

## **A GESTÃO COLETIVA DO RISCO DE VIOLÊNCIA E DA ASSISTÊNCIA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: OS INGREDIENTES DA COMPETÊNCIA EM CRÔNICAS DA ATIVIDADE**

*Davidson Passos Mendes  
Daisy Moreira Cunha*

### **1. Introdução**

Os hospitais diferem de outras instituições pela marcante complexidade e peculiaridade dos serviços prestados (Carapinheiro, 1998; Echternacht, 2008; Mendes et al., 2008), pois assumem, ao mesmo tempo, um papel social, econômico, político e científico.

Historicamente, o desenvolvimento hospitalar foi acompanhado por uma complexidade crescente em sua concepção e tecnicidade, muitas vezes associadas à característica “caritativa” (pouco rentável) e ao desenvolvimento de serviços altamente especializados com uma alta tecnologia (Martin; Gadbois, 2007).

Caracteristicamente, o hospital é uma instituição onde as relações humanas assumem grande relevância, com uma função social das mais complicadas e desafiadoras para quem presta serviços naquele local: a de salvar vidas humanas (Echternacht; Oliveira, 2000). Poucos locais de trabalho apresentam a complexidade do ambiente hospitalar, já que ele engloba a necessidade de interfaceamento de uma considerável quantidade de diferentes campos técnicos. Dentro daquele ambiente, convivem grupos sócio-profissionais muito particulares, uns ligados diretamente ao processo de prestação de cuidados à saúde humana e outros com a função de apoio ou de gestão (Carapinheiro, 1998; Echternacht, 2008).

O trabalho nos serviços hospitalares implica a coleta e o tratamento de informações de caráter complexo, numerosas e em constante modificação (Martin; Gadbois, 2007). Para cada paciente,

desde a entrada com o estabelecimento do diagnóstico inicial até a decisão de alta do serviço, múltiplas informações sobre a evolução e os tratamentos ministrados são coletadas, transmitidas, armazenadas, analisadas e utilizadas e fazem parte do “cuidado em saúde”. Grande parte das intervenções cotidianas de cuidado depende dessas informações, cuja circulação e tratamento ocorrem no âmbito de uma vasta rede de pessoas: pessoal técnico especializado, apoio e pessoal terceirizado.

Os atores do sistema hospitalar são muito numerosos, agrupados em estatutos e ofícios diferentes, constituindo um mosaico de feudos compartimentados (Escouteloup et al, 1996). Há três grupos de atores que se entreolham com desconfiança: a administração, os médicos e os profissionais de enfermagem. No interior de cada um desses grupos antagônicos, existe uma estrutura piramidal marcada (Martin; Gadbois, 2007).

A enfermagem é prática historicamente estruturada, constituída por diferentes maneiras de cuidar que são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico (Mendes et al., 2008). Atualmente, o trabalho de enfermagem é integrante do trabalho coletivo em saúde, é especializado, dividido e hierarquizado entre auxiliares, técnicos e enfermeiros de acordo com a complexidade de concepção e execução. Embora detenha autonomia relativa em relação aos demais profissionais, a enfermagem é subordinada ao gerenciamento do ato assistencial em saúde executado pelos médicos (Oliveira; Alessi, 2003; Mendes et al., 2008).

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

Há, na literatura, escassez de estudos que abordem a saúde do trabalhador de enfermagem que atua na assistência psiquiátrica. Dentre os estudos nacionais, a maioria retrata situações específicas, como lidar com o suicídio e o estado de alerta permanente no cotidiano do trabalho que podem comprometer a saúde mental do trabalhador (Fernandes et al., 2002; Carvalho; Felli, 2006).

O momento atual do trabalho de enfermagem em saúde mental é caracterizado pela transição entre uma prática de cuidado hospitalar, que visava à contenção do comportamento dos “doentes mentais”, para a incorporação de princípios novos e desconhecidos – frutos da reforma psiquiátrica -, que propõem uma prática interdisciplinar, aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, visando a superar a perspectiva disciplinar das ações (Oliveira; Alessi, 2003).

Analisar a gestão de riscos no trabalho, a assistência ao paciente e a construção da saúde/doença implica acessar a singularidade das experiências individuais e coletivas de reconhecimento e hierarquização dos riscos diante das especificidades das situações produtivas.

O objetivo do artigo, portanto, é revelar, por meio de fragmentos de crônicas da atividade, as (im)possibilidades individuais e coletivas na gestão da assistência e de regulação frente ao risco de violência no “cuidar” do paciente em uma unidade hospitalar de emergência psiquiátrica.

## **2. Metodologia**

A abordagem metodológica utilizada nesse estudo foi baseada na Análise Ergonômica do Trabalho – AET (Guérin et al., 2005) e Ergológica (Schwartz, 2000). Trata-se de um método qualitativo-descritivo, de ação da ergonomia e da ergologia, com metodologia e ferramentas de análise pertinentes para identificar os principais fatores técnicos e organizacionais inferentes sobre os campos de possibilidades de gestão da saúde no trabalho nos contextos produtivos hospitalares e gerar, em conjunto com os demandantes, proposições para a adequação preventiva dos atuais sistemas de

produção hospitalar. A produção das "crônicas da atividade", como dispositivo analítico, foi alimentada pelas contribuições conceituais da AET e da perspectiva ergológica.

### **Materiais utilizados e procedimentos**

Os sujeitos da pesquisa foram 17 profissionais, auxiliares e técnicos de enfermagem, de um setor de emergência de um hospital público psiquiátrico. Foram utilizados nesse estudo equipamentos para coleta e registro das informações observadas em campo. Gravações foram feitas com cada sujeito de pesquisa separadamente, utilizando-se de um gravador digital com o intuito de facilitar o trabalho de síntese. O recorte necessário para o aprofundamento metodológico foi feito no Centro de Atendimento à Crise (CAC), por meio de observação e entrevista em autoconfrontação com os auxiliares e técnicos de enfermagem deste setor.

Os procedimentos metodológicos desse estudo foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições participantes e estão de acordo com a resolução 466/2012.

## **3. Resultados**

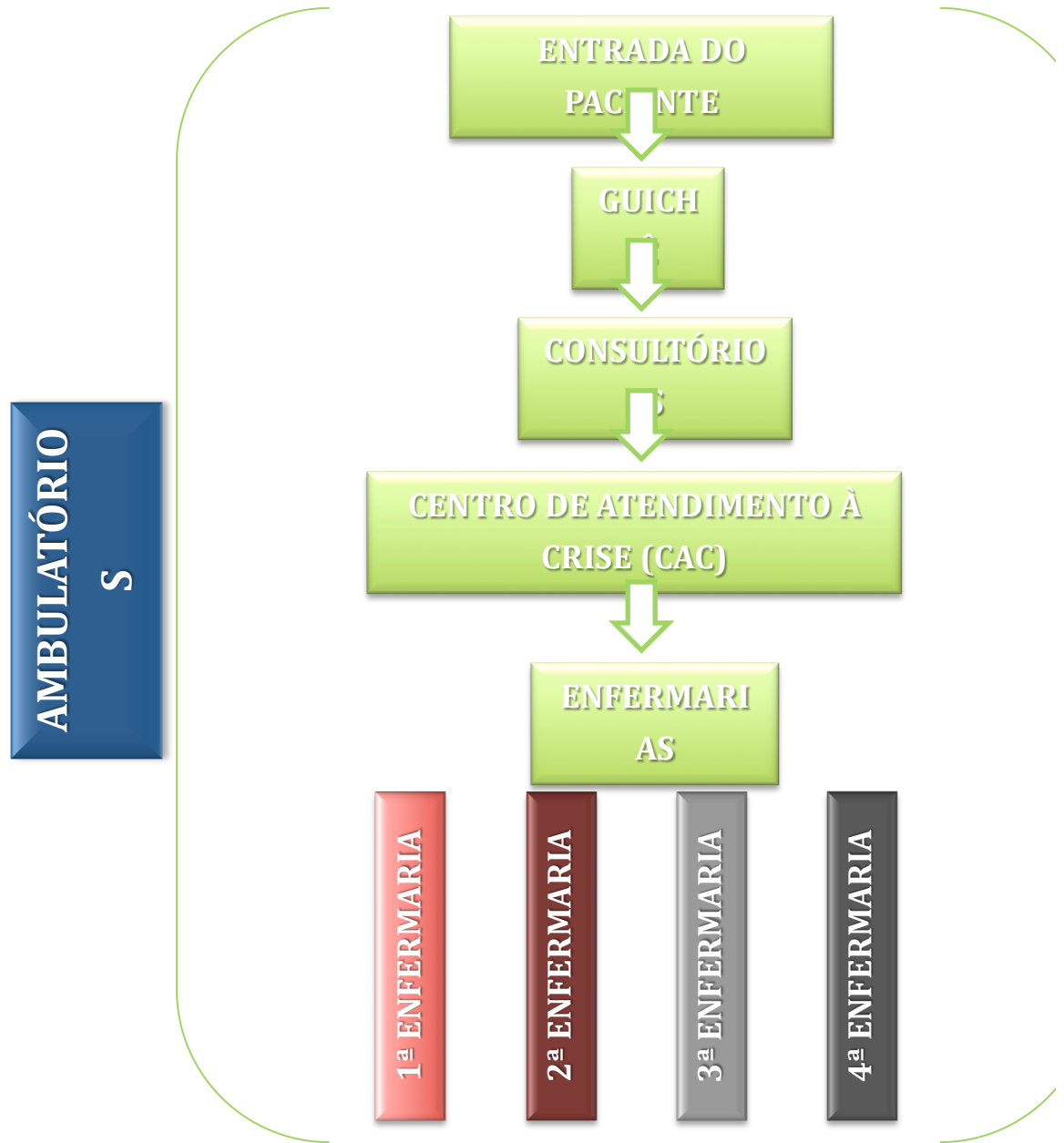
### ***3.1 Análise da estrutura técnica e organizacional***

O CAC ocupa posição de centralidade nesta instituição, sendo o *locus*, importante e necessário, para a gestão de leitos e de riscos de violência no hospital estudado. O papel do CAC na estrutura organizacional do hospital, por meio dos diversos mosaicos de feudos compartimentados - grupos profissionais diversos -, é o de acolher pacientes em crise, avaliar, tratar, referenciar às enfermarias (quando o caso ainda demanda maior permanência) e vincular aos serviços substitutivos da rede de saúde mental, após alta.

Quando indicada a continuidade do tratamento do paciente, após a permanência no CAC, há a internação nas enfermarias. São quatro, sendo a primeira e segunda enfermarias femininas – com vinte e um leitos cada - e a terceira e quarta enfermarias masculinas – com trinta leitos cada. Há, também, a Unidade Clínica de Cuidados Intermediários (UCCI), com seis leitos – indicada para a permanência de pacientes com instabilidade clínica. Os leitos da UCCI são de

retaguarda; quando usados, retêm a vaga da enfermaria. No hospital há, portanto, quarenta e dois leitos nas enfermarias femininas, sessenta nas masculinas e seis na UCCI, num total de 108 leitos.

FIGURA 1 – Estrutura Assistencial



O fluxo do paciente, conforme a estrutura organizacional descrita na Figura 1, mostra a extrema importância do CAC, pois este é o setor estratégico para a gestão de leitos, de riscos para o próprio paciente e terceiros e de condução da clínica a ser estabelecida. Porém foi observada uma demanda cada vez maior das internações compulsórias neste hospital e, em razão disso, as estratégias de gestão de leitos e de riscos têm sido comprometidas.

### **3.2. Desvelando as micro-histórias: crônicas da atividade<sup>1</sup>**

A construção das crônicas da atividade teve por objetivo demonstrar a dinamicidade e a imprevisibilidade inerente à condição de trabalho que analisamos, na qual o trabalhador vivencia a problemática da atividade humana nas condições reais e se engaja como sujeito encarnado (psique e corpo), o que significa dizer que se estabelece um fio de coerência entre o indivíduo e o meio e entre a vida individual e a social. A opção pelos fragmentos de crônica que destacamos não foi feita por acaso. A crônica 1 foi construída por meio da observação da coletividade trabalhadora do CAC (médicos e técnicos) no período da manhã, em momento de pico, cujo objetivo principal se centrava na assistência e evolução dos pacientes e na necessária estratégia de gestão de leitos - saída dos pacientes do CAC (alta ou referenciamento para as enfermarias) com o intuito de "abrir vagas" para a entrada de pacientes em crise, o que acontece (na sua maioria) à tarde. Já na crônica 2, a coleta dos dados se deu no período da tarde, após a entrada dos pacientes - momento em que a gestão de riscos se coloca como imprescindível e necessária, já que os pacientes chegam em crise. É um período também de grande pico. Optou-se por não apresentar no texto as crônicas na íntegra. A seguir, é feita a análise dos fragmentos das crônicas 1 e 2.

Nas crônicas, pode-se perceber que a atividade tem algo de sempre indefinível na medida que ela é permanentemente micro recriadora. Revela-se um encontro de encontros, de singularidades, de variabilidades a gerir. A atividade é sempre o centro desta espécie de dialética entre o *impossível* e o *invivível*.

---

<sup>1</sup> As crônicas apresentam nomes fictícios a fim de se preservar a identidade dos participantes do estudo.

### 3.2.1 Análise da crônica 1

Observa-se na crônica 1 a apropriação, pelos sujeitos, de um certo número de normas antecedentes, algo do âmbito do relativamente codificado, do transmissível, bem conceitualizado e que estrutura toda situação de trabalho. Como citado: "O telefone toca. Perguntam se o paciente Paulo tem restrição no café. A técnica Regina tampa o bocal do telefone com as mãos, olha para Raul e revela que o paciente citado, ao dar entrada no hospital, apresentava glicemia de 291 mg/dl". Do ponto de vista prescritivo, uma glicemia de 291 mg/dl é indicativa de *diabetes mellitus*. Mas o dado isolado não é suficiente para a tomada de decisão. Em toda atividade há, também, a necessidade de domínio relativo àquilo que uma situação pode ter de histórico e de inédito - que a torna inteiramente diferente. Como verbalizado pelo técnico de enfermagem: "Ao escutar o valor da glicemia do paciente, o técnico Raul verbaliza: 'não falei que a glicemia era devido ao teor alcoólico?'. E continua: 'a gente está acostumado com isso aqui! O paciente alcoólatra ao chegar é assim'."

Há ainda um terceiro elemento, necessário para gerir o inédito: a pessoa é remetida a si própria e, portanto, remetida a escolhas. Uma dimensão de valores, incontornável, vem cruzar ou se intercalar com as outras duas dimensões. Como ilustrado na crônica:

*No mesmo momento chega ao setor o café dos pacientes. Discutem entre eles (Raul e Regina) e decidem oferecer o café da manhã ao paciente sem restrição. A médica questiona o técnico Raul sobre o café do paciente. Raul fala com a médica: "Dra, o paciente chegou com glicemia alterada e no momento está boa. Não acredito em diabetes e não há histórico de diabetes. Nós já conhecemos o paciente e sabemos da cachaça dele com groselha. Vamos dar o café e acompanhar!". A médica pergunta e observa o prontuário do paciente: "quanto deu a última medida?" O técnico olha em um papel que havia anotado e informa: 97 mg/dl. A médica libera o café sem restrição e fala com o técnico. "Dê o café e logo em seguida o remédio para pressão!". O técnico pega o café e oferece ao paciente. A médica verbaliza em voz alta com todos os técnicos que estavam na sala (Raul, Regina e Geraldo): "como ele está no serviço substitutivo, deve voltar à noite. Vamos acompanhar a evolução dele e ver as condutas assumidas lá".*

A verbalização acima também revela as interações necessárias para o agir em competência nesse contexto. O papel do técnico de

enfermagem é central para o compartilhamento de informações cotidianas da assistência com a equipe médica. O saber/poder é estabelecido e acompanhado por um poder quase absoluto dos médicos. A palavra final é sempre do médico, mesmo que, na maioria das vezes, mediada por informações fornecidas pelos outros *feudos*. Porém, o saber médico isolado é insuficiente para garantir a assistência e gerir os riscos nesse processo de trabalho. Embora a organização seja estabelecida num *mosaico de feudos* (interfaceamento de uma considerável quantidade de diferentes campos técnicos - cada um em seu território bem delimitado e de certa forma protegido), essa configuração se desfaz nas imprevisibilidades. O trabalho em saúde é necessariamente coletivo e se estrutura nas Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP).

A dimensão temporal é associada às urgências e emergências decorrentes da imprevisibilidade dos eventos. As antecipações são necessárias para se ter uma certa *‘sobra’* de tempo já se vislumbrando disfuncionamentos futuros. Fato demonstrado na crônica 1, quando o técnico gere a situação da entrada para já estruturar a ação futura próxima e de prováveis condições de saturação por vir. Como citado:

*O técnico sai e vai ao guichê de entrada. Verifica que a funcionária ainda não chegou. Volta ao posto de enfermagem, pega o telefone e liga na direção. Diz ao telefone: “estou avisando que a funcionária do guichê não chegou e há três pessoas esperando: uma perícia e dois atendimentos de ambulatório”. Desliga o telefone e inicia conversa com outros técnicos. Diz: “mas, também, antes eram três funcionários, depois dois, agora um. Daqui a pouco, nenhum!”.*

A gestão de tempo/espaço é permanente e aparece em outros trechos da crônica, como:

*Raul sai e vai ao guichê de entrada. Parece incomodado com os pacientes que estão aguardando lá. Volta e verbaliza com os outros técnicos (Regina e Geraldo): “um paciente que está aguardando é perícia, o outro é aquela vaga reservada para internação, de Sabinópolis, lembra? Tem um outro ainda que é atendimento ambulatorial”. O técnico Raul está com uma folha na mão. Iniciam, após a fala do Raul, uma discussão sobre vagas reservadas pelo sistema judiciário e verificam (todos eles), numa folha que está sempre presente no posto de enfermagem, as vagas ainda existentes nas enfermarias. Conferem na folha do paciente (folha trazida pelo Raul da entrada) a autorização dada pelo*



*diretor do hospital e se certificam de que se trata mesmo da vaga reservada pelo sistema judiciário e que o paciente vem de Sabinópolis. Falam que ainda há reserva de duas vagas e a técnica Regina olha novamente na folha de anotações de vagas e diz: “hoje está feio! Vamos ficar lotados o dia todo no CAC e não há vagas nas enfermarias. Se chegarem todos vamos ter que dar um jeito”.*

Há, também, antecipações cujo intuito é gerir riscos e que se revelam no compartilhamento de valores comuns, do viver juntos, do bem-estar de todos e da qualidade da assistência, da saúde (profissional e do paciente) e da segurança, como ilustrado a seguir: "Enquanto conversam, o técnico Raul observa à distância os pacientes no leito. Fala com os outros técnicos: ‘o paciente Gustavo está erotizado. Atenção nele!’. Ao mesmo tempo, Regina verbaliza: ‘já estou de olho nele!’”.

Podemos dizer que o sujeito, reconstituído no coletivo, vive uma verdadeira dramática ao ter que gerir diferentes normas antecedentes: aquelas ligadas aos saberes técnicos de sua profissão, associadas aos índices de produtividade e rotinas prescritas aos trabalhadores do CAC, os acordos entre os trabalhadores de distintos setores do hospital e serviços da rede, as expectativas dos usuários e família, entre outros. As escolhas assumidas se revelam quase na clandestinidade e se concretizam por meio do trabalho realizado. Trata-se de uma sabedoria do corpo, de um saber-fazer inscrito no corpo, de difícil verbalização. A regulamentação administrativa rígida não condiz com a plasticidade exigida no serviço, essencial para a gestão da assistência e do risco de violência.

### 3.2.2. Análise da crônica 2

Diversos estudos têm revelado risco de violência no trabalho e a relação assistencial com pacientes afetados por doença mental e/ou afetados por álcool e outras drogas tem aumentado esse risco. Os técnicos de enfermagem, como o maior grupo da força de trabalho em saúde, experimentam a maior carga de violência no trabalho; aqueles que atuam nas urgências e emergências apresentam, também, o maior risco.

Saúde e doença são realidades construídas a partir de uma complexa interação entre as concretudes da condição humana e a

elaboração de sentidos (Echternacht, 2008). Segundo Canguilhem (2010), "*a vida não é indiferente às suas próprias condições, ao contrário, viver é se posicionar*".

Considerando a competência enquanto um agir aqui e agora, em que a atividade consiste em um encontro de singularidades, de variabilidades a gerir, no centro da dialética entre o impossível e o invivível, o que leva o técnico de enfermagem a agir em competência nessa atividade?

O agir em competência é o modo possível de se produzir saúde, gerir a assistência (com eficácia e qualidade) e modular os riscos. Quanto mais os princípios da gestão prescrita dos riscos afastam-se da singularidade das situações de trabalho e das ressingularizações aí operadas, menores se tornam as chances de uma eficiência preventiva. Paradoxalmente, é este mesmo afastamento que origina a gestão dos riscos enquanto instância especializada.

A instrumentalidade utilizada nas dimensões do cuidado, baseada na Psiquiatria tradicional, revela o uso de métodos de contenção química, física e psíquica por meio do uso de medicamentos, faixas de contenção e limites estabelecidos pela ameaça, respectivamente. Como visto na crônica 2:

*Um dos pacientes caminha de um lado a outro. Parece delirante. O paciente se aproxima do posto de enfermagem e pergunta ao técnico Rafael pela jaqueta dele. Instantaneamente, a técnica Regina solicita ao paciente para ir para o leito; ele recusa. A técnica verbaliza: "Vá para o leito que não tem jaqueta aqui!". O paciente retruca e diz que a técnica não gosta dele. Em seguida, o técnico Rafael se impõe e ordena o paciente a ir para o leito."*

A atividade do técnico de enfermagem no CAC se estrutura a partir de diversos elementos, como uma mistura de ingredientes necessários para o agir em competência. Ao se colocar frente a uma dramática, na qual é convocado a agir, ao sujeito é demandado um raciocínio que envolva de um lado os saberes instituídos, o relativo domínio dos protocolos numa situação de trabalho (ingrediente 1). Como citado no trecho, a seguir, da crônica 2:

*O técnico Fernando observa à distância o paciente João e pega o prontuário dele. Diz a todos: "esse paciente não está bem!". Regina dialoga com ele e fala que do tempo que está no CAC*

*(paciente João), não há porque estar com estes sintomas (vira-se para mim e fala dos sintomas de abstinência). Fernando escuta e parece concordar ao visualizar o prontuário."*

O ingrediente 1 é colocado em dialética com os saberes investidos, a relativa incorporação do histórico de uma situação de trabalho (ingrediente 2). O segundo ingrediente é a capacidade de se deixar apropriar - quase ser impregnado - pela dimensão singular da situação, pelo histórico, pela dimensão de *encontro de encontros*, o que é ilustrado a seguir:

*O paciente João continua agitado. Anda pelo setor e incomoda os outros pacientes. Questiono os técnicos a respeito da agitação do paciente. Segundo eles, há também muito teatro. Pergunto do porquê disso. A resposta é rápida e de ambos (Rafael e Regina): não respeitar as regras do setor.*

Segundo os técnicos, pelo tempo de permanência do paciente no setor e de acordo com a medicalização estabelecida, não havia justificativa para o paciente estar agitado do modo como se apresentava (singularidade da situação associada ao histórico, à experiência local/global). Ao serem confrontados, trouxeram elementos do histórico do paciente, internações anteriores e a estratégia comum do paciente de não respeitar as regras do setor, como possibilidade de ganho secundário na obtenção de cigarro - estratégia muito utilizada para diminuir a agitação do paciente.

Todas essas informações permitem elaborar um esquema mental geral que antecipa um certo número de eventos e de problemas a gerir. O terceiro ingrediente é a capacidade de articular a face protocolar e a face singular de cada situação de trabalho. Conforme aponta Schwartz (2010, p. 210-211): "é preciso fazer circular permanentemente o caso típico e a pessoa [...]. Há um trabalho muito complicado que consiste em tentar resolver de imediato, em estabelecer uma relação entre o tipo, definido abstratamente, e a pessoa singular". Tal conceituação é ilustrada pelo trecho abaixo, extraído da crônica 2:

*A técnica termina a entrada de dados no sistema SIGH, faz anotações no caderno de enfermagem e vai ao guichê de entrada. Lá ela observa mais um paciente trazido pela polícia. Volta para o posto de enfermagem e diz para mim: "chegou mais uma coisa boa! Agitada, agressiva. Hoje aqui o povo vai ter trabalho. O*

*Fernando e o Felipe não vão ter moleza. E se o João continuar assim, vai ficar nas cordas". Volta-se para o caderno de enfermagem e faz anotações. Informa ao paciente Joaquim que ele não pode mais ir lá fora.*

Ao ser confrontada sobre a possibilidade da contenção física, a técnica verbalizou:

*Somente deixamos o paciente contido em último caso. Tentamos, conversamos, levamos numa boa. Porém, pela experiência, já sabemos como será o plantão. Hoje aqui só tem F.10. Falei em ficar nas cordas, mas esta é a última alternativa. A maioria, só de ouvir falar no HF<sup>2</sup>, já se acalma, daí não precisamos contê-los, ficam quietos. Eles também têm pavor de ficarem amarrados e nós também, de ter que amarrá-los.*

O ingrediente 3 traz elementos para a caracterização do contexto momentâneo local, da história clínica, anamnese, tratamentos anteriores, conflitos e riscos gerados pelo paciente e, por consequência, dá indícios das ações necessárias futuras.

O ingrediente 4, ligado ao debate de normas que cada um de nós vive em seu meio de trabalho, conserva um tipo de laço de retroação sobre os ingredientes precedentes. Em outras palavras, a partir do momento que um meio tem valor para a pessoa, todos os ingredientes da competência podem ser potencializados e desenvolvidos. Para aqueles cujo meio não permite obter prazer e reconhecimento, onde não há o compartilhamento dos valores pessoais, o ingrediente 4 opera uma descontinuidade que pode da mesma forma dificultar a potencialização dos ingredientes anteriores.

No fragmento da crônica e na verbalização acima apresentada, a contenção física (ficar nas cordas)', trazida na fala da técnica de enfermagem, era uma estratégia a ser utilizada, porém, não comum por remeter à psiquiatria tradicional e ao manicômio. Tratava-se de valores que ali não eram compartilhados, já que a clínica estabelecida naquela situação estava atravessada pelos valores circulantes da Reforma Psiquiátrica, que traz à tona a integralidade da assistência, a co-participação do paciente/família no cuidado, o suporte social, a ação no território etc. Embora existisse ali um formulário específico

---

<sup>2</sup> Haldol e Fernegan - medicamentos utilizados na contenção química (Nota dos autores).

de registro de contenção física, este procedimento não foi comumente visualizado durante a pesquisa. A contenção física, naquele contexto, se colocava como um procedimento que incomodava, e muito, o coletivo de trabalho. Foi observado que a ameaça do uso da contenção física era um procedimento comum e que não se concretizava na ação (a contenção em si) e se colocava para o indivíduo e o coletivo como estratégia de impor limite ao outro e, conseqüentemente, gerir o risco de violência.

O agir em competência é muito profundamente determinado por aquilo que pode valer para a pessoa. Segundo Schwartz (1998, p. 213), "*valer no sentido próprio, como meio de trabalho, isso é, em que medida ela pode fazer de forma que este meio de trabalho seja em parte 'o seu'*". O processo de decisão remete também "*ao estado de uma relação entre a pessoa e o meio no qual lhe é demandado agir*" (ingrediente 4), o que remete às normas e aos objetivos que são compartilhados: apropriar-se do serviço no qual se trabalha; transformar o trabalho em patrimônio; agir tanto quanto possível sobre o meio; ter prazer no trabalho (ingrediente 5). Tais elementos estão exemplificados na crônica:

*Rafael chega ao setor e pergunta à Regina se os pacientes do CMT já chegaram. É informado pela técnica que sim. No mesmo instante, chega o Fernando (técnico do plantão noturno), que cumprimenta a todos e pergunta à Regina como foi o plantão. Inicia a passagem de plantão. Pergunta quantos pacientes há no setor. É informado de que há cinco pacientes, mais dois do CMT. Regina inicia a descrição dos pacientes do setor, um a um: "esse primeiro é o Mário, do CMT, que deveria ter ido embora pela manhã, mas devido à crise de abstinência permaneceu o dia no setor. Aliás, todos aqui são F.10. O segundo é o Geraldo, que está tranquilo. F.10 também!". Fernando interrompe a fala da técnica e pergunta se há algum hipertenso ou diabético. É informado que não. A técnica continua: "José Raimundo chegou agora, foi medicado e está tranquilo também. O outro é o Jonas que teve vômitos de grande volume e foi medicado. Está tranquilo agora. A penúltima paciente é a Patrícia, lembra? Aquela que tem ideação persecutória com você!". Fernando interrompe a técnica e pergunta: "ela aqui de novo? O que ela aprontou agora? Quebrou a casa de novo?". Regina revela que sim, citando os mesmos problemas de sempre e, segundo a técnica, a mesma súplica de piedade. E continua: "o último é o João, que estava agitado, meio teatral, mas agora está mais tranquilo. O que está fumando é o*

*Joaquim, F.10 também, que também está bem”. Rafael chega ao setor e comenta com o técnico Fernando sobre os medicamentos dados, dificuldades encontradas e o estado geral dos pacientes. É perguntado pelo Fernando se todos os pacientes aceitaram a janta e é informado que sim. Em seguida, o técnico Fernando se dirige a cada um dos pacientes que estão acordados e os questiona sobre o estado geral deles.*

Para o técnico, é de extrema importância levantar os dados do setor, a condição de cada paciente, confrontar com o coletivo o que foi feito e o que está por fazer, ao mesmo tempo em que questiona os pacientes ali internados. Confronta o aqui e o agora com o seu patrimônio (projeto-herança) - acúmulo e interface de singularidades. O objeto da ação do técnico, naquele momento, é levantar informações, comparar, confrontar, estruturar a sua ação e agir, individual e coletivamente. Esta ação está atravessada por um conjunto de valores ligados à qualidade da assistência e da gestão de riscos para os pacientes e os trabalhadores ali situados. Esta ação de vigilância e atenção cria a possibilidade de antecipar e, desta forma, gerir o quantitativo de leitos, a qualidade da assistência e os riscos de violência daquele setor.

O quinto ingrediente de uma competência diz respeito à ativação ou à duplicação do potencial da pessoa, com suas incidências sobre cada ingrediente, tal como exemplificado no recorte da crônica, a seguir:

*A técnica Regina vai até o guichê de entrada e acompanha o acolhimento da paciente. Lá já estava a médica Jussara que, ao ser informada pelo porteiro da chegada da viatura, se antecipa e logo inicia o atendimento no guichê de entrada. Iniciam o acolhimento da paciente, colhendo informações sócio-demográficas no sistema SIGH (trabalho feito pelo auxiliar administrativo do guichê). No mesmo instante, a médica inicia a coleta de informações da paciente que diz ser diabética. A técnica Regina, que estava no setor, escuta essa informação e volta ao posto de enfermagem do CAC. Confere o aparelho de glicemia e se há fita. A funcionária do guichê verifica que a paciente já fora atendida no hospital e vai ao SAME buscar o prontuário da mesma. Volta e deixa com a médica, que chama a paciente para avaliação. É feita avaliação psiquiátrica, prescrição e a paciente é encaminhada para o CAC.*

O trabalho da técnica Regina é no CAC. Porém, ao perceber a chegada de uma nova paciente trazida pela polícia - e por compartilhar valores comuns-, encaminha-se ao guichê de entrada. Ela estava à espreita e fez uma síntese de diversos elementos necessários à situação: como e por quem a paciente foi trazida, estado geral da paciente, riscos, antecipações para gestão do leito, compartilhamento de informações (enfermagem, porteiro, médicos), etc. A técnica e o porteiro não se tornam intrusos no meio, porque compartilham os mesmos valores, fazem parte do meio, mesmo que aquele local específico não seja o seu local de trabalho. Operou-se, naquele momento, o compartilhamento do serviço, uma instauração do coletivo, com distintas possibilidades de trocas, fonte de eficácia no trabalho.

O sexto ingrediente diz respeito à capacidade de se engajar no trabalho coletivo, de tirar partido das sinergias de competências em situação de trabalho. O trabalho coletivo hoje - na medida em que ele atravessa sempre todos esses ingredientes - supõe uma espécie de pôr em sinergia esses diferentes ingredientes, não em si mesmos, mas coletivamente (Schwartz, 1998, p. 219).

As decisões são construídas coletivamente, mas dependem das competências individuais. As variabilidades podem ser trabalhadas por coletividades relativamente pertinentes ou pelo próprio sujeito da atividade. Em momentos de maior demanda e variabilidades, se observa a montagem destas ECRP. Segundo Schwartz e Durrive (2010, p. 151), *“uma ECRP não se assenta num coletivo predefinido. Suas fronteiras são as da atividade, num momento dado”*.

É na ECRP que se aloja a eficácia coletiva do trabalho, como também os valores socialmente partilhados. As múltiplas circulações ocorrem entre “os operadores” da assistência no CAC (e também entre eles e aqueles que se encontram numa área imprecisa que ninguém pode circunscrever) e, de certa forma, não podem ser antecipadas por nenhuma regra. A idéia de trabalhar juntos na definição de bens comuns tem uma pertinência, uma significação. Se os valores colocados em debate têm aderência e força para criar as entidades pertinentes, pode-se deduzir que haverá uma participação coerente dessas pessoas nos debates, nos campos político e dos valores. Há uma dialética do local e do global em duplo sentido. Para Schwartz e

Durrive (2010, p. 151), “*uma ECRP é como uma sinfonia sem maestro*”, como verbalizado por um técnico de enfermagem do CAC:

*Aqui é como um corpo, cada um tem sua função, mesmo sendo outro. Tem hora que você manda, tem hora que você obedece. Tem hora que eu vou estar na parte administrativa, tem hora que eu vou estar na parte dos pequenos cuidados (banhos, higienização). Tem hora que eu vou estar na medicação, mas aquilo tudo é um todo. Nós trabalhamos como um todo, não tem como trabalhar sozinho. Na contenção de um paciente, nós sabemos das restrições, das limitações das mulheres. Então nós vamos entrar na parte mais física e as mulheres vão entregando as contenções pra gente, ajudando na medicação... Cada um tem sua função, alguns mais restritos. Isso vai muito da característica do profissional, tem uns que são mais duros, outros são mais alegres, outros mais fechados, mas tudo vira um todo.*

O uso de si no trabalho não pára de tentar pôr em sinergia esses ingredientes heterogêneos. O agir em competência integra o conjunto das relações entre, de uma parte, os homens e as mulheres e de outra parte o seu meio, seu meio de vida, no seio do qual se encontra o seu meio de trabalho. Segundo Schwartz (1998, p. 207):

*Ingredientes, para melhor mostrar que, como em uma boa mistura, é preciso um pouco de cada um deles; mostrar que eles são diferentes uns dos outros, que a pimenta não é a noz moscada, ou o gengibre, que é diferente; contudo, em uma boa culinária se deve saber colocar uma pitada de cada um desses ingredientes.*

#### **4. Discussão**

A categorização das organizações hospitalares enquanto sistemas complexos se estende aos hospitais psiquiátricos (Pavard, 2000; Benchekroun, 2000; Gomes et al., 2000), onde os fluxos de informação em rede e a configuração coletiva do trabalho são condições para a eficiência do sistema que é estruturado por sujeitos (desejos, necessidades e interesses), processos de trabalho (saberes e instrumentos), poder (modos de estabelecer as relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações) (Barros et al., 2007).

Neste contexto, o atual cuidado em saúde mental tem exigido, na atualidade, um trabalhador implicado política e afetivamente com a transformação dos modos de cuidar e de se relacionar com a loucura



associados à mudança do perfil do usuário dos serviços (Mendes et al., 2008; Mendes; Echternacht, 2010), que tem provocado aumento potencial do risco de agressões. Diversos estudos revelam esses riscos (Foley, 2004; Catlette, 2005; Anderson et al., 2010; Franz et al., 2010; Martinez, 2016).

No estudo de Mendes et al. (2008), os trabalhadores de enfermagem, na assistência em uma enfermaria psiquiátrica, relatam os episódios de agressão física dos pacientes internados, as ameaças com “chuxo” (material pontiagudo construído pelos próprios pacientes com matéria-prima encontrada no hospital), os socos e os tapas associados aos discursos hipersexualizados dos seus pacientes. Hematomas, contusões, fraturas e edemas são destacados como consequências das agressões vivenciadas, mas, também, como marcas visíveis dessas agressões.

O hospital também tem passado por transformações: tem se tornado cada vez menos um local de permanência e cada vez mais um local de passagem - principalmente nas urgências e emergências (Mendes et al., 2008). O paciente que chega em crise no hospital analisado é assistido, controlado e encaminhado para a continuidade da assistência nos serviços substitutivos da rede de saúde mental (Mendes; Echternacht, 2010; Mendes et al., 2011). Portanto, o hospital analisado integra e reforça essa rede.

Nesse cenário de intensas transformações sociais, assim como identificou Lancman (2008), a construção de um novo modelo de atenção convive com a desconstrução do antigo modelo, o que pressupõe a desorganização do sistema como um todo. Entre os problemas apontados nesse processo, os autores destacam um potencial desequilíbrio entre demanda e oferta; um desenvolvimento parcial, incompleto e provisório, das ações assistenciais e uma necessidade de desenvolvimento de processos inovadores de trabalho e capacitação. Além do impacto na qualidade do trabalho, a sobrecarga de trabalho no cotidiano laboral, a fragmentação dos coletivos e o sofrimento psíquico dos profissionais também podem ser apontados como consequência dessa transição (Almeida, 2012).

No contexto analisado, segundo o gestor da instituição, “*o CAC é fundamental por fazer o atendimento de urgência e avaliar a*

*possibilidade de internação e/ou vinculação de pacientes aos serviços substitutivos após o período de crise*". Segundo o mesmo gestor, para se trabalhar no CAC é necessária uma *expertise* ou um corpo de conhecimento histórico para lidar com o risco inerente da atividade naquele contexto. Como afirmado: *"sem o CAC e o levantamento de risco na porta de entrada, o número e a gravidade das agressões aumentaria absurdamente nas enfermarias"*.

Esta afirmativa vai ao encontro da própria noção de risco (Nouroudine, 2004) na medida em que ela se encontra retida entre dois tipos de constatação: *"por um lado, uma hipertrofia de normas de segurança definidas antes da atividade; por outro, os saberes fazer de prudência que se constituem quase na clandestinidade no decorrer das atividades"*.

Segundo Echternacht (2008, p. 51),

*"trabalhar é gerir-se em um meio circunscrito por normas de ordem técnica, organizacional, gerencial, por entre estruturas produtivas que hetero-determinam os objetivos do trabalho humano, seus instrumentos, seu tempo, seu espaço"*.

Porém, tais níveis de hetero-determinação não excluem a atividade humana em sua mobilização de saberes e valores incorporados nas práticas, condição para o agir em competência.

A Ergologia, partindo do pressuposto ergonômico de que o trabalho real é diferente do prescrito, acrescenta que não só é impossível como é "invivível" reproduzir inteiramente as normas (Schwartz; Durrive, 2010, p. 189). De modo a gerir as variabilidades, é preciso fazer *"uso de si, das próprias capacidades, dos próprios recursos e escolhas"*, o que se configura numa *"dramática de uso de si"*. Segundo Schwartz e Durrive (2010, p. 191), *"trabalhar é arriscar-se, fazer 'uso de si'"*.

Essa dramática é verbalizada por um técnico de enfermagem da instituição ao lidar com o paciente:

*O problema principal é o seguinte: chega o paciente drogadito, o rapaz que fumou, tal e tal. O paciente não aceita ficar de jeito nenhum. Então a gente é obrigado a usar a força, entendeu? Então a gente é obrigado a usar a força física, não tem jeito. Agora o problema maior que gera principalmente entre a gente e o paciente muitas vezes o que acontece aqui é o seguinte: o médico*

*vai ali e avalia o paciente, aí põe a conduta de internação. Alguns têm a posição correta, chega para o paciente e fala, "Você vai ficar internado," porque ele aceitando ou não se a gente tiver de pegar a gente vai pegar. Muitos médicos não comunicam isso para o paciente, deixa pra gente da enfermagem comunicar, o que eu acho totalmente errado, entendeu?*

No trabalho, dá-se continuamente um debate entre as normas que são antecedentes – saberes relativamente estabilizados e protocolares e saberes da experiência dos trabalhadores - e as normas internas. A partir desse debate de normas, fazem-se escolhas, nem sempre conscientes, sustentadas pelos valores. A *renormalização* se dá quando há uma ruptura entre os valores que permeiam a organização e, conseqüentemente, a norma antecedente e os valores dos trabalhadores.

Segundo Cunha (2007, p. 2), “*mesmo obedecer às normas antecedentes já é praticar escolhas. E, ao operar nos interstícios das normas antecedentes, o homem faz história*”. Tais escolhas determinam “*a relação com os outros ou o mundo no qual você quer viver*” (Schwartz; Durrive, 2010, p. 192). Se, por um lado, trabalhar é sempre um processo de singularização e ressingularização, por outro, as escolhas são sempre atravessadas pela dimensão coletiva, entidade cujos contornos variáveis se constituem espontaneamente “*com relação a ou em relação com a organização prescrita*” (Schwartz; Durrive, 2010, p. 193).

Se, na atividade, há um caldeirão de patrimônios constituído principalmente de competências e de saberes-fazer de prudência, a renormalização é um processo de invenção de soluções localizadas e, em seguida, consolidadas e transmitidas para a eficácia e para a saúde (Nouroudine, 2004).

Segundo Nouroudine (2004), as zonas de desenvolvimento da ação, da atividade, das representações, da memória, da consciência, do inconsciente poderiam ligar-se entre si na instância denominada *corpo-si*. Para Schwartz (1995, p. 664):

*O corpo-si é história, história como memória sedimentada, organizada na miríade dos circuitos da pessoa; mas também história como matriz, energia produtora de inédito: na medida em que a ambição renormatizante é ao mesmo tempo imposta ao ser [...] e também demandada como exigência de vida, como apelo*

*nele próprio da saúde, instrumentando-o sem cessar para tentar transformar o que é objetivamente para ele meio [...] naquilo em que poderia constituir seu meio.*

É neste sentido que as atividades humanas são lugar de engajamento daqueles que são seus autores. Para Echternacht (2008), arbitrar entre “o uso de si por si mesmo e o uso de si por outros” implica renormalizações, em que as normas antecessoras serão re-interpretadas com o objetivo de reajustá-las a si mesmo e à situação presente.

Na instituição analisada, houve uma mudança no perfil do paciente ocorrido na última década e que provocou aumento no risco potencial de agressão na porta de entrada. Como verbalizado por um técnico de enfermagem:

*Isso aqui virou uma penitenciária, a verdade é essa! A maioria dos nossos pacientes é “drogadita”, alcólatras e muito paciente judiciário; paciente com morte nas costas, paciente que rouba, que faz diabo a quatro. Então, aqui na urgência, ameaça de morte é constante, entendeu? Constante mesmo! Paciente ameaçando que vai matar a gente... Ou cada um arruma estratégias para lidar com isso ou morre. Uma outra alternativa é sair antes. Fato que é comum aqui para os novatos.*

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

Boyé e Robert (1994) definem competência como

*“conjuntos de saber-fazer requeridos pelas tarefas, ligados às pessoas que os põem em prática, reconhecidos como tais pelo ambiente no qual são exercidos, diretamente dependentes do contexto sócio-técnico e cultural de aplicação”.*

Montmollin e Leplat (2001, p. 11), numa tentativa de conceituar competência, assim a definem: “conjuntos estabilizados de saberes e de saber-fazer, de condutas-tipo, de procedimentos padrão, de tipos de raciocínio que se pode aplicar sem um novo aprendizado”. Segundo os autores, as competências sedimentam e estruturam as aquisições da história profissional, permitem a antecipação dos fenômenos, o implícito das instruções, a variabilidade das tarefas.

Competência observada durante a abordagem de uma técnica de enfermagem, ainda no guichê de entrada, onde o coletivo se constituiu e estruturou o agir em competência frente ao risco e, desta forma, configurou um modo de oferecer o cuidado e estabelecer a clínica a um paciente em crise trazido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e escoltado pela polícia. Tal competência pode ser observada por meio do fragmento de crônica, exposto a seguir:

*Os técnicos de enfermagem estavam no CAC numa discussão coletiva com o médico de plantão a respeito do quantitativo de vagas nas enfermarias. O setor de urgência já estava lotado, com dois leitos-chão. O técnico Dair escuta uma sirene tocando e observa, pela janela, a chegada de duas viaturas: um SAMU e um carro de polícia. Olham entre eles e, sem nenhum diálogo, a técnica Regina caminha em direção aos pacientes do CAC, o técnico Dair e o médico se dirigem ao guichê de entrada onde o porteiro já colhia as primeiras informações e repassava para a funcionária do guichê. Trazem um único paciente, escoltado. Em poucos segundos, o porteiro repassa o caso para a funcionária que é informada de que se tratava de um morador de rua, drogado, em crise, e que estava tentando escalar os arcos do viaduto de Santa Tereza. Informa também que o paciente não tem documento e que está muito agitado. No mesmo instante o médico pede para conter o paciente. Chega ao local a técnica Regina, que se aproxima, colhe informações do SAMU e polícia e conversa com o paciente. Dialoga com o Dair e resolvem não conter o paciente. Conversa com o paciente, dá a mão a ele e o direciona ao banho. No caminho, comenta com os técnicos e o médico sobre o paciente, o histórico dele na instituição. Pede ao técnico Gil para ir na recepção, após citar o nome do paciente (que desde o início já o chamava pelo nome), para que a funcionária localizasse o prontuário. Na porta do banheiro, afere pressão arterial e glicemia (o técnico Felipe trouxe os instrumentos para ela). Faz diversas observações durante o banho, como o estado geral e se o paciente portava algum instrumento ou droga. Verbaliza: Esse caso é antigo. Velho paciente nosso. Caso de uso de drogas e das pesadas. Não adianta deixá-lo solto, não conseguimos vinculá-lo ao CAPS. Está doente. A doença é de família, de estrutura social. O biológico é o que manifesta e choca. Imagina o sofrimento dele já com toda esta situação. Precisa é de carinho, está pedindo ajuda! É justo impor mais violência aqui ainda? Sinto-me arrasada cada vez que vejo um caso desse retornar!" Termina o banho, oferece o alimento e leva o paciente para avaliação psiquiátrica.*

Esses debates e negociações, mesmo quando a decisão é individual, são sempre coletivos. Se a gestão do trabalho envolve a gestão de múltiplas gestões, vale aqui ressaltar que não há igualdade de condições nesse debate e negociação de eficácias. As relações de poder-saber estabelecidas influenciam diretamente as decisões em um campo de disputa acirrado. O técnico de enfermagem compartilha o seu saber com o coletivo, antecipa, gere os riscos e a assistência, discute, opina, confronta, porém, a decisão final e as condutas a serem assumidas cabem ao médico.

Em certo sentido, pode-se dizer que qualquer ação organizada obriga os operadores a desenvolver o potencial de gestão das competências, ou seja, perceber e traduzir os elementos da situação - competências de tradução da ação em curso – e fazer emergir os saberes para a ação/reação.

As competências permitem desenvolver e utilizar estratégias de exploração dos conhecimentos ou dos recursos cognitivos e sociais para uma determinada ação. Esta exploração consiste em preparar a ação, ou seja, combinar os conhecimentos adquiridos, selecionar e orientar a ação (planejamento, distribuição, realização, controle), bem como combinar conhecimentos derivados da experiência passada com expectativas racionais sobre eventos futuros (Terressac, 2001). Tais arbitragens atestam que se trata de seres vivos humanos agindo em meios afetados por múltiplas (micro)variabilidades (Cunha, 2007, p. 2).

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

O risco neste contexto seria a réplica lógica de uma dupla impossibilidade ligada à natureza da atividade humana quaisquer que sejam a forma e a organização histórica que ela assume: impossibilidade de neutralização das singularidades nas atividades humanas e de antecipação total dos elementos constitutivos do

processo da atividade (Nouroudine, 2004). É nesse sentido que as atividades humanas são lugar de engajamento daqueles que são seus autores.

As práticas do cuidado e a instrumentalidade estabelecida no CAC se estruturam a partir dos conflitos de normas originados entre a Psiquiatria e a Saúde Mental e que atravessam a prática cotidiana do contexto analisado. Os pressupostos da Reforma Psiquiátrica estão ali enraizados, o que se percebe nas verbalizações dos sujeitos, ao sempre trazer à tona a questão da vinculação à rede, à territorialização e o suporte social. Como verbalizado por um técnico de enfermagem: "se tivéssemos uma rede que desse suporte a estes pacientes daqui ficaria mais fácil. São pacientes que ninguém quer. O próprio CAPS encaminha os pacientes deles para nós. Estamos no fim da linha. Se não resolvermos... Este tipo de paciente está solto no sistema".

Revelam também as lacunas instrumentais verificadas. Como dito por outro técnico: "No interior faltam CAPS. Em BH também. Se deixarmos, todos encaminham os pacientes para cá. Não damos conta. Alguns pacientes nem sabemos como lidar com eles. Aprendemos fazendo, apanhando, sofrendo. Sofrendo também por vê-los sofrer".

Angústia também gerada em função do novo, do imprevisto e do risco associado à mudança no perfil dos pacientes, como verbalizado por um técnico de enfermagem: "Temos cumprido um papel que não é nosso. Bandido com a justificativa de doido não é aqui". E as estratégias construídas: "Você vai vendo o que o cara quer. Tenta levar na conversa mesmo para não ter que pegar. Se nós não anteciparmos, evitar que o paciente agite, somos agredidos".

A instrumentalidade utilizada nas dimensões do cuidado revela a clínica baseada na psiquiatria tradicional e o uso de meios de contenção distintos, como desvelado nas crônicas da atividade, caso de contenção psíquica:

*O paciente João levanta agitado e se aproxima do posto de enfermagem - carregando travesseiro e cobertor – e pergunta à técnica Regina se ele está de alta. Ela diz que não e o paciente se exalta, dizendo: “que desgraça! Eu estou quieto e me chamam!”. A técnica Regina se impõe, exige respeito ao paciente e ordena que ele volte para o leito. O paciente obedece, volta para o leito e verbaliza em voz alta à distância: “eu não estou nem aí se estou*

*no hospital. Vou dar porrada. Vem interromper o meu sono”. Regina, que estava mexendo no computador (inserindo dados dos pacientes no sistema SIGH), continua o que estava fazendo, sem dar importância à fala do paciente - ao mesmo tempo que passa orientações ao Fernando que está assumindo o plantão.*

Em função da intensificação do trabalho, observa-se empobrecimento da clínica e uma alta rotatividade de pacientes, como verbalizado por um técnico de enfermagem: “sexta-feira fizemos milagre aqui! Tinham doze pacientes, com seis leitos-chão. Este paciente que você está vendo a confusão é porque nós tivemos que interná-lo para abrir vaga aqui. Nós é que fomos rápido porque o diretor já tinha reservado três vagas lá na enfermaria”.

No contexto analisado, observa-se uma clínica em que os profissionais estão cotidianamente confrontados com limites: por um lado, limite do desejo do próprio paciente (demanda do tratamento - internação involuntária e/ou compulsória) e de outro, a insuficiência de estrutura da rede no sentido de oferecer dispositivos mais eficientes e específicos (a uma população ainda mais específica) para o cuidado, proteção e maior articulação entre os serviços. A precariedade da rede engendra e potencializa um sofrimento/penosidade que já é inerente aos limites da própria clínica.

À medida que o trabalhador adquire experiência, desenvolve também estratégias individuais e coletivas para o gerenciamento das situações cotidianas de trabalho: a *familiaridade* (Sato, 1993), processo gradativo de aproximação com o trabalho mediante a construção de um saber que permite antecipar e gerenciar as variabilidades próprias da clínica e, de certo modo, favorecer o controle do risco de violência e do sofrimento.

O trabalhador dispor de poder para organizar e cumprir as tarefas da clínica com relativa autonomia tende a favorecer o desenvolvimento de estratégias de regulação, mesmo que a ação seja sobre um objeto do qual não se tenha muito controle. A familiaridade com a situação contribui para o controle e a diminuição do sofrimento inicial, porém, ao custo da banalização do próprio sofrimento - situações sobre as quais o poder para interferir é restrito ou inexistente e o trabalhador obrigado a suportar, tolerar e submeter-se às condições de trabalho insatisfatórias.



A construção de competências e sua atualização é uma necessidade fundamental de gestão de riscos de violência neste contexto. As soluções possíveis das disfunções locais do risco de violência não estão no aumento da regulamentação e de meios de proteção local (necessários muitas vezes para certos tipos de risco), mas na definição de formas organizacionais que façam emergir a capacidade de gestão dos protagonistas do trabalho no curso da atividade.

## 5. Considerações Finais

A abordagem do risco verificada no contexto analisado se restringia aos riscos profissionais. A relação entre o risco e a atividade humana não permite restringir-se a uma abordagem que objetiva o risco. Há, no trabalho, uma *dimensão enigmática*. Os riscos no trabalho são riscos locais realmente ocorridos, relacionados às negociações das pessoas e dos coletivos com as "condições de trabalho", sempre mais ou menos retrabalhadas.

No CAC e, conseqüentemente, no hospital analisado, observou-se, por um lado, uma hipertrofia de normas, inclusive de segurança definidas antes da atividade e, por outro, saberes-fazer construídos e instituídos quase na clandestinidade no decorrer das atividades: a infração se colocava ali como condição necessária para a produção do saber-fazer de prudência, útil para a eficácia e saúde no trabalho.

A instrumentalidade utilizada nas dimensões do cuidado, estabelecidas no CAC, reforça a abordagem utilizada diante do risco potencial. A ampliação dos campos de possibilidade de gestão do risco de violência depende das condições organizacionais para atualização das competências do coletivo onde os técnicos de enfermagem ocupam função fundamental. Para tanto, a valorização do trabalho desses técnicos, o que envolve a adequação do efetivo, a estabilidade dos vínculos, a equidade da carga horária de trabalho e da remuneração do conjunto dos técnicos são procedimentos essenciais.

A Análise Ergonômica do Trabalho foi de fundamental importância para a propedêutica da situação de trabalho analisada e

fez emergir a atividade (os constrangimentos e suas (im) possibilidades de gestão, principalmente o risco de violência, na assistência ao paciente dito difícil), revelar as estratégias até então construídas, mesmo precárias e incipientes, mas momentaneamente capazes de produzir saúde, produtividade/qualidade e gerir a segurança (a que custo!).

A Ergologia favoreceu o aprofundamento epistemológico, revelando as dramáticas e os valores circulantes envolvidos nas tomadas de decisão analisadas. As renormalizações demonstradas em diversas situações não se tratavam somente de tentativas de gestão das variabilidades. Havia ali debate de normas e valores que atravessavam o cotidiano de trabalho, os quais provinham ao mesmo tempo dos trabalhadores e das construções sociais que marcaram a estruturação das situações de trabalho. Nas renormalizações como possibilidade concreta de gestão da saúde, segurança (risco de violência contra si e terceiros) e qualidade da assistência, associavam-se os valores pessoais, retrabalhando aqueles provenientes da reforma psiquiátrica e dos modelos de atenção à saúde ofertados no país. Dessa forma, conhecer melhor a relação de cada um com o trabalho e com os valores nos permite nos impregnar da ideia de que quando vemos alguém trabalhar, é necessário tentar reconstruir em parte as dramáticas do uso de si.

A população trabalhadora analisada no estudo não é vítima e nem algoz do sistema, ou seja, a ação estabelecida se regula dentro de um horizonte possível. Numa necessidade de se buscar permanentemente renormalizar as restrições produtivas, em função desta pressão sobre os valores, essa população redesenha a forma de trabalhar e, portanto, em parte, também a natureza dos riscos: sem se desconectar dos riscos profissionais, renova os seus contornos.

### **Referências**

ALMEIDA, Daniela Tonizza (2012) *Análise do trabalho de uma equipe multiprofissional em um centro psicossocial álcool e drogas*. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. DEP/Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

ANDERSON, Linda; FITZGERALD, Mary; LUCK, Laretta (2010) An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses, *Journal of Clinical Nursing*, v. 19, issue 17-18, p. 2520-2530.

BARROS; Maria Elizabeth Barros de; MORI, Maria Elizabeth; BASTOS, Solange de Souza (2007) O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: o dispositivo “Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST”. In: SANTOS-FILHO, S.; BARROS, M. (Org). *Trabalhador da saúde: muito prazer!* Protagonismos dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí.

BENCHEKROUN, Tahar-Hakim (2000) Les espaces de coopération proxémique. In: BENCHEKROUN, T.H.; WEILL-FASSINA, A. (Org). *Le travail collectif: perspectives actuelles en ergonomie*. Toulouse, France: Octarès, p. 19-34.

BOYÉ, Michel; ROPERT, Gérard (1994) *Gérer les compétences dans les services publics*. Paris: Les Éditions d’Organisation.

CANGUILHEM, Georges (2010) *O normal e o patológico*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense.

CARAPINHEIRO, Graça (1998) *Saberes e poderes no hospital*. 3ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

CARVALHO, Marissol Bastos; FELLI, Vanda Elisa Andres (2006) O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores, *Revista Latino-americana de enfermagem*, v. 14, n. 1, jan-fev, p. 61-69.

CATLETTE, Martha (2005) A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers, *Journal of Emergency Nursing*, v. 31, issue 6, p. 519–525.

CUNHA, Daisy Moreira (2007) Notas conceituais sobre atividade e corpo-si na abordagem ergológica do trabalho. *30ª Reunião anual da ANPED*. Caxambu: Anped.

ECHTERNACHT, Eliza Helena de Oliveira (2008) Atividade humana e gestão da saúde no trabalho: elementos para reflexão a partir da abordagem ergológica, *Laboreal*, v. 4, n.1, p. 46-55.

ECHTERNACHT, Eliza Helena de Oliveira; OLIVEIRA, C. (2000) O Hospital e o Pessoal: Um estudo de caso sobre a produção de lesões por esforços repetitivos na lida com a organização temporal hospitalar, *Ação Ergonômica*, v. 1, n. 1, p. 79-90.

ESCOUTELOUP, J. et al. (1996) Deux ou trois choses sur l'hôpital... qui peuvent faire gagner du temps aux ergonomes, *Performances Humaines et Techniques*, n. 85.

FERNANDES, Josicelia Dumêt et al. (2002) Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. *Revista Latino-americana de enfermagem*, v. 10, n. 2, p. 199-206.

FOLEY, Mary (2004) Caring for those who care: a tribute to nurses and their safety, *Online Journal of Issues in Nursing*, v. 9, n. 3, Manuscript 1.

FRANZ, Simone et al. (2010) Agression and violence against health care workers in Germany – a cross sectional retrospective survey, *BMC Health Services Research*, v. 10: 51.

GOMES, José Orlando; VIDAL, Mário Cesar Rodrigues; BENCHEKROUN, Tahar-Hakim (2000) A terceirização em um hospital de grande porte sob a ótica da Ergonomia de sistemas complexos: contribuições teóricas e metodológicas para uma macroergonomia situada de organizações em rede, *Ação Ergonômica*, v. 1, n. 1, p.11–36.

GUÉRIN, François et. al. (2005) *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: USP; Fundação Vanzolini; Edgard Blücher.

LANCMAN, Selma (2008) *Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental*. Brasília: Paralelo 15.

MARTIN, Christian ; GADBOIS, Charles (2007) A ergonomia no

- hospital. In: FALZON, P. (Org.). Ergonomia. São Paulo: Blucher.
- MARTINEZ, Angel Johann Solorzano (2016) Managing workplace violence with evidence-based interventions: a literature review, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, v. 54, issue 9, p. 31-36.
- MENDES, Davi Passos.; MORAES, Geraldo Fabiano de Souza.; MENDES, Juliana Cristina de Lima. (2011) Análise da gestão de risco no trabalho de enfermagem em uma instituição psiquiátrica, *Trabalho & Educação*, v. 20, n.1, p.73-84.
- MENDES, Davi Passos; ECHTERNACHT, Eliza Helena de Oliveira (2010) Gestão do risco de violência em hospitais públicos psiquiátricos e as competências dos técnicos de enfermagem. *Anais do III Congresso Latino-Americano de Ergonomia/XVI Congresso Brasileiro de Ergonomia*. Rio de Janeiro, Brasil.
- MENDES, Davi Passos et al. (2008) Um olhar sobre a atividade de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem de uma instituição psiquiátrica: em busca de transformações. *Anais do XV Congresso Brasileiro de Ergonomia*, Porto Seguro, Bahia.
- MONTMOLLIN, Maurice; LEPLAT, J. (2001). *Les compétences en ergonomie*. Toulouse: Octarès.
- NOUROUDINE, Abdallah (2004) Risco e atividades humanas: acerca da possível positividade aí presente. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (orgs). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A.
- OLIVEIRA, Alice G. Bottaro; ALESSI, Neiry Primo (2003) Trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais, *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 11, n. 3, p. 333-340.
- PAVARD, B. (2000) Apport des théories de la complexité à l'étude des systèmes coopératifs. In: BENCHEKROUN, T.H.; WEILL-FASSINA, A. (org). *Le travail collectif: Perspectives actuelles en ergonomie*. Toulouse: Octarès, p. 19-34.
- ROGALSKI, Janine; RABARDEL, Pierre; JANIN, Raymond (2001)

L'identification des dimensions des changements de technologie, d'organisation du travail et d'évolution des compétences. In: LEPLAT, J.; MONTMOLLIN, M. (org). *Les compétences en ergonomie*. Toulouse: Octarès.

SATO, Leny A. (1993) Representação social do trabalho penoso. In: SPINK, M. J. P (org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, p. 188-211.

SCHWARTZ, Yves (1995) De l'inconfort intellectuel ou comment penser les activités humaines. In: *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse: Octarès.

SCHWARTZ, Yves (1998) Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel, *Educação & Sociedade*, v. 19, n. 65, p. 101-139.

SCHWARTZ, Yves (2000) A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes, *Trabalho e Educação*, v. 7, n. 7, p. 38-46.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (org.) (2010) *Trabalho & Ergologia: conversas sobre atividade humana*. Niterói: EdUFF.

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