

## ENSAIO

### TRABALHO HUMANIZADO X DESRESPEITO, CRUELDADE E NEGLIGÊNCIA: UM CASO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE PORTO ALEGRE

Carmen Lucia Bezerra Machado<sup>1</sup>

Paulo Peixoto de Albuquerque<sup>2</sup>

#### RESUMO

Anúncios trazem inquietudes e abrem portas para conhecimentos subjacentes ao SUS e à humanização proposta como política pública no caso particular da saúde mental (2001) e do trabalho humanizado (2008), particularmente no município de Porto Alegre. Pela metodologia dialógica mediante o registro sistemático de memórias de integrantes do PPGEnSau, compartilhadas em sala de aula, visando dar visibilidade e *disibilidade*, e promover: - a apreensão dos processos de trabalho e de formação para o ensino na saúde; - a reflexão acerca dos entendimentos, impasses, queixas, mudanças, possibilidades e impossibilidades, do atendimento no trabalho em saúde mental; e, - o acompanhamento, análise e discussão de narrativa de familiares de um trabalhador da saúde. Problematizando os caminhos propostos, os ajustes necessários e os estranhamentos emergentes frente aos documentos e sites oficiais disponíveis na rede informatizada, emerge a condição de trabalhadores e trabalhadoras a quem cabe ampliar possibilidades, lidar com as diversidades, produzir autonomia, valorizar os sujeitos, enfim, entender o processo de criação, experimentação na condição de racionalização, precarização e terceirização do trabalho. Antonio Gramsci sustenta as reflexões sobre as condições materiais para a consecução e a compreensão dos processos de trabalho humanizado com vistas à produção de novas ferramentas. Tornar as falas/discursos e o texto legal num “*quefazer*” e em práticas capazes de atender/efetivar ao preconizado, no contexto econômico social e político brasileiro, é o desafio. O atendimento que culpabiliza evidencia desrespeito, crueldade e negligência para com o corpo e a mente de trabalhadores da área da saúde, da saúde mental, pacientes e cidadãos envolvidos. Encerrando o texto e permanecendo em diálogo entre a necessidade e o produtivismo, entre corpo e mente, o individual e o coletivo, o profissional e o trabalho coletivizado, o privado e o público, emergem saberes que compõe a formação do Ensino na Saúde. Recria-se o humano.

1 Professora Titular de Sociologia da Educação, DEBAS/FACED/PPGEDU e PPGENSAU/UFRGS.

2 Professor Associado de Sociologia da Educação, DEBAS/FACED e PPGENSAU/UFRGS.

Trabalhar em educação e saúde tem se constituído em algo desafiador que traz diferentes inquietudes e simultaneamente abre portas para conhecimentos a serem explorados. Aos trabalhadores e às trabalhadoras cabe ampliar possibilidades, lidar com as diversidades, produzir autonomia, valorizar os sujeitos, enfim, entender o processo de criação, experiencição<sup>3</sup> (MACHADO, 2010) e progressão nos espaços em que trabalham. O confronto entre os projetos, programas e políticas públicas de humanização (PINHEIRO et al., 2014) e as condições materiais para a consecução requer a compreensão dos processos em curso com vistas a produção de novas ferramentas para que transformações ocorram, para que sejam capazes de tornar as falas / discursos e o texto legal em um “que fazer” e em práticas capazes de atender / efetivar ao preconizado.

## O SUS E A HUMANIZAÇÃO

As relações de produção social se materializam em uma dada formação histórica e social, e se apresentam como uma coisa social. Os trabalhadores da saúde como os da educação são a parte da sociedade que se responsabiliza pela formação e manutenção de um produto determinado, “a força de trabalho viva e às condições de atividade exatamente dessa força de trabalho” (Marx, 1985, 269) apropriado pelo capital. As particularidades das diferentes profissões e o trabalho concreto dos profissionais, dada a divisão técnica e social do trabalho, aparecem mecanicamente como se este fosse uma escolha isolada e individual e, mesmo quando abordado como processo de trabalho, tende a ser visto como um sujeito individual em ação. O processo de trabalho fica reduzido ao conjunto de operações a ser realizado pelo profissional, em sua especialidade (PUSTAI, 2006), segundo os preceitos e protocolos vigentes no momento, abordado de modo geral como qualquer outro trabalho e abstraído das relações sociais e de propriedade nas quais é realizado. Não aparecem as necessárias implicações nas esferas da produção e circulação dos produtos, dos valores, na extração da mais-valia. Enfim, analisar a saúde como questão individual ou de uma profissão implica em uma visão fragmentada do Sistema Único de Saúde / SUS.

Aprovado em Lei 8080/90 (BRASIL, 1990) o SUS, construção coletiva, estabelece os princípios da universalidade, acessibilidade, equidade, participação social e integralidade, e pressupõe legal e materialmente o conceito de saúde pública para que os profissionais e, conseqüentemente, a população beneficiária de seus serviços, envolvam-se na discussão qualificada do financiamento, das formas de gestão, dos modelos de atenção e de organização dos serviços, dos canais de participação da comunidade, dos trabalhadores e da ciência e tecnologia adequada e necessária. Ainda, pressupõe formas correspondentes de ensino tradicional e ou participativo, como formação inicial e permanente e de pesquisa (KASPER, 2006), na área de conhecimento da saúde coletiva.

Portanto, propiciar uma formação contextualizada no campo da saúde pública de modo a avançar no processo de oferta de atenção qualificada em educação e saúde integra a ênfase do PPGENSau (<http://www.ufrgs.br/ppgensau/>) como possibilidade de consolidação do SUS e formação destes profissionais, pautado pela busca de conhecimentos frente às Políticas Nacionais de Saúde, ao

<sup>3</sup> A experiencição, entendida aqui como o fazer de intelectuais (todos os humanos), que no modo como produzem a subsistência e a riqueza, não apenas em sua dimensão econômica, mas nas relações sociais e políticas, fazem história e se alimentam neste fazer, neste fazer-fazendo, e fazer-dizendo, em permanente transformação. Nas relações educativas, não isoladas das demais relações sociais em sua concretude histórica, há o processo, precisamente o processo de seus atos, na busca de responder: quem somos, nas condições dos limites das próprias vidas, precisamente nas condições dadas, hoje, pela vida e não por uma vida qualquer ou de um ser humano qualquer. Humildade, rigor, alegria, ser por inteiro ou na inteireza do ser, que se sabe inacabado, que não se omite. Com delicadeza e sabedoria, compõe a sustentação para experiencição no processo histórico que erra e se recria em incessante busca. (MACHADO, 2010, p. 24)

mesmo tempo em que vai construindo práticas educativas e exercícios pedagógicos alicerçados nos dados da realidade da saúde coletiva brasileira.

A Política Nacional de Humanização ([PNH](#)) desde 2008 depara-se com a permanente necessidade de aplicar / implementar / colocar em prática / executar / o preconizado na legislação e normatizações em todas as instâncias do SUS e particularmente nos demais Ações, Programas, Projetos e Redes propostas para a área como: PSM, RUE, Rede Cegonha, DST/AIDS, Proxab<sup>4</sup>, Academia da Saúde<sup>5</sup>, Saúde da Família<sup>6</sup>, Mais Médicos<sup>7</sup>, Melhor em Casa<sup>8</sup>, Farmácia Popular<sup>9</sup>, Cartão Nacional de Saúde<sup>10</sup>, Pronto Atendimento<sup>11</sup>, HumanizaSUS<sup>12</sup>, PNAN<sup>13</sup>, Doação de Órgãos<sup>14</sup>, SAMU<sup>15</sup>, Programas de Controle do Câncer<sup>16</sup>, QualiSUS-Rede<sup>17</sup>, Controle do Tabagismo<sup>18</sup>, Bancos de Leite Humano<sup>19</sup>, Projeto Expande<sup>20</sup>. (BRASIL, MS, 2016)

## A SAÚDE MENTAL E TRABALHO HUMANIZADO NO MUNICÍPIO

Afirma MACHADO (2014, p. 56-57) o “apoio institucional como um potencializador de modos de operar” na busca para o cumprimento dos princípios da integralidade da atenção aos usuários e como “um reconhecimento do trabalhador em saúde, no entanto, vivenciando a prática diária dos apoiadores, os atravessamentos aparecem e muitas vezes se põe como obstáculos difíceis de serem superados. O primeiro deles é a frequente modificação sofrida pelos grupos com entradas e saídas de pessoas sem que se aprofunde o entendimento desses acontecimentos; outro obstáculo é a visão que os trabalhadores têm dos apoiadores, que mesmo se colocando como mediadores acabam por assumir uma posição verticalizada

4 O programa amplia a assistência aos usuários do SUS com dificuldades para acessar serviços, reduzindo as desigualdades regionais relacionadas à presença e permanência de profissionais de saúde.

5 Programa Academia da Saúde estimula a criação de espaços públicos à prática de atividade física e o lazer contribuindo com a promoção da saúde da população.

6 Programa Saúde da Família visa a manter a saúde e prevenir doenças

7 Programa Mais Médicos integra pacto de melhorias no atendimento aos usuários do SUS. Convoca profissionais para atuarem na Atenção Básica de municípios com maior vulnerabilidade social e DSEIs.

8 Programa amplia o atendimento domiciliar aos brasileiros no SUS, oferecendo, aos pacientes da rede pública de saúde, um serviço humanizado e acolhedor.

9 Programa criado para ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais, vendidos a preços mais baixos que os praticados no mercado.

10 Cartão Nacional de Saúde possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados.

11 O Pronto Atendimento (UPA 24h) estrutura de complexidade intermediária, entre as UBS e as portas de urgência hospitalares, compondo rede organizada de Atenção às Urgências.

12 Política Nacional de Humanização aposta em estratégias construídas por gestores, trabalhadores e usuários do SUS para qualificar a atenção e gestão.

13 Política Nacional de Alimentação e Nutrição visa a garantir a qualidade dos alimentos disponíveis, promover práticas alimentares saudáveis e prevenir e controlar distúrbios nutricionais.

14 Doação de Órgãos visa a conscientizar a população sobre a doação de órgãos.

15 Presta socorro à população com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência.

16 Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama oferecem subsídios para o avanço do planejamento das ações de controle desses tipos de câncer, no contexto da atenção integral à saúde da mulher no Brasil, desde 2006.

17 Projeto QualiSUS-Rede estratégia de apoio à organização de redes de atenção à saúde. Objetiva contribuir, no âmbito do SUS, para a qualificação da atenção, gestão em saúde e gestão e desenvolvimento de tecnologias, organizando redes regionais e temáticas de atenção à saúde e a qualificação do cuidado em saúde.

18 Programa de Controle do Tabagismo no Brasil visa prevenir doenças e reduzir a incidência do câncer e de outras doenças relacionadas ao tabaco, por meio de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

19 A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano promove a expansão quantitativa e qualitativa dos bancos de Leite Humano no Brasil, mediante integração e construção de parcerias entre órgãos federais, iniciativa privada e sociedade.

20 Projeto Expande objetiva estruturar a integração da assistência oncológica no Brasil, a fim de obter um padrão de alta qualidade na cobertura da população.

em relação às equipes o que provocam afastamento entre gestores e “produtores da saúde”.

As questões do humano fazer em saúde exigem estruturas mínimas a serem seguidas, espaço e ações de educação permanente para o aprendizado de um “quefazer”, baseado nas práticas vigentes, na valorização dos sujeitos do processo, e em condições de trabalho e de atendimento.

Dentre as necessidades do setor, o atendimento do serviço hospitalar em saúde mental, originou pesquisas. Uma delas se deu durante a busca por tratamento por parte de quem se propôs a debater e a pensar além dos problemas causados pelo uso de Substância Psico Ativas (SPS), os éticos e morais. O lúdico por meio de construção de jogo de cartas, dados os parâmetros morais do grupo e seus referenciais éticos de vida, permitiu destacar problemas, para além dos advindos da convivência na internação: a difícil relação com figuras de autoridade, preconceitos de gênero, percepção de naturalização do crime e a baixa empatia nas relações com outras pessoas (CALIXTO, 2014, p.56-57).

Ao compreender a racionalização, precarização e a terceirização da produção e do trabalho, nas potencialidades para o desenvolvimento de uma nova sociabilidade ou da formação do novo homem, se reconhece na instauração de novas técnicas de trabalho, uma unidade que não pode ser separada da forma como os homens conduzem sua vida, em todos os seus aspectos. Pensar a formação desse novo homem, hoje, em 2016, envolve refletir sobre a questão da potencialidade de generalização da forma de organização da sociedade e particularmente em Porto Alegre, nos espaços para tratamento em Saúde Mental.

Em Porto Alegre os leitos disponíveis, segundo dados do SIMERS e do DATA SUS, para o ano de 2008, eram:

*Hospital Espírita - 200 para psicóticos; Hospital Parque Belém - 22 para dependentes químicos; Hospital São Pedro -130 + 25 para dependentes químicos; Hospital Presidente Vargas – 24; Hospital Vila Nova - 24 para dependentes químicos e 39 para alcoólatras; Hospital São Lucas – seis; Hospital de Clínicas – 26; Hospital Conceição – oito; Santa Casa – oito; Hospital da Criança Santo Antônio – seis. (PICCININI, 2008)*

Identificar os elementos da configuração da produção da vida material que para além do taylorismo, fordismo e toyotismo, e dada a recente reestruturação dos processos de trabalho onde mais do que “alguns germens para uma nova civilização, cuja raiz seria o próprio homem” (GRAMSCI, 2001), depara-se o trabalhador em saúde, bem como o usuário do SUS com caminhos que se delineiam em diversas dimensões. Na dimensão política – o consenso, na econômica – os novos métodos de trabalho/tecnologia, e no cultural, uma nova ética social, estão presentes. Questões em que a vida de todos e todas e de cada ser em particular esteja envolvida: ambições, anseios, afetos põe em jogo a felicidade, a liberdade, a sobrevivência, quer como indivíduos, quer como espécie.

No ambiente da saúde mental, a precarização do trabalho se mostra como individualização de responsabilidades, *pela inexistência de responsabilidade coletiva no trabalho, [...] dificuldade de incorporação dos diferentes saberes às práticas de saúde, desorganização no processo de trabalho que remete à desarticulação entre e com outros serviços (BORSARI e ROSA, 2014).*

Por outro lado, há um esforço sistemático dos trabalhadores desta área para incluir outras modalidades de cuidado ao portador de sofrimento psíquico. No entanto, prática e concretamente o uso do psicofármaco persiste como tratamento hegemônico em saúde mental. Segundo o Dr. Sérgio Noll Louzada a [Emergência Psiquiátrica no SUS](#) é o termômetro da eficiência em saúde, e criticando o modelo proposto pelo MS, pontua como consequência da Política de Saúde Mental: *Negligência e Abandono. Superlotação das Emergências Psiquiátricas. Sucateamento do Hospital Psiquiátrico. Pacientes Acorrentados. Crackolândias.*

As sugestões apresentadas pelo autor centram-se na *criação da especialidade de Emergencista* e as decorrentes necessidades de formação, valorização e reconhecimento da Equipe multidisciplinar em todos os níveis, além da *Revisão dos objetivos da chamada “Reforma Psiquiátrica” adotada pelo Ministério da Saúde. - Diretrizes para padronização de condutas.- Definição do número de atendimentos/pacientes (N pacientes).* O isolamento deste tipo de atendimento hospitalar permanece inquestionado.

“Quando o trabalho gera dor e sofrimento”<sup>21</sup>, a racionalização do mesmo, defronta-se com potencialidades para o desenvolvimento de uma nova sociabilidade ou da formação do trabalhador e da trabalhadora. Exige e leva a entender que “os novos métodos de trabalho são indissociáveis de um determinado modo de viver, de pensar e de sentir a vida; não é possível obter êxito num campo sem obter resultados tangíveis no outro” (GRAMSCI, 2001, p. 265/266).

A terceirização atualmente integra as políticas públicas de saúde em todos os níveis federativos. Em Porto Alegre uma Fundação (FUGAST) contrata trabalhadores por tempo determinado, e no Rio Grande do Sul ocorre o mesmo, como pode ser observado nas decisões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado do Rio Grande do Sul. Inúmeros são as manifestações populares e de movimentos sociais junto às Comissões, Nacional nos exemplos: Estadual ([Conselho Nacional de Saúde](#) em 28 de janeiro de 2011) e Municipal ([Conselho Municipal de Fisioterapia](#)) como manifestações contrárias às Fundações. Mas, permanecem vigentes. Neste sentido, o mesmo trabalho é realizado, num mesmo local por trabalhadores/profissões com contratos diferenciados, salários e condições de trabalho também diferentes.

Pensar a formação desse novo homem e nova mulher para atuarem na área da saúde mental envolve situar o debate em torno da questão da potencialidade de generalização de outra forma de organização da sociedade. A capacidade de difusão se concretiza “somente por meio de uma combinação entre coação (autodisciplina) e persuasão, sob a forma também de altos salários, isto é, da possibilidade de um melhor padrão de vida adequado aos novos modos de produção e de trabalho que exigem um particular dispêndio e energia musculares e nervosas” (GRAMSCI, 2001, 275). Nas formas terceirizadas de contratação, os “altos salários” inexistem formalmente. Apenas nas formas distorcidas tornam-se possíveis. Redução de carga horária de trabalho ou correspondência entre salário e número de atendimentos (SILVA, 2005), são procedimentos que persistem nas últimas décadas.

O trabalho como forma de criar o novo homem enfrenta as exigências que o processo de trabalho traz, seguida das consequências para a vida social dos trabalhadores. Os cidadãos atendidos por estes trabalhadores e trabalhadoras na saúde mental igualmente sofrem estas consequências.

## O CAMINHO PERCORRIDO PARA CONHECER O TRABALHO HUMANIZADO EM SAÚDE MENTAL - PORTO ALEGRE

A proposição metodológica para a construção deste artigo se sustenta no registro sistemático de memórias de integrantes do PPGEnSau, compartilhadas em sala de aula, visando dar visibilidade e *dizibilidade* ao que é possível mostrar e dizer por profissionais da saúde, na Região Sul. As práticas dialógicas (FREIRE, 2006) validam as situações relatadas e compartilhadas com as finalidades de promover:

- 1) a apreensão dos processos de trabalho e de formação para o ensino na saúde;
- 2) a reflexão acerca dos entendimentos, impasses, queixas, mudanças, possibilidades e impossibilidades, do atendimento ao usuário e do trabalho em saúde mental; e,
- 3) o acompanhamento, análise e discussão da narrativa de familiares de um caso, problematizando os caminhos propostos, os ajustes necessários e os estranhamentos emergentes. A memória coletiva aqui apresentada é documento suleador para dizer e dar visibilidade às condições da saúde de trabalhadores e de “usuários” do atendimento em saúde mental pelo SUS, em diálogo com os documentos oficiais e com os informes das categorias profissionais disponíveis na rede informatizada.

Visibilidade e dizibilidade do trabalho em saúde no contexto da proposta de humanização exige o

21 Expressão utilizada por Paulo ALBUQUERQUE em estudo sobre os trabalhadores do setor avícola no Rio Grande do Sul em 2010, in: [www.extraclasse.org.br/edicoes/2010/05/quando-o-trabalho-gera-dor-e-sofrimento/](http://www.extraclasse.org.br/edicoes/2010/05/quando-o-trabalho-gera-dor-e-sofrimento/)

atendimento dos preceitos éticos na pesquisa com seres humanos (Resolução 466/2012) e neste caso, conta com a concordância dos participantes (familiares de paciente em atendimento em Saúde Mental em Porto Alegre, no ano de 2016) que entregam para esta finalidade a narrativa utilizada como dado empírico, na esteira do Projeto Interdisciplinar Educação e Saúde, sob a coordenação do Professor Waldomiro Carlos Manfroi.

Os nomes utilizados no texto, tanto do trabalhador da saúde, assim como das unidades e instituições hospitalares, são fictícios ou não estão nominadas no intuito de impossibilitar a identificação dos mesmos.

## PROCURA DE TRATAMENTO: A NARRATIVA DE FAMILIARES

Abaixo transcreve-se a narrativa recebida de familiares e acrescida de informações complementares em notas de rodapé ou entre parênteses.

Procuramos tratamento. Encontramos o desrespeito, a negligência e a crueldade.

Paciente André<sup>22</sup> encaminhado atenciosamente de Plantão de Atendimento – Emergência, para internação em manicômio, foi designado pelo Hospital Z ([Mestrado Profissional de Epidemiologia](#)<sup>23</sup>) para ser atendido por profissional em período de gozo de merecidas férias, no dia 05 de fevereiro de 2016. Realizada entrevista de cerca de 5 min. com o familiar por plantonista, André fica internado.

Cuidamos de André até este momento procurando respeitar sua vontade dentro do limite mais longo que somos capazes de suportar. Estamos em busca de tratamento muito mais do que de contenção. É sua estreia em internação hospitalar com mais de 40 anos. Por tratar-se de período de carnaval o agendamento da entrevista com familiar somente ocorre no dia 08/02 e fica marcada para o dia 16.

Os técnicos, recepcionistas, nutricionistas, auxiliares são atenciosos e corteses no atendimento com todos.

A higiene para o ambiente dos pacientes internados pelo SUS deixa a desejar. (Não conhecemos os demais ambientes.) O cheiro do resíduo humano líquido é uma constante. Cada quarto abriga 8 ou mais pacientes.

No dia 12 à noite a família é informada que a entrevista está adiada para o dia 23, somente 18 dias após a baixa de uma primeira internação do paciente em busca de atendimento, de uma hipótese diagnóstica.

A observação do paciente nos dias de visita (sábado 13 e domingo 14) mostra aos familiares que o mesmo não está medicado.

Na manhã do dia 15 familiares procuram obter alguma orientação sobre a situação e disponibilizam um dossiê de 3 páginas com o histórico de vida do paciente. São recebidos pelo Assistente Social que ouve atentamente a solicitação, comunica ao “corpo de enfermagem” que “o paciente é manipulador” e informa que será anotado na ficha do mesmo para que a administração da medicação seja supervisionada. Diz ainda que maiores detalhes devem ser obtidos com a outra Assistente Social que é quem trabalha no setor, no turno da tarde. Tentativa telefônica frustra o contato.

No dia seguinte, nova tentativa de obter informação. Ocorre pelo contato com a Assistente Social e com o Enfermeiro do setor, que escutam a solicitação, tentam reagendar pelo telefone interno o encontro com o Médico de Plantão, o que é negado pelo responsável do setor. Não sabem e não podem dizer nada sobre o paciente. Mais, informam que tem muitos outros setores para atender, pois “estamos em período de férias”.

Afirmamos como pais que a vida de nosso filho está nas mãos destes profissionais e que o

22 Nome fictício

23 Letra utilizada como identificação da Unidade Hospitalar. Dissertação mostra o modo como são distribuídas as internações em Porto Alegre nos espaços disponíveis. MOTA, Lizia Maria Meirelles. Internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre e determinantes de sua distribuição espacial. Porto Alegre, FAMED/ UFRGS, 2009. Orientador: Prof. Dr. Sérgio Luiz Bassanesi Co-orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa.

dossie, entregue em confiança, pode ser lido pelos profissionais que vão atendê-lo, mas não pode chegar às mãos do paciente, sem autorização e/ou a presença dos familiares.

Ele precisa de tratamento e não de ficar em depósito. Inexiste relação médico-paciente-família. Para qualquer cidadão, e, particularmente para um pai e uma mãe, isto é o suficiente para que a instituição de saúde perca a credibilidade.

A legislação ([Lei nº 10.216/2001](#)) que assegura os direitos à atendimento em saúde mental e aos familiares de paciente, parecem destinar-se exclusivamente aos pacientes particulares e conveniados, ou ao texto legal.

A interpretação do profissional se restringe a oferecer a visita no pátio.

Não se trata de estabelecer o local de visitação e sim: - do direito de acesso à informação sobre a saúde do familiar, - conhecer qual a hipótese diagnóstica, - que tipo de tratamento está sendo ministrado, - qual a medicação em uso. Qual a melhor conduta durante a visita? A visita de outras pessoas é permitida ou recomendada? Qual é a orientação para os familiares? Nada é informado. A “entrevista com o médico responsável é impossível. Vai ocorrer apenas no dia 23 de fevereiro”.

No dia 17, pela primeira vez encontramos nosso filho medicado. Sorriso no rosto e conversando normalmente. A primeira frase: “Estão me tratando como criança. Agora tenho que tomar o remédio e mostrar os dentes, porque ‘os familiares avisaram que não quero tomar remédio’.”

Saímos da visita com as mesmas dúvidas com que chegamos. O Enfermeiro do setor observa a visita e a relação pais-filho. Nada comenta. Nada informa. As dúvidas permanecem. Nenhuma orientação.

Retornamos no dia 18. Somos persistentes. Agradecemos ao Enfermeiro de Plantão o fato de André estar medicado. Agora não é mais um integrante da família que está doente. São três os doentes.

A sensação é a da impossibilidade. Buscamos auxílio de outros profissionais para nos atender. Respostas encontradas: “Confia na instituição”, “Busca por todos os meios deslocar para outro ambiente”, “Aguarda a consulta”, “Entra na Justiça”. Cada um dos serviços buscados informa que “não existe prontuário do paciente nesta UBS” ou “não é este o local onde deve ser atendido”, ou “o paciente não apresenta o perfil para participar deste Programa” ou “setor”, ou “sua ficha deve ter retornado à UBS”.

Pacientemente decidimos aguardar até a consulta. Chegamos para a visita no sábado, dia 20. Mais uma decepção. André viu a carta, reconheceu as assinaturas e leu algumas das palavras com o documento nas mãos do profissional (continuamos sem saber quem é...) que o atende.

Confiança foi quebrada. Vivemos em sociedade e costumamos lidar com confiança frente aos profissionais e esperávamos ter a mesma confiança da instituição que se propõe a atender pacientes com doença mental.

Mais, uma instituição que atende pacientes com dinheiro público. O público é de todos os que regularmente pagam impostos. Como cidadãos sentimos-nos roubados. Roubada a confiança. Certamente, ingenuidade esperar que um documento possa ser entregue em confiança.

Aprendemos rápido. A instituição ensina que não podemos nela confiar. Ao invés de acolhimento, esclarecimento e colaboração encontramos a desconfiança, o desrespeito.

Dia 23 chegamos para a entrevista e a primeira observação da profissional é que não gosta de cartas. Ora, tivéssemos tido alguma informação não teria sido necessária a escrita do dossiê. Mas, esta é outra história. É a vida de nosso filho que está em jogo neste local.

Mas, é a vida de (inúmeras) famílias que está em jogo apenas nesta Unidade, deste Hospital. Mais. Todos os trabalhadores deste ambiente têm suas famílias envolvidas numa instituição que não se mostra confiável para guardar com sigilo e discrição um único envelope. André é que sente-se “perseguido e manipula”.

Como cidadãos preocupa-nos todos os demais pacientes, familiares e trabalhadores que vivem a mesma situação.

Tal como no [Observatório de Saúde Mental e Direitos Humanos](#), desde 2003 as denúncias se repetem. Como formadores de profissionais da saúde em nível de pós-graduação a vergonha da formação recebida por profissionais que trabalham nestas condições e desta forma. Como servidores públicos, defensores do SUS, o que dizer? Onze dias sem medicação. Dezoito dias para uma entrevista? Na era de um mundo digitalizado e onde tudo é rápido? O Direito do paciente da área de saúde mental não está assegurado. O Direito à saúde dos familiares não encontra espaço para esclarecimentos. Os direitos de idosos estão sendo atingidos. Perda de direitos.

## PROBLEMATIZAR CAMINHOS PROPOSTOS, AJUSTES NECESSÁRIOS E ESTRANHAMENTOS EMERGENTES.

A produção de uma ‘humanidade’ e uma ‘espiritualidade’ só pode se realizar no mundo da produção e do trabalho, na ‘criação’ produtiva, no século XXI, diferentemente dos tempos da produção artesanal, “quando a personalidade do trabalhador se refletia inteiramente no objeto criado, quando era ainda muito forte a ligação entre arte e trabalho”, no enfrentamento das

*iniciativas ‘puritanas’ tem apenas o objetivo de conservar, fora do trabalho, um certo equilíbrio psicofísico, capaz de impedir o colapso fisiológico do trabalhador, coagido pelo novo método de produção. Este equilíbrio só pode ser puramente externo e mecânico, mas poderá se tornar interno se for proposto pelo próprio trabalhador e não imposto de fora, por uma nova forma de sociedade, com meios apropriados e originais. O industrial americano se preocupa em manter a continuidade da eficiência física do trabalhador, de sua eficiência muscular-nervosa: é de seu interesse ter um quadro estável de trabalhadores qualificados, um conjunto permanentemente harmonizado, já que também o complexo humano (o trabalhador coletivo) de uma empresa é uma máquina que não deve ser excessivamente desmontada com frequência ou ter suas peças individuais renovadas constantemente sem que isso provoque grandes perdas. (GRAMSCI, 2001, p. 267)*

Uma das virtualidades do modo como o trabalho é contratado nesta capital, para o atendimento em saúde mental, pode ser a capacidade de encontrar meios de aumentar a produtividade do trabalho e intensificar o seu ritmo colocando o trabalhador da área da saúde num processo completamente mecanizado, apenas do gesto físico, aparentemente deixando-os livres para pensarem, porque trouxe com as iniciativas ‘humanizadoras’ um “equilíbrio psicofísico”, mesmo que “puramente externo e mecânico” (GRAMSCI, 2001, 267), internalizado pelos trabalhadores.

Decorrem duas questões: uma relacionada ao desenvolvimento da produtividade – quantidade de atendimentos disponibilizados; e outra à formação de trabalhadores e trabalhadoras da saúde, a partir da introdução de novas técnicas de trabalho e de novas concepções de vida, humanidade, saúde e especificamente de saúde mental. Do ponto de vista do aumento da produtividade a racionalização, precarização e terceirização do e no trabalho assinalam o seu alcance.

No entanto, tal importância estava e está voltada para a lógica da produção de mercadorias. As forças produtivas do trabalho tornam-se forças produtivas do capital contra os próprios trabalhadores. Emerge daí a importância de ressaltarmos o aspecto qualitativo da produção das condições de saúde da força de trabalho e da parte que cuida da saúde destes trabalhadores e trabalhadoras.

Nesse sentido, Mészáros contribui, ao que pudemos compreender de uma de suas teses, quanto ao papel da produtividade na autonomização da técnica como automovimento - o impulso para superar os “constrangimentos imediatos das necessidades humanas” (MÉSZÁROS, 2002, p. 666).

Somente por libertar-se dos limites da satisfação das necessidades e ser capaz de gerar desperdício é que foi possível desenvolver as forças produtivas. Porém, dada a sua irracionalidade intrínseca de gerar taxa de utilização decrescente, esse desenvolvimento “transforma suas potencialidades positivas em realidades destrutivas” (op. cit. p. 614/ 668). E, para o autor



[...] o avanço histórico representado pelo estágio capitalista de desenvolvimento produtivo / .../ é um retrocesso real se considerado em relação ao seu impacto na dialética de necessidade e produtividade, porque rompe radicalmente a relação prévia que prevaleceu, como já mencionado, por milhares de anos (MÉSZÁROS, 2002, p.615).

Justamente o aspecto considerado, o aumento da produtividade, é que reside o aspecto positivo do modo segmentado como a riqueza se reproduz. No entanto, a sua lógica quebra a relação entre necessidade e produtividade, ou seja, o fato de ser uma produção voltada para a geração de valor que se troca como mercadoria, em detrimento do valor de uso, faz com que este fique subsumido àquele, ou inexistente em determinados casos. No caso do trabalho de educação na saúde, e no caso particular da saúde mental, quando a produtividade supera como negócio individual o atendimento coletivo das necessidades da população, a potência criada quantitativamente, esmaga a qualidade.

O avanço técnico e tecnológico é superior no aspecto da produtividade voltada à geração de valor, mas é altamente destrutiva para os humanos implicados neste processo. É uma forma de justificar uma sequência de procedimentos e dele não abrir mão, como uma maneira de criar um tipo de sociedade mais complexa. A tradição da organização do trabalho tende (e se torna hoje de modo ainda mais acentuado e rigoroso) a uma luta contínua contra o elemento da ‘animalidade’.

Neste processo ininterrupto, por vezes doloroso e sangrento, de sujeição dos instintos (naturais, isto é, animais e primitivos) às normas e hábitos da ordem vigente, da exatidão, da precisão, cada vez mais rígidos, tornam possíveis as formas tendencialmente mais complexas de vida coletiva. Esta luta é imposta a partir de fora dos sujeitos e os resultados obtidos até agora, embora de grande valor prático imediato, são em grande parte puramente mecânicos, não se transformaram numa ‘segunda natureza’ (GRAMSCI, 2001, p. 262). Ainda, “a racionalização determina a necessidade de elaborar um novo tipo humano, adequado ao novo tipo de trabalho e de processo produtivo...” (GRAMSCI, 2001, p. 248). Esta humanização propõe a questão do como se produz e qual adequação a uma nova relação social.

Para Gramsci existe uma grande diferença entre a ação real que modifica essencialmente tanto o homem quanto a realidade exterior (isto é, a cultura real), e o ridículo espírito tradicional que se autoproclama ação em que o que se modifica são as palavras e não as coisas, o gesto exterior e não o interior dos homens. O novo cria um futuro que é intrínseco à sua atividade objetiva e sobre a qual se prefere não falar. O segundo, cria apenas fantoches aperfeiçoados recortados segundo um “figurino retoricamente prefixado e que se reduzirão a pó quando cortados os fios externos que se lhe dão a aparência de movimento e de vida” (op.cit. 254).

Do mesmo modo que Gramsci concebia essa nova disciplina do trabalho nos inícios do século XX, “também será superada através da criação de um novo nexos psicofísico de um tipo diferente das anteriores e, certamente, de um tipo superior” (GRAMSCI, 2001, p. 266), no momento atual. Os novos métodos de trabalho, segundo o autor, permitiriam, desenvolver em seu grau máximo, no trabalhador os comportamentos maquinais e automáticos, quebrar a velha conexão psicofísica do trabalho profissional qualificado, que exigia uma certa participação ativa da inteligência, da fantasia, da iniciativa do trabalhador e reduzir as operações produtivas apenas ao aspecto físico maquinal<sup>24</sup>.

Gramsci vislumbra que a possibilidade de libertação dos trabalhadores, do ponto de vista técnico, é dada pelo taylorismo/fordismo, pois este permitiu aos operários isolarem o conteúdo intelectual do trabalho, sem, no entanto, destruí-los espiritualmente. E, portanto, à medida que os gestos se tornaram mecânicos, os operários pensam livremente e podem perceber, já que o trabalho não lhes traz satisfações imediatas, que os capitalistas desejam transformá-los em gorilas amestrados, o que, poderia levar os operários a pensamentos pouco conformistas. (GRAMSCI, 2001, 271/272). É uma forma de justificar o fordismo como uma maneira de criar um tipo de sociedade mais complexa.

O limite desta formulação é o de que a aceitação da organização racional do processo de trabalho não

24 Exemplos podem ser localizados nos artigos *Matriciamento: vivência interdisciplinar relacionada a um grupo de trabalho em saúde no município de Santa Maria-RS* (p. 273-287) e *Cia do recomeço: a constituição de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e o caráter indissociável da gestão, atenção e formação* (p. 289-302), ambos In: PINHEIRO [et al.], 2014.

só garante eficiência e um salto enorme de produtividade, mas chega propriamente a libertar a mente do trabalhador. Esta relação entre mente e corpo, numa perspectiva espiritualista e idealista, pode-se dizer que é a característica mais destacada da relação corpo-mente em Gramsci – considerada pelo menos do ponto de vista da história do trabalho. Consiste numa assimetria radical de valores que exalta, por um lado, a liberdade e a autoridade da mente, e, por outro, desvaloriza o corpo como lugar material e brutal do instinto e da animalidade. O corpo não é apenas algo a ser governado e educado. É também, em sua não-espiritualidade, algo meramente fisiológico e, por isto, mecânico, que, em razão desta sua natureza, pode assimilar movimentos de trabalho ritmados e mecanizados, até assimilá-los dentro de si e transformá-los numa própria ‘segunda natureza’.

Em vez de se limitar a explorar a força de trabalho muscular dos trabalhadores, privando-os de qualquer iniciativa e mantendo-os enclausurados nas parcelarizações, fragmentações e repetições restritas do taylorismo e do fordismo, desde a década de 90, as formas de explorar a imaginação, os dotes organizativos, a capacidade de cooperação, todas as virtualidades da inteligência permitiram que se desenvolvesse a tecnologia eletrônica, os computadores, e que se remodelassem os sistemas de telefonia e administração de empresa implantando o toyotismo, a qualidade total e outras técnicas de gestão. Esta tecnologia integra o setor de serviços em saúde como demonstração de atualização, avanço e inovação. Por outro lado, a condição de exercer o trabalho no interior de um hospital psiquiátrico depara-se com a necessidade de gerir este processo nas condições historicamente dadas.

## ENCERRANDO O TEXTO PARA PERMANECER EM DIÁLOGO

Pensar sobre o homem e a mulher, formando-se como educador e educadora do ensino na saúde quando o tempo da humanidade não é o tempo do relógio, implica considerar o ritmo próprio e certamente os resultados compensam.

Entre a disparidade / desigualdade do conhecimento que a ciência e a tecnologia disponibilizam e a condição material da existência da maioria da população, entre satélites artificiais e a fome, entre a rede e a realidade virtual que elimina distâncias e rompe com a temporalidade e as mortes e agressões físicas ou sutis – cotidianas – como é possível: corromper a inteligência, esvaziar o sentido da solidariedade e justificar por dogmas a barbárie? Atentados à civis, ao Estado, ao povo, aos trabalhadores, aos professores e professoras, aos alunos e as alunas.

A desumanidade ou a humanidade que em sua forma negativa/destrutiva mais extrema ameaça, faz aflorar em qualquer local, independe da condição econômica. Para além de um simplismo maniqueísta que tende a estimular procedimentos intolerantes. A intolerância não pode ser vista de modo passional ou irrefletido, pressupõe a reflexão, a compreensão realista das dificuldades e a consciência da natureza das questões subjacentes aos episódios históricos em que os trabalhadores e trabalhadoras da área da saúde mental se veem envolvidos.

A cisão entre as esferas privada e pública isola o indivíduo do coletivo. No mundo do trabalho as desigualdades são generalizadas e absolutizadas como se não fossem o resultado de uma construção histórica e social datada e localizada. Contra o desrespeito a lucidez, perspicácia e clarividência são necessárias.

O direito a férias de um trabalhador que sobrecarrega aos demais trabalhadores; a condição ambiental do hospital; o número de pacientes por unidade e por quarto, na internação; o alimento básico (arroz e feijão) que necessita de complementação familiar, promove competição e desigualdades num ambiente de sofrimento; o não atendimento e culpabilização de familiares pela escrita evidenciam desrespeito, crueldade e negligência para com o corpo e a mente de trabalhadores da área da saúde mental, pacientes e familiares.

A política como dimensão da atividade humana, tanto nas ações como nas omissões, repercute no que se conhece e em como se lida com o outro. Por palavras, silêncios e gestos, exemplos, comandos, sugestões, conselhos, oposição, querer ou não querer, tendo ou não consciência, moldamos, colaboramos, influenciarmos, condicionamo-nos para manter ou transformar o existente. Educamos e educamo-nos.

## REFERÊNCIAS

- BORSARI, Danielle Araujo e ROSA, Tereza Etsuko da Costa. Saúde Mental na Atenção Básica em município do interior de São Paulo: A pesquisa-ação como estratégia de fortalecimento da rede de serviços de atenção ao sofrimento psíquico. **BIS**. N. 15. Suplemento, Dez 2014.
- BRASIL. Lei 10.216/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em 02 abr 2016.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – LOS. 8.080/90. **DOU**. 19 set 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em 02 abr 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ações e Programas. **Portal Saúde, Cidadão**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas>. Acesso em 14 abr 2016.
- CALIXTO, Alessandra Mendes. **Vamos Jogar Um Jogo?** Abordagem de problemas éticos e morais no cuidado em saúde mental a usuários de substâncias psicoativas. 2014. 117 p. Dissertação de Mestrado Profissional PPGENSAU/ UFRGS. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/104663/000940092.pdf?sequence=1>. Acesso em 30 mar 2016.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Cortez, 2006.
- GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**. Vol. 4. São Paulo: Civilização Brasileira, 2001.
- KASPER, Elisabete. **O ensino de saúde pública prepara adequadamente o profissional da saúde?** 2006. 120 p. Tese de Doutorado. FAMED/UFRGS. PPG Ciências Médicas: Pneumologia. Acesso em 30 mar 2016. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10853/000602395.pdf?sequence=1>.
- LOUZADA, Sérgio Noll. Emergência Psiquiátrica no SUS. **Psychiatry on line Brasil** Vol. 20. Nº 7, Jul 2015. Disponível em <http://www.polbr.med.br/ano15/pcl0715.php>. Acesso em 02 abr 2016.
- MACHADO, Carmen L B. Experienci-ação e formação orgânica de educador@s. In. MACHADO, Carmen Lucia Bezerra; MARCELINO, Ana Lúcia; SILVEIRA, Marnier Lopes da (org.). **Cartas educativas: uma experienci-ação de resistências, anúncios e fazeres**. Porto Alegre: Itapuy, 2010.
- MACHADO, Luana. **O apoio institucional nos processos de trabalho: ferramenta para o fortalecimento da atenção primária à saúde**. 2014. 73 p. Dissertação de Mestrado Profissional PPGENSAU FAMED/UFRGS.
- MARX, Karl. **O Capital**. Livro III, Tomo II. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

MÉSZÁROS, István. **Para Além do Capital**. Rumo a uma teoria da Transição. São Paulo: Editora da Unicamp e Boitempo/Editorial, 2002.

PICCININI, Walmor J. Internamento psiquiátrico: a experiência do Rio Grande do Sul. **Psychiatry on line Brasil**. Dez 2008. Vol. 13, N° 12. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano08/wal1208.php>. Acessado em 20 mar 2016.

PINHEIRO, Roseni, [et al.] (org.). **Experienci(Ações) e práticas de apoio no SUS**: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional. Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO, 2014.

PUSTAI, Odalci José. **A “ordem” de-vida para o médico pensar o paciente**: uma ontologia espinosana de ser humano na medicina. 2006. 229 p. Tese Doutorado em Educação, PPGEDU/UFRGS.

SILVA, Mara Níbia da. **O trabalho acadêmico do professor do Curso de Medicina: Contradições num contexto de mudanças na FAMED/UFRGS**. 2005. 211 p. Dissertação de Mestrado em Educação/UFRGS