.” E era a única coisa que a gente podia falar. Isso era muito triste. E hoje em dia a gente até tem possibilidade de levá-los para uma outra avaliação, para indicação da comunidade terapêutica. Então, isso hoje passa a ser uma alegria, o que era uma tristeza. Eu acho que quando a gente encontra, não sei, algumas limitações, mas eu acho que elas fazem parte do trabalho.

Então, a gente queria dar um trabalho de qualidade a todos. Eu acho que essa é a nossa missão, função. Mas às vezes a gente vê que tem algumas coisas que independem da gente.

Com os pacientes psicóticos, que foi a maior parte do tempo da sua experiência. Quais foram as tristezas e alegrias no com aquela clientela?

As alegrias de ver que eles saíam melhores. Então, quando chegavam muito confusos e quando eles iam embora, eles estavam mais tranquilos, mais aliviados. Ah, e as tristezas é de quando a gente sabia que aquilo não ia se manter, por falta de estrutura da família, por falta de estrutura dos serviços lá fora, que ainda, estão num outro nível, muito longe do que a gente gostaria. Então, eu me lembro de um paciente que foi um que me marcou muito, que ele chegou muito confuso, mesmo assim, muito educado. E quando a família vinha visitá-lo: “-Ah, então, a sua família tá lá fora.”, “-Ah, tá?”, “-Vamos lá ver? “-Não, obrigado.” E aí a gente foi descobrir que na verdade ele não queria ver a família, porque ele tinha medo de ir embora com ela e saber que ele ia ficar trancado num quartinho. E a gente fez todo um trabalho para evitar isso, de sensibilização da família, de articulação com a rede, um milhão de coisas, denúncia para o Ministério Público. E a gente sabe que ele continua trancado num quartinho. Apesar do PSF (Programa de saúde da família) estar a cem metros da casa dele, o PSF acha que eles não podem interferir na dinâmica familiar e que eles não têm nada a ver com isso.

O Caps, de entender que ele é um sistema de porta aberta e isso quer dizer que a porta deve, literalmente, ficar aberta e eles têm que se responsabilizar pelo paciente, fazer a busca ativa, etc. Que era um pouco do que acontecia na educação inclusiva também, que as mães eram obrigadas a ficar todo o período que o aluno ficava dentro da escola, a mãe era obrigada a ficar sentadinha na porta da escola. Porque se o filho precisasse dela, ela precisava estar lá. E é muito ruim quando pensam dessa forma num Caps também, porque, afinal de contas, qual que é a assistência que está sendo dada?

No seu trabalho no hospital. Quais outras tristezas você vive no dia a dia do trabalho? É, e de que ordem seriam elas?

Ah, eu acho que tem uma parte dos recursos humanos. Então, assim, aqui é um hospital que tem já uma certa história e alguns funcionários muito antigos e que a gente vê que às vezes a gente não consegue muito retorno com essas pessoas. Não que nenhum

retorno, eu acho que sempre elas acabam vendo que ou elas vão junto com a maré ou elas vão ficar muito para trás mesmo. Mas em alguns momentos é difícil ver o quanto que essas pessoas têm algumas coisas já cristalizadas e que para mudar é um sofrimento. Acho que sofrimento para ambos, tanto para agente, que quer implementar uma mudança, o novo, quanto para ele, para sair daquele papel que ele já está acostumado.

Quando você diz para os outros com o que e onde trabalha, quais os comentários que você ouve?

Primeiro porque é Hospital, ele: “-Ah, Hospital existe mesmo? A gente sabe que hospital é quando a pessoa tá hospital.” Aí vem a parte de explicar quem foi Philippe Hospital. E homenageá-lo, e não depreciá-lo pelo apelido. Aí tem essa parte. Muitas pessoas realmente acham muito estranho, como que eu posso trabalhar com a loucura. Como que eu consigo trabalhar com a loucura? Se eu faço terapia, eu tenho acompanhamento, por que não dá para trabalhar com a loucura sem ficar louco? E, mas como também eu gosto de provocar um pouco, então, eu acho legal falar isso, que eu gosto e, assim, e que é muito legal. E às vezes eu conto uma ou outra situação de pacientes, que as pessoas começam a achar engraçado e tiram até essa coisa do medo: “-Olha só, que legal.”

E tem até um paciente, que o sonho dele é trabalhar, para poder casar, ter filho, e assim, até o pessoal brinca, só porque ele está no hospício é porque o sonho dele é esse. Porque não, ninguém quer essa vida. O cara, o sonho dele é trabalhar para poder sustentar uma família. Ele tem uma deficiência um rebaixamento cognitivo, atrelado à doença dele. Mas assim, eu adoro conversar com ele, porque ele tem umas tiradas muito boas. Então, isso é uma coisa que me diverte, não me assusta. E tem horas que é muito triste, quando ele fala da mãe dele, que ele sente falta da mãe dele: “-Minha mãe morreu? Eu sinto falta da minha mãe. Onde que a minha mãe tá?” Então, tem a parte triste, mas tem a parte que ele mesmo ri das coisas. Como pode?

Você, se sentiu ou se sente excluída enquanto profissional, quando você se refere ao o local que você trabalha?

Ah, se eu for levar em consideração a minha formação, sim, porque o hospital psiquiátrico era sempre foi falado para mim como o último lugar a ser pisado. Só tem que pisar lá para derrubar. Apesar de então ter, eu lembro até de uma tese de uma professora,

que falava, que para mim foi muito marcante naquele momento, e que falava dos muros, que não são só os muros físicos, que tem outros tipos de muros. Que isso às vezes são muito mais excludentes do que o muro de uma instituição total. Mas eu acho que pelo convívio das pessoas eu tenho amigas que são TOs, que gostam de saúde mental e odeiam hospital psiquiátrico. Eu tenho amigas TOs que gostam de saúde mental e acreditam que uma internação é necessária. E eu tenho amigas TOs que não gostam de saúde mental e jamais gostariam de pisar num hospital psiquiátrico.

Você concorda com essas opiniões? Com quais?

Ah, eu acho que o hospital, principalmente na fase depois da reforma psiquiátrica, o que a gente já conseguiu alcançar e o que a gente ainda vai alcançar, ainda tá muito longe. Acho que a gente tá num processo de construção. Eu tenho um amigo até que fala que não é a gente que vai ver isso, vão ser as gerações futuras. Mas se eu comparar então, da época de 1990, quando o meu pai era internado e hoje, eu já vejo que, principalmente aqui no Hospital, é um outro lugar. Naquela época eles eram feios, eles eram escuros, eles eram medonhos, as pessoas andavam peladas, as pessoas eram pouco cuidadas. Se comparado ao Hospital hoje, eu vejo que não. É um ambiente claro, onde as pessoas são tratadas como pessoas.

No Hospital a gente tinha até uma não sei se é política, mas um... estávamos trabalhando a desuniformização. E cada vez mais a subjetividade do sujeito em sofrimento. Então, se a gente for ver em vinte anos, mudou muito. Mas que a gente ainda tem muito para mudar, a gente tem.

Hoje você, responde pela coordenação da clínica masculina. Então, você está também, no papel de gestora? (Sim.) É, quais são as dificuldades deste lugar? (De gestora?) Sim.

São muitas dificuldades. É, não, também é um exagero, não são tantas assim. Acho que tem a dificuldade, porque como eu era da assistência e durante um período eu era da assistência e substituta da coordenação. Então, durante esses três anos eu fiquei passeando nas duas áreas. Então, enquanto coordenadora agora, às vezes eu acho que eu sei um pouco como que eu devo ir. Talvez com um pouco mais de cuidado, de cautela. Mas às vezes eu também acho que eu vou por este lado, sendo que às vezes eu tinha que ser um pouco mais, é, como que eu vou dizer? Que eu não poderia deixar tanto as coisas dessa forma. Por mais que eu acredito que as pessoas tenham o direito a dar as suas opiniões e

que elas se devam ser levadas em consideração, às vezes de ser um pouco mais diretiva: “-Tudo bem, eu acredito que é assim. Mas agora a gente vai fazer assim. Tá bom? Então, eu acho que tem um pouco disso. Tem algumas coisas que são da minha personalidade mesmo, então, o quanto que eu vou desagradar o outro? E o quanto que às vezes isso para mim, eu trabalho em terapia, mas é uma coisa que às vezes ainda me... incomoda. Mas eu acho que no fundo, no fundo, o meu medo é de ser boicotada. Então, eu tento fazer com que eles entendam o que eu quero e tento, argumentar. Isso é muito engraçado, porque as pessoas falam que eu tenho um poder de argumentação muito bom. E que a minha mãe até brinca: “-Se Jesus descer na Terra e eu achar que não tá na hora ainda, eu vou fazer ele voltar numa outra hora.” Porque a minha argumentação é muito grande. Porque eu acho que assim, eu só gosto de fazer alguma coisa quando eu entendo, o sentido daquilo.

Então, eu acho que o outro só vai fazer quando ele entender. E que, às vezes, se eu mandar, ele vai fazer questão de fazer o contrário, só porque eu estou falando. Mas eu acho que é experimentar um pouco mais disso e ver até que ponto, eu posso mandar um pouco mais. Eu acho que eu estou nessa fase, de me apara apropriar um pouco mais do que eu posso ou não.

Tem alguma coisa que você gostaria de dizer, a respeito do seu trabalho, que não foi perguntado e que você acha que seria importante de falar?

Deixa eu ver? Ai, eu acho que não. Acho que, assim, não sei o que eu consegui dizer. Mas eu gosto muito do meu trabalho. Às vezes eu chego em casa e eu tenho uma mania de ficar falando das coisas que acontecem. Aí eu chego em casa e falo: “-Não, porque o fulano fez isso, beltrano fez aquilo outro. O paciente então, onde já se viu, entrou ontem e hoje já quer outra coisa. Não sei o quê, não sei o quê.” E minha mãe fica: “-Mas vale à pena? Mas vale à pena?”, “-Vale, porque eu gosto. “Então assim, eu acho que é o quanto que eu falo muito. Então assim, eu acho que eu falo para ela, para eu ir me organizando. Que a hora que eu vou falando para o outro, aí eu vou pensando também. E aí às vezes as pessoas vêm e falam: “-Ah, mas sai de lá então. Ah, mas será que vale a pensa, não sei o que? Vai trabalhar com outra coisa.”

Eu lembro de uma mãe de uma amiga minha, que falava: “-Vai trabalhar com estética, que é mais legal. Vai ver algo que é bonito. Não o que é doente, o que é feio, o que é excluído.” E aí você fala: “-Eu jamais gostaria de trabalhar com o bonito. “Às vezes você vê aquelas pessoas que vão trabalhar em escritório. Então, elas vão super arrumadas,

e maquiadas e bonitas. E aí eu falo: “-É, ia ser legal ser desse jeito. Mas, ah, depois, se eu vou me sujar toda? Se eu vou estragar todas as minhas melhores roupas.” Então, às vezes é melhor ir com uma roupinha um pouco mais gasta, alguma coisa assim, porque é o que eu gosto. Entendeu? Então, eu acho que é mais ou menos isso. Eu não tenho o retorno financeiro que eu gostaria. Mas eu acho que se a gente perguntar para, mesmo quem ganha muito, às vezes também não vai ter. Mas eu gosto muito de ser TO. E é engraçado que a gente fica falando, quando a gente está entre as TOs, o quanto que a gente é boa.

Obrigada,

Imagina.

FIM DA ENTREVISTA