



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Nataly Gardona

**Acidentes do trabalho envolvendo agressões a
profissionais em serviço de saúde mental**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus Botucatu,
para obtenção do título de
Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof.º Drº Ildeberto Muniz de Almeida.
Coorientador: Prof.º Drº Marco Antônio Pereira Querol.

**Botucatu
2021**

Nataly Gardona

Acidentes do trabalho envolvendo agressões a
profissionais em serviço de saúde mental

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus Botucatu,
para obtenção do título de
Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof.º Drº Ildeberto Muniz de Almeida.
Coorientador: Prof.º Drº Marco Antônio Pereira Querol.

Botucatu
2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Gardona, Nataly.

Acidentes do trabalho envolvendo agressões a profissionais em
serviço de saúde mental / Nataly Gardona. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio
de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Ildeberto Muniz de Almeida

Coorientador: Marco Antônio Pereira Querol

Capes: 40600009

1. Acidente de trabalho. 2. Violência no trabalho. 3. Saúde do
trabalhador. 4. Serviços de saúde mental. 5. Uso de álcool. 6. Uso
de drogas.

Palavras-chave: Acidente de trabalho; Profissional de saúde mental;
Saúde do trabalhador; Uso de álcool e drogas; Violência ocupacional.

Agradecimentos

À força criadora, que se manifesta em mim e em tudo o que é! Pela benção da vida e da possibilidade de materialização das ideias, como a realização desta dissertação: Deus, obrigada!

Aos meus amados pais, os meus portais de chegada no plano material, obrigada pela vida, por me mostrarem os caminhos que já conhecem e, principalmente, pelo amor livre e incondicional, ao me encorajarem a descobrir os novos.

À minha família, de sangue e de alma, aos queridos amigos e amigas que me acolhem, ensinam, cooperam, direta ou indiretamente. Pela companhia na vida, obrigada! Eu sou, porque nós somos!

Ao Jonathan, por escolher andar ao meu lado, por ser o meu par, por acreditar e por sempre me motivar a enxergar o potencial daquilo que eu iria me tornar durante este processo. Pela construção da nossa história, que passa pela UNESP Botucatu, sou infinitamente grata!

Ao meu orientador, professor Ildeberto Muniz de Almeida (Pará), pela genialidade, generosidade, humildade e, especialmente, pela grandeza do seu amor colocado em cada orientação, e-mail ou áudio de WhatsApp, em cada pergunta respondida com outra pergunta, provocação, conselho, cuidado... a minha enorme gratidão! Não existia a menor possibilidade de ser orientada por outra pessoa! Meu profundo agradecimento.

Ao meu coorientador Marco Querol, por sua generosidade, disponibilidade, paciência e por apostar na minha capacidade de realização!

Aos meus mestres e amigos do grupo PesquisAT, por me ensinarem tanto, principalmente, sobre coletividade, sobre igualdade, sobre ter fé na utopia, em especial, ao professor Rodolfo Vilela, por me apresentar a Ergonomia da Atividade e o Laboratório de Mudança (o início de tudo).

Ao grupo de orientandos do PB, Thais, Rodrigo, Fernanda, Letícia, Ecléa e Mara, obrigada por tornarem o percurso da pós graduação mais divertido e leve. A parceria no trabalho e o carinho de vocês foi o respiro na hora certa.

Às minhas amigas pesquisadoras, Karissa, Amanda, Thais, Fernanda, Bianca, Daniele, Letícia, Claudia, Leandra e tantas outras mulheres que me inspiram e sustentam a força da energia feminina. Pela certeza da nossa potência e de que juntas somos maiores e mais fortes, muito obrigada. Contem comigo sempre!

Às pessoas do Departamento de Saúde Pública da FMB UNESP e do Programa de pós graduação em Saúde Coletiva, que me receberam, me acolheram, me ensinaram e colaboraram direta ou indiretamente na concretização da minha formação como Mestra em Saúde Coletiva, muito obrigada!

Aos trabalhadores dos setores: administração, direção, biblioteca, laboratórios, cafeterias, departamentos da FMB e IBB da UNESP Campus Botucatu, obrigada por contribuir e tornar real a formação de tantas pessoas por meio do desenvolvimento de suas atividades de trabalho.

À Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” por me proporcionar o conhecimento e a expansão da consciência por meio da minha experiência neste programa de mestrado.

Ao Hospital das Clínicas e a todos os serviços ligados a ele, pela oportunidade de desenvolver a pesquisa neste ambiente, pelo transporte até os setores afastados e por todos os trabalhadores que me receberam com gentileza e disponibilidade, meu mais profundo agradecimento!

Ao Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) do HC, em especial ao Engenheiro Fábio e ao técnico de segurança Giuliano, pela amizade construída durante esse período, pela atenção e por tanta disposição e colaboração para a realização desta pesquisa, muito obrigada!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – código de financiamento 001.

RESUMO

A violência é definida pela OMS como o uso intencional da força física ou do poder, assim como a ameaça, contra si próprio, um indivíduo ou um grupo. Os profissionais de saúde mental são os que mais sofrem com riscos ocupacionais relacionados à agressão física e psicossociais. Preocupações referentes a ocorrência de acidente de trabalho envolvendo agressão aos profissionais de saúde mental de Hospital Universitário do interior do Estado de São Paulo, vindas da gestão, motivaram o estudo que busca compreender o evento por meio de levantamento de hipóteses de Sistemas de Atividade e suas contradições, além de análise de acidentes de trabalhos ocorridos. A coleta e análise de dados foram realizadas por método qualitativo, baseados nas teorias que fundamentam o Laboratório de Mudança e o Modelo de Análise e Prevenção de Acidente de Trabalho. A hipótese é de que haja dois Sistemas de Atividade coexistindo no serviço, uma voltada ao cuidado com o paciente e outra voltada a disciplinarização do indivíduo. A principal contradição encontrada refere-se a mudança no objeto do SA antes de sua inauguração, ou seja, o projeto foi elaborado para atender um perfil de paciente, porém passou a receber outro. As principais consequências dizem respeito aos riscos psicossociais e são considerados de causalidade circular, evidenciados pela ocorrência de frequentes reinternações de pacientes no serviço, gerando exigências emocionais, frustração, estresse nos profissionais, o que pode ocasionar em falta de iniciativa em se aprimorar no desenvolvimento e aperfeiçoamento do seu trabalho, uma vez que não há motivação para solucionar os problemas existentes.

Palavras chave: Acidente de trabalho; Profissional de saúde mental; Violência ocupacional, Uso de álcool e drogas, Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Violence is defined by WHO as the intentional use of physical force or power, as well as the threat, against oneself, an individual or a group. Mental health professionals are the ones who suffer most from occupational risks related to physical and psychosocial aggression. Concerns regarding the occurrence of workers' accident involving aggression to mental health professionals at a University Hospital in the countryside of the São Paulo State, coming from the management, motivated the study that seeks to understand the event through a survey of Activity Systems hypotheses and their contradictions, in addition to the analysis of work accidents that have occurred. Data collection and analysis were performed using a qualitative method, based on theories that underlie the Change Laboratory and the Work Accident Analysis and Prevention Model. The hypothesis is that there are two Activity Systems coexisting in the service, one targeted at patient care and the other aimed at disciplining the individual. The main contradiction found refers to the change in the object of the AS before its inauguration, that is, the project was designed to take care na specific patient's profile, but started to receive another one. The main consequences concern psychosocial risks and are considered to have circular causality, evidenced by the occurrence of frequent readmissions of patients to the service, generating emotional demands, frustration, and stress on professionals, which can lead to a lack of initiative to improve development and improvement of their work, since there is no motivation to solve the existing problems.

Keywords: Work Accident; Mental Health Professional; Workplace Violence, Alcohol and drug use, Worker's health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Visitas e contatos realizados entre 2018 e 2020.	33
Quadro 2 Etapas de análise de dados.....	35
Quadro 3 Questões de Pesquisa.....	39
Quadro 4 Eventos de mudanças que podem ter modificado os elementos do Sistema de Atividade e seus possíveis desdobramentos.	48
Quadro 5 Trechos de relatórios de análise de AT registrados pelo SESMT e pontos a serem explorados.....	56
Quadro 6 Categorias da entrevista coletiva em maio de 2019.	61
Quadro 7 Características dos profissionais entrevistados.	65
Quadro 8 MAPA expandido aplicado ao serviço.	83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 O modelo básico de mediação proposto por Vygotsky.....	25
Figura 2 O modelo do Sistema de Atividade.....	26
Figura 3 Passos metodológicos.	31
Figura 4 Linha do Tempo.	47
Figura 5 Hipótese SA antes de inauguração: <i>Cuidado do paciente</i>	50
Figura 6 Hipótese SA com ajustes: <i>Disciplinar o paciente</i>	52
Figura 7 Hipótese de causalidade circular do AT envolvendo agressão no serviço.....	80
Figura 8 Modelo multiníveis aplicado ao serviço.	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização dos AT envolvendo agressão entre 2015 e 2018	55
--	----

Sumário

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	15
1.1. MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL NO BRASIL	15
1.2. VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL.....	18
2. O ACIDENTE DE TRABALHO ENVOLVENDO AGRESSÃO EM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL	22
2.1. TEORIAS DA ATIVIDADE HISTÓRICO-CULTURAL E DA APRENDIZAGEM EXPANSIVA	25
3. OBJETIVOS	30
3.1. GERAL	30
3.2. ESPECÍFICOS	30
3.3. PERGUNTAS DE PESQUISA	30
4. MÉTODOS	31
4.1. TIPO DE PESQUISA	31
4.2. LOCAL E PARTICIPANTES	32
4.3. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	32
4.3.1. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO E TÉCNICAS UTILIZADAS ..	32
4.4. QUESTÕES DE PESQUISA	39
4.5. ASPÉCTOS ÉTICOS	40
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1. HIPÓTESES DE SISTEMAS DE ATIVIDADE E SUAS CONTRADIÇÕES	42
5.2. ACIDENTES DE TRABALHO ENVOLVENDO AGRESSÃO	55
5.2.1. Documentos e caracterização do AT	55
5.2.2. Exploração de causas a partir dos relatórios de análise de acidentes de trabalho ...	56
5.2.3. Análise de conteúdo com categorias de riscos psicossociais.....	61
5.2.4. Estratégias de prevenção e possíveis disparadores de acidentes de trabalho envolvendo agressão.....	66
5.2.5. Análise multiníveis e ciclo de recorrência dos acidentes de trabalho	79
5.3. RELAÇÃO ENTRE CONTRADIÇÕES DO SISTEMA DE ATIVIDADE E ACIDENTE DE TRABALHO	86
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	96

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97
ANEXOS	100
ANEXO 1 – Termo de Ciência e Anuência	101
ANEXO 2 – Termo de Ciência e Anuência	102
ANEXO 3 – Parecer Consubstanciado do CEP	103

APRESENTAÇÃO

Meu nome de batismo é Nataly Gardona, sou mulher, branca, tenho 35 anos, solteira, sem filhos. Sou filha de Rui e Carlislene, ele, técnico químico metalúrgico mineiro de Cambuquira, hoje, aposentado anistiado político. Ela, enfermeira paulista de Santos, hoje, aposentada, atuante no SUS e acupunturista. Nasci em Santos, no litoral de São Paulo e sou caçara com orgulho. Minha formação escolar aconteceu em escola particular no Guarujá e o início da minha formação profissional ocorreu em Santos, com a Fonoaudiologia. Tomar a decisão de me formar na área da saúde foi intuitivo. Ser filha de enfermeira, crescer calculando plantões 12/36 e acompanhar minha mãe em suas aulas de pós graduação em Saúde Coletiva, definitivamente, teve seu papel na minha formação. Escolhi a área que estuda os processos e distúrbios da comunicação. Tive contato com pacientes de 0 a 100 anos e considero uma benção ter aprendido, na prática, sobre fases da vida e sobre pessoas. Hoje, eu sei que a Fonoaudiologia além da formação profissional, colaborou para a minha visão de ser humano atento à natureza de sermos diferentes e ao mesmo tempo iguais. Obrigada Deus! Saí da faculdade direto para São Paulo, para me especializar em Audiologia Clínica, na Irmandade Santa Casa de Misericórdia, que me proporcionou a confirmação da minha paixão pela Saúde Coletiva. Após três anos trabalhando como fonoaudióloga, voltei para a sala de aula, e passei a conciliar o trabalho com a faculdade de Engenharia Ambiental. A minha nova escolha de formação teve o objetivo de descobrir como desenvolver ações voltadas à minha maior certeza: nossa natureza coletiva. Para minha surpresa, a Engenharia Ambiental ampliou minhas possibilidades infinitamente. A graduação sanduíche não era parte do meu plano e transformou o meu olhar sobre o mundo. Graças a Deus! Não sei exatamente o que me levou para a área de Engenharia de Segurança do Trabalho, mas quando fui apresentada à Ergonomia da Atividade e ao Laboratório de Mudança tudo fez sentido! Lembro exatamente do dia, do processo e das pessoas que viram meus olhos brilharem no período em que fui aluna especial na Faculdade de Saúde Pública da USP. A minha trajetória profissional está diretamente ligada à minha trajetória pessoal e eu não sei se acontece assim com todo mundo, mas espero que sim, pois é algo precioso. Meu desejo é que todos possam fazer escolhas profissionais compatíveis aos seus valores, que acreditem em uma força que vai muito além da sensação de suprir necessidades básicas de sobrevivência, algo que promova a verdadeira liberdade e sentido de pertencimento nesse mundo. Aprendi que, de fato, o caminho se faz ao caminhar, por isso desejo que todos tenham fé no processo. Neste momento, é de se imaginar que me tornar Mestre em Saúde Coletiva não é diferente. O desenvolvimento desta pesquisa,

na relação com as histórias e experiências dos trabalhadores, na construção do conhecimento, por meio das reflexões apoiadas nas teorias propostas, me transformou, pois me proporcionou ainda mais fé e ferramentas para materializar a transformação coletiva que tanto ansiamos profundamente, capaz de realizar o verdadeiro desenvolvimento sustentável com equilíbrio econômico, social e ambiental. O processo foi vivido com altos e baixos, com esperanças e frustrações, mas ao final, o que ficou foi a certeza de que somos capazes de modificar a nossa realidade, pois, como aprendi lendo Paulo Freire, ela pode até nos condicionar, porém, não nos determina. As mudanças são parte da nossa natureza e nos levam para lugares maiores e melhores. Sou grata por ter encontrado, nesta formação, a ajuda para expandir em consciência e em ação no (e com) o mundo. E por fim, desejo que, por meio deste texto, eu possa transmitir, além de informações processadas, a sutileza da nova consciência despertada em mim. Gratidão SEMPRE!

1. INTRODUÇÃO

1.1. MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

As primeiras instituições psiquiátricas do Brasil surgiram a partir do fim do século XIX. Foi neste período que a doença mental passou a ser considerada objeto de estudo. O objetivo das instituições era o de cuidar e/ou isolar o indivíduo com algum transtorno mental e havia forte discurso sobre a necessidade de manter os pacientes em afastamento social para a realização de tratamento adequado, além da ideia de proteger a população de possíveis ações consideradas “peculiares” advindas dos pacientes. No Brasil e em países europeus, mesmo sob críticas desde o início, essas instituições eram vistas como solução para a loucura (ALMEIDA FILHO et al., 2015).

Antes do surgimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil surgem dois movimentos conhecidos como, movimento da psiquiatria preventiva e comunitária e o movimento das comunidades terapêuticas. O primeiro tem como referência o psiquiatra norte-americano Gerald Caplan. Para Caplan seria possível identificar as causas das doenças de alguns e as de saúde de outros, ou seja, controlar as circunstâncias e reduzir o aparecimento de casos de doença mental. Como alternativa ao modelo asilar, o movimento da psiquiatria preventiva e comunitária organizava-se de forma ampla, com foco na prevenção do adoecimento mental. Não apenas em detectar precocemente, mas de tratá-la sem a necessidade de internação. Esse movimento apresentou características voltadas para a normalização, a padronização e o termo psiquiatrização do social ficou conhecido pela característica em se normatizar um padrão estabelecido como “correto” aos comportamentos dos indivíduos em sociedade (TENÓRIO, 2002).

O segundo, o movimento das comunidades terapêuticas, utilizou a psicanálise como forma de explicar o inconsciente e interpretar os limites entre saúde e enfermidade mental. No entanto, os manicômios privados usaram o termo como marketing e mantiveram o conservadorismo. Um dos principais objetivos das comunidades terapêuticas era o olhar para a relação com o paciente e não a instituição, o que de alguma forma foi alcançado, pois existiu de fato a aproximação com os pacientes e a possibilidade de reflexões quanto às percepções de que cada indivíduo possui vontades e singularidades, como por exemplo o fato de que nem todos os pacientes querem realizar as atividades ao mesmo tempo (TENÓRIO, 2002).

O ponto que marca o início da Reforma Psiquiátrica brasileira está situado na metade da década de 70, com a luta pela cidadania, ou seja, pelos direitos do indivíduo com transtorno mental. Reivindicar por cidadania significa lutar por campo diversificado, composto por áreas

da medicina clínica, política, social, cultural, jurídica e por relações entre diferentes atores dos diversos campos citados (ALMEIDA FILHO et al., 2015).

Existem duas vertentes da reforma psiquiátrica, uma com origem nos questionamentos da clínica, em que a reforma psiquiátrica não pôde enfrentar problemas das práticas de cuidado e outra visando a superação do paradigma da clínica, que procura superar a ideia de doença mental como algo negativo. Apesar da polaridade que existiu, as duas vertentes operam de forma conjunta e solidária (TENÓRIO, 2002; ZGIET, J. 2013).

O Movimento pela Reforma Psiquiátrica surge com a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o posterior II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, ambos em 1987 e é marcado pela presença de atores sociais envolvidos no processo, além da iniciativa de reformulação legislativa e exemplos de experiências bem-sucedidas em um novo tipo de cuidado. A reformulação do cuidado em saúde mental, deixa de focar na doença mental e passa a considerar a pessoa doente, incluindo todos os seus aspectos, como questões objetivas ligadas ao trabalho, moradia, formas de sustentar-se, e dimensões subjetivas, manifestadas nas relações interpessoais, vivências, experiências, etc (TENÓRIO, 2002).

Os saberes tradicionais da clínica psiquiátrica não foram dispensados, porém foram renovados e esse processo recebeu o nome de “clínica ampliada”.

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental surge a chamada proposta de desinstitucionalização, caracterizada pelo início da trajetória de desconstruir nas instituições o modelo de lidar com a loucura, não apenas as grandes reformas, mas também a cultura, o cotidiano, as formas de pensar, se aliando aos usuários e seus familiares.

O processo do Movimento da Luta Antimanicomial é marcado pelo convite aos usuários do serviço de saúde mental e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências. A ampliação do movimento inclui a inovação de dispositivos e tecnologias de cuidado, exigindo discussão de bases da clínica psiquiátrica (TENÓRIO, 2002).

Na década de 1980 surgem dois serviços que foram considerados inovadores, sugerindo novas formas de cuidar: Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) Professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo e Casa de Saúde Anchieta em Santos.

A Casa de Saúde Anchieta, antes era conhecida como uma clínica privada de internação asilar, que funcionava na região há quarenta anos. Após denúncias comprovadas e desapropriação, o manicômio foi extinto e o Programa de Saúde Mental implementado, organizado pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs) (TENÓRIO, 2002; ZGIET, J. 2013).

O CAPs é um local de atendimento realizado durante o dia, em que o paciente passa o dia e a noite volta para a sua casa, o serviço não ignora a tradição de saberes e ferramentas da psiquiatria, porém, coloca-os a favor de uma nova concepção do que seja a doença mental e a forma de tratá-la.

O CAPs Luiz Cerqueira e os que foram inspirados nele são preocupados com as especificidades dos pacientes alvos, ou seja, suas dificuldades relacionadas a respeito de gerenciar suas vidas e às possibilidades de expressão subjetiva, que requerem muito mais do que uma consulta mensal ou semanal (TENÓRIO, 2002).

Em 1989, após revisão legislativa, o Deputado Paulo Delgado (PT-MG) propõe a Lei da Reforma Psiquiátrica sob o projeto de lei nº 3.657/89 que impedia a construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, direcionamento de recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomiais de atendimento” e obrigatoriedade na comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária que deveria emitir parecer sobre a legalidade da internação.

Após cinco anos de incentivo às novas políticas de saúde mental no Brasil, 57 hospitais psiquiátricos foram fechados no país, com diminuição do número de 313 para 256 no número total de hospitais psiquiátricos. Os números de leitos foram reduzidos de 85 mil para 62 mil, sendo 20% públicos e 80% contratados (TENÓRIO, 2002).

A redução do número de hospitais e leitos é vista como positiva, uma vez que os serviços foram substituídos por alternativas não hospitalares. Na década de 90 foram criados aproximadamente cem serviços de atenção diária. Em 2001, durante a Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi divulgado o número de 275 serviços desse tipo no país (TENÓRIO, 2002).

O surgimento dos CAPs, NAPs e das políticas de reforma psiquiátrica fez com que novas oportunidades fossem criadas e projetos implementados, visando a reinserção social do paciente, por meio de tratamento humanizado.

As formas de manifestação da doença mental implicam na dificuldade de expressão subjetiva, pouco ou nada contemplada pelas clínicas e instituições antigas tradicionais, incapazes de compreender e acessar a singularidade de cada paciente. Da mesma forma, as dificuldades ligadas à vida concreta, à vida na prática, de cada um desses pacientes devem ser incorporadas aos cuidados que antes era considerados externos (TENÓRIO, 2002).

As relações sociais, a forma como o paciente sustenta e lida com a sua rotina diária passam a ser parte do cuidado em saúde mental.

Adicionalmente, os pacientes dependentes químicos usam substâncias que afetam diretamente sua vida social, podendo gerar defasagem de proteínas do sistema dopaminérgico, resultando em transtornos do humor e psicopatológicos. Desta forma, a ocorrência de transtornos mentais em pacientes que utilizam substâncias psicoativas é amplamente conhecida na clínica psiquiátrica (SCHEFFER, 2010).

O paciente dependente químico pode fazer uso de qualquer substância psicoativa, ou seja, que altere os comportamentos, podendo se referir a álcool, cocaína, crack, maconha e até medicamentos como calmantes. A dependência química é considerada como um transtorno mental resultante da necessidade constante e uso abusivo de drogas.

Diversas pesquisas coincidem na afirmação da associação entre transtornos do uso de substâncias psicoativas e criminalidade (CHALUB e TELLES, 2006). Uma das principais características do serviço é lidar com a agressividade decorrente dos sintomas dos pacientes atendidos.

1.2. VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

Estudos sobre violência em ambiente de trabalho têm o objetivo de descrever a natureza das agressões, identificar características dos agressores, citar formas de gerenciamento de risco e por vezes, sugerir estratégias de intervenção, no entanto, pouco se estuda sobre questões subjetivas, como por exemplo, as percepções dos profissionais agredidos.

A “Global Approach to Violence towards Emergency Nurses (GAVEN)”¹ divide causas de violência em quatro domínios: internas (características da equipe de enfermagem), externas (características dos pacientes, familiares e/ou visitantes), ambientais (estrutura ambiental adequadas) e organizacionais (turnos de trabalho, presença ou ausência de serviço de segurança, procedimentos de violência contra o local de trabalho etc.). A violência no ambiente de trabalho é apresentada como multifatorial complexa e, por esta razão, as intervenções de combate são necessárias em todos os lados (RAMACCIATI et al, 2017).

Definir violência de forma fixa e simplificada é correr o risco de reduzir seus aspectos. Nessa tentativa podemos acabar por mal compreendê-la. Os desafios sobre a conceitualização da violência se referem ao fato de ser um fenômeno empírico, que provoca carga emocional para quem comete, quem sofre e quem presencia (MINAYO, 2005).

¹ “Abordagem Global da Violência para Enfermeiros de Emergência” tradução livre

Segundo Minayo (2005), do ponto de vista social, violência refere-se ao crime, ao pecado e a corrupção, neste sentido, está relacionada à ordem criminal e delinquencial, ou seja, o que nunca teve tolerância na sociedade, pois se refere à moral da maioria das culturas.

Outra visão, se refere à visão erudita que é interiorizada na consciência, como por exemplo, a negação de direitos e/ou como instrumento de poder. De acordo com filósofos e cientistas, a violência está presente nas relações sociais, sendo construída no interior da consciência e das subjetividades, ou seja, ela não pode ser dissociada da condição humana (MINAYO, 2005).

Já no setor saúde, a violência possui uma vertente explicativa e outra operacional. Explicativa, partindo de reflexões teóricas, e operacional, em relação à constatação de transtornos biológicos, emocionais e físicos (MINAYO, 2005).

Existe consenso nacional e internacional no que se refere ao risco para a vida, sendo assim, o setor saúde considera a violência como negativa para a sociedade e para os indivíduos (MINAYO, 2005).

Profissionais de saúde lidam constantemente com o risco de sofrer agressões por parte de usuários do serviço, sejam públicos ou privados, pois em ambientes hospitalares, clínicas e demais locais do setor saúde, existe elevado número de pessoas em busca de prevenção, tratamento de doenças e/ou portando algum tipo de necessidade especial com alto nível de estresse, ansiedade e variações de humor, o que pode favorecer o surgimento de episódios de violência, decorrentes de desequilíbrios emocionais (MARTINO, HOEL e COOPER, 2003; GUYOT, 2015).

Na área de saúde mental, esse cenário torna-se mais factível, devido às características apresentadas por pacientes psiquiátricos. Dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde, os que exercem atividades na área de saúde mental denotam de singularidades em suas assistências e devem receber atenção referente aos riscos relacionados a possíveis acidentes de trabalho envolvendo agressões. Estudos empíricos e teóricos sobre agressões em contexto psiquiátrico mostram que a ocorrência de incidentes está relacionada à combinação de fatores, como, tipo de patologia, histórico de violência anterior, uso de substâncias tóxicas, não aderência ao tratamento, faixa etária, gênero, rebaixamento cognitivo, impulsividade, habilidade em manipular armas, diagnósticos passados de transtornos mentais e impulsividade (ANDERSON e WEST, 2011).

No Brasil, estudo envolvendo pacientes de Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) aponta mudança no perfil dos usuários do serviço, o que também é relatado por trabalhadores de hospital psiquiátrico, caracterizada pelo aumento de clientes envolvidos em posse, uso e

comercialização de drogas e de usuários judicializados, ou internados por determinação judicial com histórico de envolvimento em atividades criminosas. Isso enseja mudanças significativas no cotidiano de trabalho, impondo a necessidade de gerenciar possíveis riscos de violência física e psíquica (ALMEIDA, 2012).

Estudo realizado na região sul do Brasil mostrou que a violência psicológica prevaleceu na maioria dos casos de agressão aos profissionais da saúde. A violência física atingiu 15,2% e a psicológica, 48,7% dos trabalhadores de saúde. Em amostra aleatória de 269 profissionais de saúde em hospital público, 24,9% sofreram assédio moral, 8,7% discriminação racial e 2,5% assédio sexual, sendo o paciente o principal agressor à equipe de saúde (35,4%). Aspectos da organização do trabalho no hospital público foram apontados como causas para conflitos que repercutem em violência (DAL PAI et al, 2018).

Em Minas Gerais, estudo realizado em dois hospitais psiquiátricos da rede pública mostra que os técnicos de enfermagem são os profissionais mais expostos aos riscos de agressão física por serem os que estão em contato direto com os pacientes. Gênero masculino e maior tempo de experiência profissional são apontados como fatores que reduzem chances da experiência de agressão (VIEIRA, 2017).

Há escassez de estudos sobre agressões em hospitais psiquiátricos no Brasil que, por sua vez, pode estar relacionada à ocorrência de subnotificações desses acidentes de trabalho. Outro fator apontado como contributivo para a subnotificação desses casos é a crença dos trabalhadores de que as agressões sejam inerentes ao serviço que desenvolvem (VIEIRA, 2017). Sabe-se que a violência sofrida por profissionais da saúde gera consequências importantes à nível individual, institucional e social (MARTINO, HOEL e COOPER, 2003).

A elaboração do projeto para a construção do serviço que é objeto deste estudo, foi realizada em contexto compatível com a visão humanizada das propostas pela luta antimanicomial apresentada. Trata-se de serviço exclusivo de atenção e referência ao uso de álcool e drogas, recebe pacientes de diversas regiões do estado de São Paulo e foi proposto em parceria com o Governo do Estado de São Paulo.

O serviço está localizado em cidade do interior do estado de São Paulo e faz parte de Hospital de Clínicas universitário. A ocorrência de acidente de trabalho envolvendo agressão a funcionários por parte de pacientes internados no serviço surgiu como demanda de estudo trazida pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) e pela gestão do serviço. São acidentes que envolvem particularidades como a intencionalidade do ataque em situações em que não é possível criar barreiras físicas que protejam os trabalhadores.

Historicamente a violência é estudada enquanto fenômeno quantitativo e qualitativo. Em todas as suas manifestações a violência possui caráter revelador de estruturas de dominações e surge como expressão de contradições entre opressores e oprimidos. Segundo Minayo e Souza (1999), a violência pode ser desconstruída, pois trata-se de fenômeno histórico-social, construído em sociedade. Desta forma, devido a sua complexidade, os processos de intervenção devem preocupar-se em abranger questões estruturais amplas, conjunturais, culturais, relacionais e subjetivas, assim como, e concomitantemente, observar a especificidade de problemas, de fatores de risco e de possibilidades de mudança.

Como brevemente apresentado, os estudos epidemiológicos ajudam a reconhecer a importância e a gravidade de agressões em serviços de saúde mental, mas pouco informam sobre as dinâmicas de origens desses eventos. Colocando seu foco em aspectos da descrição de características de pessoa, tempo e lugar dos envolvidos, deixam abertas lacunas no conhecimento relativo às múltiplas interações de componentes e do ambiente físico e social que levam a esses acidentes.

A exemplos de situações anteriores, o Departamento de Saúde Pública da universidade onde está inserido o serviço de saúde mental ofereceu ajuda, propondo resposta que associasse contribuições de duas ferramentas. Uma já utilizada, o Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes (MAPA), e outra de construção de intervenções participativas e estimuladoras de aprendizagem, o Laboratório de Mudança (ENGSTRÖM et al, 1987; VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015).

Esse estudo pretende checar até que ponto investigações em profundidade ajudam a conhecer aspectos de eventos não apreendidos pelas abordagens tradicionais nem pelo uso exclusivo do MAPA, em sua versão original. As análises propostas são apoiadas em compreensão de acidentes como eventos sócio técnicos complexos com história, em técnicas guiadas por conceitos já usados em estudos de acidentes, como o MAPA e em práticas coletivas participativas, de construção social e de estímulo à aprendizagem, como o LM.

Este estudo permite o levantamento de hipóteses referentes às possíveis transformações do serviço, preconizando Zona de Desenvolvimento Proximal Coletiva que parta de concepção de tratamento disciplinador a preventivo e terapêutico, de concepção de atividade individual à coletiva, promovendo possibilidade de intervenção futura, se assim os participantes aceitarem. Os resultados desta pesquisa poderão servir como dados para o planejamento de futuras sessões de LM.

Os achados obtidos são discutidos em consonância com modelos de prevenção e ou compreensão da violência em lugares de trabalho (FAVARO, 2014; 2018).

2. O ACIDENTE DE TRABALHO ENVOLVENDO AGRESSÃO EM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

O estudo do tema violência tem sido de importância crescente. Quando acidentes de trabalho são abordados como forma de manifestação da violência, podem ser compreendidos como acidentes organizacionais, ou seja, com origens que envolvem aspectos proximais ou desencadeadores da agressão e também, latentes ou incubados, que contribuem para facilitar a agressão ou o surgimento de desencadeadores. Estudos apontam a existência de consequências proximais e tardias desses eventos que também necessitam ser abordados em intervenções preventivas (ALMEIDA et al 2014).

Há estudos que propõem modelos de investigação desse tipo de acidentes e estratégias de prevenção destinadas a agir em todas as dimensões dos casos, integrando noções de pluricausalidade e de redes de fatores e aspectos em interação. Favaro (2014) cita alguns desses modelos iniciando com o de Poyner e Warne, de 1986, que considera cinco elementos básicos: o agressor, a vítima, a natureza da interação entre o agressor e a vítima, a situação de trabalho e as consequências. Segundo o autor, o modelo de Poyer e Wayne diz respeito a situações de violência externa. Além disso, concentra-se na interação entre os protagonistas.

O modelo teórico de agressão no trabalho de Neuman e Baron, de 1998 propõe organização de sete categorias unidas por relação causal de tipo linear: fatores sociais, fatores situacionais, determinantes de estados pessoais, estados internos, avaliação cognitiva e finalmente, resposta agressiva ou não agressiva. Comparado ao anterior, este introduz novas categorias destacando características de personalidade do agressor, porém com foco nos fatores contextuais, ou seja, sociais e situacionais (FAVARO, 2014).

O terceiro modelo apresentado por Favaro é o modelo conceitual de violência no local de trabalho, de Tobin, de 2001, que é estruturado a partir da noção de frustração do sujeito organizacional. Para o autor quanto maior a frustração, maior a probabilidade de resposta agressiva. O último modelo apresentado por Favaro é o de Jauvin, de 2003, que ao contrário dos anteriores, introduz dimensão de ações de prevenção, propensas a atuar em diferentes níveis de treinamento de violência: nível micro, caracterizado por contribuição de fatores individuais, nível meso, de natureza de interação entre protagonistas e nível macro, em que os fatores contribuintes contextual, organizacional, social são levados em conta. De acordo com Favaro, por meio da ligação entre pesquisa-intervenção de campo a longo prazo e a análise crítica de literatura dedicada às questões de violência, intervenção, organização etc., é

possível fornecer os meios para a validação entre a experiência de campo e as formulações de hipóteses de trabalho (FAVARO, 2014).

Segundo Favaro, a violência no ambiente de trabalho pode ser explicada por dois níveis de expressão, o primeiro é chamado de “restritivo”. Nele o evento violência é objeto de estudo e procura identificar e agir em situações evidentes (insultos, ameaças, etc.), já no segundo, chamado de “extensivo”, considera o processo contínuo, leva em conta situações degradadas e pode ensejar conflitos de interpretação. O modelo tradicional de prevenção é pouco adequado para o estudo do tema (FAVARO, 2014).

O autor apresenta o modelo chamado de *multiníveis* (MIVT), que inclui relações de *causalidade circular*, em que situações problemas são identificadas. Entre essas, podem ser destacadas: perturbações organizacionais internas e externas, caracterizadas por disputas de poder, funcionamento no limite do sistema, imediatismo, fusões, aquisições, reestruturações, complexidade ambiental; instabilidade de regras de procedimentos, de gestão e técnicas; conflitos interpessoais, como rivalidades e desacordos; instabilidades no funcionamento, como greves, absenteísmo, instabilidades organizacionais e relacionais (degradação do clima social); mal-estar organizacional, sensação de injustiça, descontentamento, frustração, sentir-se inútil, agressividade, perda da auto estima; comportamentos desviantes, que pode incluir roubos, danos aos bens, fraudes, transgressões. As situações de violência no trabalho seriam sintomas de contextos organizacionais degradados e por isso, abordagem que considere a mobilização de situações estruturais, organizacionais, relacionais, como contribuidoras às situações de violência e com objetivos adaptados aos contextos encontrados em cada caso, é mais adequada (FAVARO, 2018).

Pesquisas sobre agressões contra profissionais de saúde mental observam que o desenvolvimento de bom relacionamento entre pacientes e funcionários é uma das melhores formas para prevenir agressões. Um dos fatores citados é a habilidade de comunicação com os pacientes psiquiátricos e para que isso aconteça é de extrema importância que o profissional esteja preparado, treinado e receba o suporte adequado para desenvolver sua função (GUDDE et al, 2015; ESTEBAN et al, 2016).

Para que tal objetivo seja alcançado, faz-se necessário aprendizado contínuo na área de saúde mental. No entanto é importante estar ciente de que o objetivo não é o de responsabilizar os profissionais de saúde pelos episódios de violência, mas de alertar para a necessidade de investimento em treinamento e formação desses profissionais (GUDDE et al, 2015; ESTEBAN et al, 2016).

Fatores históricos, clínicos e contextuais contribuem para a violência nos serviços de saúde mental e a gestão adequada dos riscos é fundamental para que seja oferecido serviço de qualidade. Apesar de não serem completamente eliminados, os riscos podem ser diminuídos pela implementação de procedimentos adequados e sugere que a melhoria do gerenciamento de riscos pode ser alcançada por meio do desenvolvimento de cultura de aprendizagem (O'ROURKE, WRIGLEY e HAMMOND, 2018). Autores como Engeström (1987) formulam a necessidade da aprendizagem expansiva, como processo no qual os indivíduos aprendem algo que não é "dado" ou "pré-determinado" ao mesmo tempo em que reformulam sua atividade.

As abordagens baseadas na noção de modelos explicativos da violência introduzem avanços na compreensão de acidentes substituindo as explicações centradas no indivíduo. Agressões passam a ser descritas como resultados de processos contínuos em que acúmulos de constrangimentos diversos ajudariam a criar situações de degradação ou desordem organizacional (FAVARO, 2018).

As investigações a que este estudo teve acesso, de casos de agressões a trabalhadores ocorridas no serviço, podem se beneficiar de abordagens apoiadas no modelo citado e em conceitos já propostos no Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes (MAPA). O MAPA foi desenvolvido com o objetivo de integrar abordagens teóricas para fornecer apoio conceitual desde a etapa de coleta de dados até a intervenção. Este modelo auxilia na revelação de problemas identificados na abordagem tradicional de análise, além de identificar determinantes organizacionais presentes e envolvidos no acidente. No entanto, seus criadores já apontaram como limites dessa ferramenta sua exacerbada dependência do papel de analistas externos e também a não inclusão de objetivo explícito de estímulo à aprendizagem expansiva e desenvolvimento dos trabalhadores não experts em segurança que participam dessas atividades (BELTRÁN-HURTADO et al, 2020).

Além disso, intervenções apoiadas no MAPA continuaram sendo vistas como capazes de produzir bons diagnósticos, mas que dificilmente eram seguidas por transformações efetivas das situações consideradas acidentogênicas.

Em resposta a essas críticas, os criadores do MAPA desenvolveram versão dita MAPA expandido (BELTRÁN-HURTADO et al, 2020) que associa elementos de intervenções apoiadas na noção de Laboratório de Mudança (LM), tendo como objetivo não só conduzir análises que incluam em seu desenho pactuação inicial envolvendo os atores como a explicitação da adoção de explicação sistêmica para o acidente. Sem ilusões quanto a desfechos que garantam a adoção de medidas de prevenção que abordem todas as

contradições e aspectos de causas e consequências identificados nas análises, a escolha adotada parece mostrar maior alcance de prevenção do que as práticas anteriormente empregadas. A adoção desse caminho de análise parece ainda permitir novos horizontes ao estudo de aspectos da teorização sobre esses tipos de processos, em particular em diálogo com contribuições como as de estudos dos modelos explicativos da violência acima citados.

A escolha das teorias apresentadas a seguir ocorreu devido aos exemplos de sucesso já desenvolvidos por grupo de pesquisa brasileiro do campo da saúde do trabalhador, como o exemplo citado acima, e por oferecer ferramentas com potencial de transformação social.

2.1. TEORIAS DA ATIVIDADE HISTÓRICO-CULTURAL E DA APRENDIZAGEM EXPANSIVA

A Teoria da Atividade Histórico-Cultural teve o início de seu desenvolvimento na década de 1920 e início da década de 1930 com Lev Vygotsky e Alexei Leontiev. Para Vygotsky a ação humana é mediada por artefatos mediadores e foi expressa por meio do modelo triangular (FIGURA 1). A ideia sobre condicionamento entre estímulo e resposta foi superada pela de mediação cultural, de modo que a unidade básica de análise que dividia o indivíduo e a estrutura social, agora não pode mais ser compreendida sem a relação com seus artefatos culturais (VYGOTSKY, 1978; ENGESTRÖM, 2001).

Figura 1 O modelo básico de mediação proposto por Vygotsky.



Fonte: Vygotsky (1978).

Vygotsky propôs que a compreensão das funções psicológicas do homem fosse explicada a partir de sua história. Para Vygotsky, a análise histórica é a chave para o seu sistema. Ele utilizou o conceito “história” para descrever “sequências de fenômenos em movimento” e sua função na teoria. A introdução da abordagem histórica para o desenvolvimento dos processos superiores é considerada sua principal contribuição na

psicologia, o que fez com que diversos historiadores soviéticos o considerassem o pioneiro na explicação da formação histórica da mente (ENGESTRÖM, 2001).

Em 1968 Leontiev e Luria definiram a teoria como “teoria da formação sócio-histórica dos processos mentais superiores” de Vygotsky. As formas de vida social tinham consequências mais profundas para a vida mental do que o progresso histórico da humanidade. Leontiev superou a ideia inicial da teoria e saiu da visão individual como unidade de análise para uma atividade coletiva, no entanto não chegou a expandir graficamente o modelo original de Vygotsky (ENGESTRÖM, 2001).

A Teoria da Atividade Histórico-Cultural foi explicada por Engeström (1987) por meio de três gerações de pesquisa. A primeira com foco na criação da ideia de mediação cultural de Vygotsky, representado pela tríade sujeito, mediador e objeto. A segunda geração caracterizada pelo estudo de Leontiev, onde demonstrou a expansão da unidade básica de análise por meio da diferenciação de ação individual e ação coletiva da atividade, permitindo que o foco dos estudos se direcionasse para as interrelações entre sujeito e comunidade.

Pesquisas e aplicações diversas da Teoria da Atividade Histórico-Cultural começaram a surgir após a retomada de questões a respeito de contradições de atividade. A terceira geração surgiu na tentativa de enfrentar os desafios referentes às questões de diversidade e diálogo entre diferentes tradições e com o objetivo de desenvolver materiais que possam compreender a diversidade de redes de interação dos sistemas de atividade. A nova geração da Teoria da Atividade Histórico-Cultural proposta por Engeström (1987) apresenta um novo modelo de representação do Sistema de Atividade (SA) (FIGURA 2).

Figura 2 O modelo do Sistema de Atividade.



Fonte: Engeström (2016).

Por meio da compreensão de Engeström (1987), o novo SA passa a incorporar, além dos itens: sujeito, mediador e objeto, os mediadores sociais, caracterizados pelas regras, pela divisão do trabalho e pela comunidade.

Os elementos da estrutura do Sistema de Atividade humana, são definidos da seguinte forma: o sujeito pode ser compreendido como uma ou um grupo de pessoas, dependendo da análise do SA. O objeto representa a finalidade para o qual a atividade é voltada, ou seja, o motivo da atividade relacionado ao atendimento de necessidade social. Os instrumentos são os mediadores que serão utilizados pelos sujeitos para realizar a ação, podendo ser concreto ou abstrato. A comunidade compreende os indivíduos, grupos, subgrupos que compartilham e se relacionam com o objeto de forma indireta. As regras não são manifestadas necessariamente de forma explícita, podem ser referentes à regulamentos, normas, mas também padrões e convenções sociais estabelecidos na cultura. Por último, a divisão de trabalho, que corresponde a forma de organização horizontal, quando relacionada às divisões de tarefas entre os sujeitos do SA e vertical, em relação às relações hierárquicas (ENGESTRÖM e SANNINO, 2010; QUEROL et al., 2011).

A Teoria da Atividade Histórico-Cultural possui cinco princípios: o Sistema de Atividade, a multivocalidade, a historicidade, as contradições e as transformações expansivas em sistemas de atividade. O SA é considerado a unidade principal de análise, a multivocalidade refere-se à diversidade de pontos de vistas dos múltiplos atores possíveis de estarem presentes no sistema, a historicidade possui papel importante na análise dos processos de desenvolvimento humano, demonstrada desde o início do desenvolvimento da teoria de Vygotsky (ENGESTRÖM 2001). As contradições são consideradas importantes para identificar as tensões do sistema, que podem estar relacionadas intra e inter elementos, gerando rupturas, distorções e perturbações, que por sua vez atuam como potentes fontes de transformações. As transformações expansivas ocorrem na compreensão das contradições por parte dos sujeitos do sistema, que partem para os questionamentos da atividade, podendo repensar os elementos do sistema e suas relações (ENGESTRÖM, 2001; QUEROL et al., 2011).

Os conceitos da Teoria da Atividade Histórico-Cultural nos auxiliam nas leituras e análises dos eventos de acidente do trabalho envolvendo agressão, proporcionando compreensão sistematizada e construção de hipóteses referente às estratégias para soluções posteriores.

Na década de 1990 um grupo de pesquisadores do Centro de Pesquisa em Atividade, Desenvolvimento e Aprendizagem (CRADLE), da Universidade de Helsinque na Finlândia

desenvolveu conjunto de conceitos e princípios para que pesquisadores e profissionais do trabalho pudessem utilizá-los para realizar transformações necessárias em suas atividades e chamaram esse novo método de “Laboratório de Mudança” (LM) (ENGESTRÖM et al. 1996).

O LM, de acordo com Engeström, pode ser chamado de intervenção formativa, pois trata-se de método em que os conteúdos e objetivos são construídos por meio dos sujeitos que avaliam, compreendem, desenvolvem soluções para os problemas e reconceitualizam o objeto. Por esta razão, o LM se apoia no uso de conceitos baseados na Teoria da Atividade Histórico-Cultural, são eles: a Teoria da Mediação Cultural; o Método de Estimulação Dupla; o Modelo do Sistema de Atividade e a Teoria da Aprendizagem Expansiva (QUEROL, CASSANDRE e MARÇAL, 2021).

O método do LM é baseado na teoria da aprendizagem expansiva, ou seja, vai além dos domínios do aprendizado individual e organizacional para que seja realizado entendimento amplo a respeito do problema, e assim, a mudança necessária aconteça. Como recurso específico, os intervencionistas utilizam a abordagem histórica e sistêmica de problemas (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015).

Um dos conceitos utilizados no LM é o “ciclo de aprendizagem expansiva” que é precedido por diagnóstico etnográfico, com estudo de dados primários e secundários, com o objetivo de aproximação preliminar do problema para a formulação de hipóteses de contradições presentes no SA (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015).

A partir do diagnóstico inicial, os dados espelhos são apresentados em sessões de LM. Os dados espelhos são informações que foram coletadas e selecionadas com objetivo de estimular os participantes a se identificarem com a atividade e suas tensões. O ciclo de aprendizagem expansiva tem seu início no reconhecimento do problema, proporcionando envolvimento emocional aos participantes, que após a fase de questionamento passam para as análises histórica e empírica do SA (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015).

Dando sequência ao ciclo de aprendizagem expansiva, os participantes se apropriam da sua realidade de forma concreta e partem para a construção de soluções das contradições presentes no SA (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015).

No Brasil, em estudo realizado em universidade pública, o LM foi aplicado com o objetivo de verificar se método de intervenção formativa contribuiria para que os profissionais de atividades colaborativas formassem compreensão histórica de problemas enfrentados e criassem soluções para essas situações. Como resultado, a análise sugeriu a existência de contradições envolvendo objetos das atividades que poderiam estar no centro da relação entre

instituições semelhantes, uma vez que dois ou mais sistemas podem compartilhar o mesmo objeto ao desenvolver atividades colaborativamente. A conclusão do estudo apontou que o LM, enquanto metodologia de intervenção formativa, integra diagnóstico, aprendizagem, agência dos participantes e criação de soluções como parte de um mesmo processo (MACAIA, et al 2018).

Por tratar-se de ferramenta colaborativa e formativa, o LM foi visto com possibilidade de contribuir para a compreensão do acidente de trabalho envolvendo agressão em serviço de saúde mental e para o planejamento de possível intervenção futura.

O estudo busca compreender os acidentes de trabalho (AT) envolvendo agressão por meio das questões relativas às principais contradições, assim como suas consequências imediatas e de longo prazo: *“Quais são as principais contradições históricas na atividade de serviço que favorecem o AT envolvendo agressão?”* e *“Quais são as possíveis origens e consequências, imediatas e de longo prazo, dos AT envolvendo agressão a profissionais do serviço?”*

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

Avaliar até que ponto características dos modelos de atenção de saúde adotados em instituição de saúde mental que atende pacientes com diagnósticos mistos (psiquiátrica clássica e envolvida em adição a drogas e comportamentos judicializados) isoladamente ou em interação com outros fatores, contribuem nas origens e consequências de acidentes envolvendo agressões a trabalhadores em serviço vinculado ao Hospital de Clínicas universitário de cidade do interior do Estado de São Paulo.

3.2. ESPECÍFICOS

Elaborar hipótese de diagnóstico histórico situacional do SA do Serviço de atenção ao uso de álcool e drogas vinculado ao Hospital de Clínicas universitário, com suas contradições surgidas no desenvolvimento histórico.

Compreender origens históricas e possíveis consequências dos acidentes de trabalho envolvendo agressão ocorridos no período de 2015 a 2018.

3.3. PERGUNTAS DE PESQUISA

Quais são as principais contradições históricas na atividade de serviço que favorecem o AT envolvendo agressão?

Quais são as possíveis origens e consequências, imediatas e de longo prazo, dos AT envolvendo agressão a profissionais do Serviço?

4. MÉTODOS

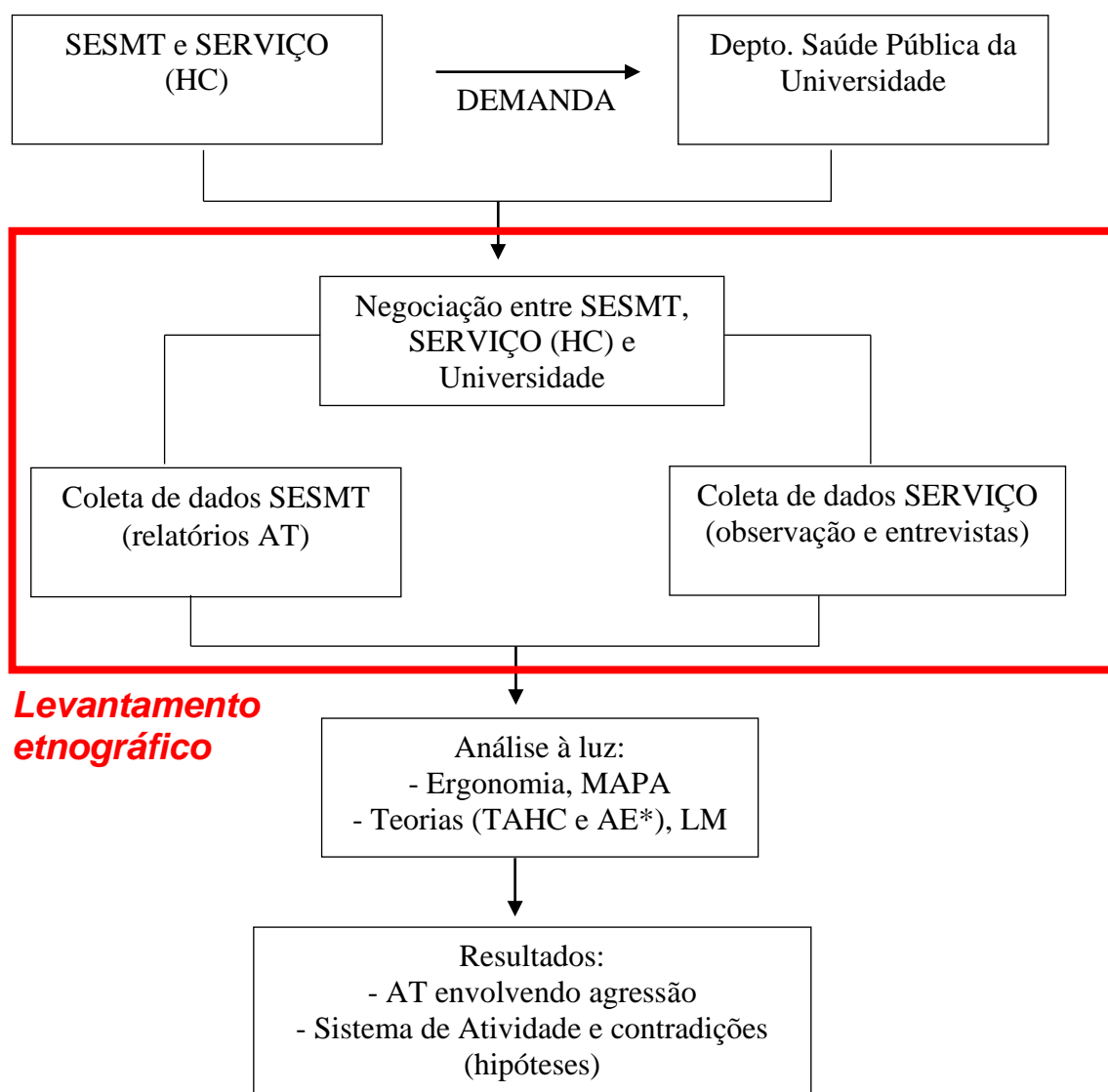
4.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de pesquisa qualitativa, que utiliza dados primários e secundários retirados de diário de campo, entrevistas semiestruturadas individuais áudio gravadas e entrevista em grupo, observação da atividade e análise de documentos do SESMT do HC.

O estudo adota a técnica de LM, que possui suas bases teóricas nas Teorias da Atividade Histórico-Cultural e da Aprendizagem Expansiva, além dos conceitos teóricos da Ergonomia da Atividade para compreender os acidentes de trabalho.

O esquema abaixo resume os principais passos metodológicos realizados no estudo.

Figura 3 Passos metodológicos.



AE*: Aprendizagem Expansiva

4.2. LOCAL E PARTICIPANTES

O Serviço em estudo faz parte do complexo do HC e está localizado em cidade do interior do Estado de São Paulo. Oferece tratamento e reabilitação a dependentes químicos, especialmente de crack e está ligado ao Programa Recomeço do Estado de São Paulo. O objetivo do trabalho desenvolvido neste local é oferecer a possibilidade de reinserção do paciente ao convívio familiar, às atividades de trabalho e social.

Os participantes da pesquisa são funcionários do serviço de atenção ao uso de álcool e drogas. A observação da atividade incluiu funcionários contratados do HC e também os terceirizados (recepcionistas e vigilantes).

Os funcionários participantes eram de ambos os sexos, de equipe de enfermagem e equipe multiprofissional.

4.3. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

4.3.1. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO E TÉCNICAS UTILIZADAS

O planejamento da pesquisa teve início no final do ano de 2018 com a primeira visita e conversa com diretor vigente. A reunião teve participação da pós-graduanda Nataly Gardona, do professor doutor Ildeberto Muniz de Almeida e de representante da diretoria do serviço.

Na reunião, a demanda de acidentes de trabalho envolvendo agressão aos profissionais, trazida pelo SESMT, foi confirmada e o diretor exemplificou os problemas que mais lhe preocupavam, referentes aos episódios de acidentes de trabalho envolvendo violência.

A pós-graduanda e o professor apresentaram o objetivo principal do projeto, que é o de compreender as possíveis causas e consequências dos acidentes de trabalho, realizado por meio de levantamento etnográfico, para posterior intervenção colaborativa. A intervenção completa era parte do projeto de pesquisa, no entanto, as sessões do LM, planejadas para serem realizadas com os participantes em abril de 2020, foram suspensas por causa da pandemia.

A partir do início de 2019 iniciou a fase de negociação propriamente dita, quando foram realizadas visitas e reuniões com Engenheiro de Segurança do Trabalho do SESMT do HC, para compreender mais detalhadamente a demanda do Serviço e iniciar a coleta de dados secundários sobre acidentes de trabalho envolvendo agressão no serviço.

O SESMT fica localizado nas dependências do HC, no Campus da Universidade. Sua localização facilitou a comunicação, o acesso e as trocas de informações necessárias.

No início as visitas ao SESMT foram agendadas, porém com o decorrer dos encontros, o Engenheiro responsável pelo setor permitiu o livre acesso às dependências, sem precisar de aviso prévio, além de comunicar os funcionários e disponibilizar qualquer informação necessária para o desenvolvimento do estudo. Além das visitas, foram realizados contatos por telefone, e-mail e WhatsApp.

O vínculo estabelecido com Técnicos e Engenheiros de Segurança do Trabalho do SESMT foi suporte importante para o acesso ao Serviço. O agendamento das visitas do Técnico de Segurança do Trabalho ao local de estudo era comunicado, com o objetivo de verificar se havia interesse da pesquisadora em acompanhá-las. Na maioria das vezes, as visitas presenciais foram realizadas na companhia de funcionário do SESMT.

No período de dezembro de 2018 a março de 2020, foram realizadas cinco reuniões com os diretores do serviço com objetivo de pactuar a realização da pesquisa.

As três primeiras reuniões foram realizadas com o então diretor do serviço, no entanto, após mudanças na gestão do Serviço e nova formação de direção, foram realizadas duas reuniões. A primeira ocorreu na presença do professor doutor Ildeberto Muniz de Almeida, mestranda Nataly Gardona, Diretor Geral, e representantes de gestão e direção, além do Engenheiro responsável do SESMT e técnico de segurança do trabalho. Nesta reunião, realizada em 02 de maio de 2019, o termo de anuência foi assinado pelo Diretor Geral e pelo Engenheiro do SESMT.

A segunda reunião foi agendada devido a mudança de diretor geral, em janeiro de 2020. A reunião foi realizada em março de 2020, na presença do professor doutor Ildeberto Muniz de Almeida, mestranda Nataly Gardona, representante de gestão e novo diretor geral, onde foi reafirmada a pactuação e continuação do desenvolvimento da pesquisa.

Nas duas reuniões o projeto de pesquisa foi apresentado e foram enfatizadas as necessidades para a sua execução e colaboração esperadas. Todas as reuniões foram consideradas positivas e seus objetivos alcançados.

A relação das visitas e contatos realizados no período de dezembro de 2018 a junho de 2020 está descrita no quadro 1, a seguir.

Quadro 1 Visitas e contatos realizados entre 2018 e 2020.

Visitas, contatos realizados e duração aproximada (horas)			
Mês/Ano	Nº visitas	Descrição	Duração
Dezembro/2018	01	Início contato, reunião direção	3h
Abril/2019	02	Reuniões com gestor	6h

Maio/2019	03	Reunião com os 3 diretores/gestores, assinatura do termo de anuência pelo diretor do Serviço e chefe do SESMT oficina de Saúde Mental (Secretaria Saúde SP), reunião com grupo de funcionários (entrevista coletiva).	8h
Junho/2019	02	Palestra, conversa com funcionários e confraternização	6h
Setembro/2019	02	Conhecer estrutura física e história do início do serviço	10h
Outubro/2019	03	Solicitação de reunião por parte da gestora (pedido de ajuda) e 1 entrevista	6h
Novembro/2019	01	Aplicação do questionário Saúde Mental (SESMT)	3h
Dezembro/2019	03	11 Entrevistas com trabalhadores	15h
Março/2020	01	Reunião novo diretor.	2h
Junho/2020	02	Contato por telefone. Conversa com Aux. Adm. Contato por telefone (entrevista) com funcionária de equipe de enfermagem transferida para outro setor.	1h
20 visitas/contatos			60 horas

A realização de coleta e análise de dados foi apoiada em conceitos da Teoria da Atividade Histórico-Cultural e de adaptações para aplicações práticas, que se basearam nas teorias utilizadas pelo MAPA. As perguntas guias realizadas nas entrevistas pediam relatos da história do serviço com destaque para quais seriam as principais mudanças ocorridas e também relatos do trabalho normal dos entrevistados, incluindo as variabilidades (mudanças, perturbações, dificuldades, etc.) mais frequentes e como eram solucionadas. Num segundo momento eram exploradas vivências do entrevistado com situações envolvendo agressões, inclusive ameaças.

A intervenção LM inicia com levantamento etnográfico para que os pesquisadores-intervencionistas conheçam a história do SA, seus componentes e interações, suas especificidades e possíveis contradições surgidas no seu desenvolvimento histórico. O levantamento etnográfico foi planejado de acordo com a demanda inicial e foi realizado conforme as características particulares do serviço. O progresso da coleta de dados ocorreu a medida em que os vínculos foram estabelecidos e a compreensão do sistema foi se desenvolvendo. O processo deu-se de forma dinâmica e orgânica, como desejável em proposta colaborativa/participativa.

O levantamento etnográfico foi composto por dados primários e secundários. Os dados primários foram: diário de campo após visitas de observação das atividades, participação em eventos, reuniões com gestão, entrevistas individuais e coletiva semiestruturadas áudio gravadas e posteriormente transcritas. Os dados secundários foram coletados por meio de leitura crítica dos relatórios de análise de acidente de trabalho disponibilizados pelo SESMT, em busca de pontos a serem explorados e serviram de guia para as entrevistas semiestruturadas.

No quadro 2 apresentamos as etapas de análise de dados:

Quadro 2 Etapas de análise de dados

Tipo	Registro	Passo 1	Passo 2	Passo 3
Documentos (10 relatórios)	Relatórios de AT	Identificar pontos a serem explorados (MAPA)	-	-Dimensões MAPA ^{EX} -Hipótese de SA e suas contradições
Observação da atividade (20 visitas)	Diário de Campo	Elaborar narrativa da história do serviço	-	
Entrevista coletiva (1 entrevista com 10 funcionários)	Diário de Campo	Selecionar trechos de falas	3 categorias criadas 6 categorias riscos psic. adaptada	
Entrevistas individuais (12 entrevistas)	Áudio gravação (aprox. 6h)	Transcrever e selecionar trechos de falas	2 categorias criadas com 7 subcategorias 6 categorias riscos psic. adaptada	

A construção de hipótese do SA, de seus elementos e das possíveis contradições do sistema, ocorreu por meio da análise da história da atividade que é elaborada a partir de narrativa de sequência de evento cronológica utilizando conceitos teóricos e analíticos da Teoria da Atividade Histórico-Cultural, que serão apresentados no quadro 3, combinada à análise dos dados obtidos por meio do levantamento etnográfico e discussão com as bases teóricas do método. As hipóteses do SA foram elaboradas pelos pesquisadores.

O SESMT disponibilizou 11 documentos por e-mail, sendo um deles, a relação de registro de acidentes envolvendo agressão a profissionais, ocorridos entre 2015 e 2018 e 10 relatórios de análises de acidente de trabalho envolvendo agressão a profissionais do serviço. As informações referentes aos registros e às análises foram organizadas em tabela no Excel

em 6 categorias: ano, tempo na função, função, sexo, número de profissionais envolvidos no procedimento no momento do AT e período em que o AT ocorreu.

Foram realizadas leituras e análises, em busca de pontos a serem explorados, baseados em conceitos teóricos, como por exemplo, trabalho habitual, modos operatórios, variabilidade, análises de barreiras, entre outros, que são utilizados no MAPA e que foram organizados em tabelas com trechos selecionados de cada um dos relatórios, indicando perguntas que se aprofundadas podem indicar caminhos para melhor compreensão do evento estudado e posteriormente relacionadas à possibilidade de desenvolvimento das quatro dimensões propostas no MAPA expandido. São elas: dimensão sistêmica, dimensão temporal, dimensão social e dimensão agência (BELTRÁN-HURTADO et al, 2020).

Como mencionado anteriormente, o MAPA expandido foi adotado com a compreensão de que não há sustentação de novo modelo sem que haja a participação dos trabalhadores como atores principais, desta forma as dimensões citadas são parte da construção de proposta que integra a utilização do conceito de SA, como unidade de análise, às análises de acidentes de trabalho (dimensão sistêmica), para que assim, como resultado esperado, possamos obter subsídios para a prevenção dos acidentes. A dimensão temporal refere-se ao aspecto cronológico das ações de análise de AT e ao tempo necessário para que ocorra a aprendizagem durante as ações de intervenções. A dimensão social se relaciona à dimensão sistêmica e temporal, pois exige a expansão da compreensão sobre a quem se destina a ação de aprendizagem (indivíduo e comunidade), ou seja, esta dimensão inclui o processo de troca de saberes entre especialistas e trabalhadores, além de interação entre serviço local e redes interligadas a ele. E por último, a dimensão da agência transformadora, referindo-se à ação de protagonismo dos trabalhadores que são os atores dotados do real poder de ação de transformação e de construção de soluções dos problemas de sua realidade (BELTRÁN-HURTADO et al, 2020).

Foi realizada uma reunião com grupo de funcionários (entrevista coletiva) e os dados obtidos foram registrados como diário de campo.

A entrevista coletiva contou com a presença de 10 funcionários do serviço, nesse momento os profissionais puderam expor suas primeiras opiniões referente ao tema. As informações colhidas foram registradas em diário de campo e transcritas.

As entrevistas individuais ocorreram entre outubro e dezembro de 2019. Foram realizadas no ambiente de trabalho, durante o horário de trabalho, em momento que o profissional, em acordo com os demais colegas e chefia imediata, foi autorizado a participar.

Seis profissionais entrevistados tiveram conhecimento do projeto em reunião no início do ano, em que foi apresentado o projeto para o grupo em entrevista coletiva e foi possível coletar as primeiras informações a respeito das suas percepções sobre o acidente de trabalho envolvendo agressão. Os demais profissionais entrevistados tiveram conhecimento do projeto no momento da entrevista individual ou previamente, em conversa com colega de trabalho.

As frases dos profissionais, coletadas na entrevista coletiva, foram transcritas na íntegra e organizadas em quadro.

Foi realizada análise de conteúdo e emergiram 3 categorias: a) “insatisfação”, b) “divergência de opinião em relação ao instrumento de trabalho” e c) “falta de reconhecimento e/ou acolhimento”. As categorias da análise de conteúdo foram relacionadas com as categorias de análise referente aos riscos psicossociais, segundo “*Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maitriser*” (GOLLAC e BODIER, 2011).

As frases selecionadas da transcrição das entrevistas individuais foram analisadas em duas categorias: 1) estratégia utilizada para prevenir agressão, 2) possíveis disparadores de agressão, que assim como a entrevista coletiva, foram relacionadas às seis categorias de riscos psicossociais segundo de Gollac e Bodier (2011).

As duas categorias foram subdivididas e criadas subcategorias (ações):

1. **“Estratégia de prevenção”**: a) “respeito à autonomia do paciente”, b) “negociação”, c) “antecipação”, d) “colaboração”, e) “imposição de autoridade”.

São consideradas estratégias de prevenção as ações realizadas a partir do momento em que o profissional é inserido em situação potencial de risco de sofrer agressão, assim identificada a priori ou não, de modo a lidar com a situação independentemente do desfecho de sucesso (evitar a agressão). A exploração dessa situação privilegiou a descrição apoiada na percepção do entrevistado de modo que se o pesquisador considerasse como de risco potencial uma situação não apontada como tal pelo entrevistado esse aspecto era questionado.

2. **“Possível disparador de AT envolvendo agressão”**: a) “ação individual” e b) “condição do serviço”.

As ações consideradas possíveis disparadores de AT envolvendo agressão são as que antecedem o acidente e/ou aquelas que podem estar diretamente associadas ao acidente. Como dito anteriormente, os disparadores de agressão são pontos de partida para a compreensão do evento e não sua resposta, ou seja, o fim da investigação.

Tanto as estratégias de prevenção como as possíveis disparadoras de agressão são analisadas com o apoio de conceitos do MAPA e do modelo triangular do Sistema de

Atividade, sendo classificados quanto ao tipo de componente e ou de relações entre eles para posterior utilização na elaboração de hipóteses de contradições do sistema.

A categoria **“Riscos Psicossociais”** está dividida em seis subcategorias, segundo *“Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser”* (GOLLAC e BODIER, 2011). São elas: intensidade de trabalho e do tempo de trabalho; exigências emocionais; autonomia insuficiente; má qualidade das relações sociais no trabalho; conflitos de valores e insegurança (falta de segurança) da situação de trabalho.

Como **Intensidade do trabalho e do tempo de trabalho** estão incluídas as noções de “demanda psicológica” e “esforço”. A intensidade e complexidade dependem das restrições de ritmo da existência de objetivos irrealistas ou vagos, dos requisitos de versatilidade, responsabilidades, possíveis instruções contraditórias, interrupções de atividades despreparadas e da exigência de alta habilidade. A segunda categoria **Exigências emocionais** é explicada como sendo aquelas situações em que existe a necessidade de controlar e moldar suas próprias emoções, em particular para controlar e moldar as sentidas pelas pessoas com quem se interage durante o trabalho. Inclui-se o fato de esconder emoções, que é considerado igualmente exigente. **Autonomia insuficiente** está relacionada a não possibilidade de o trabalhador ser ator em seu trabalho, em sua participação na produção de riqueza e na condução de sua vida profissional. Inclui a participação nas decisões, além do uso do desenvolvimento de habilidades. Esse conceito inclui a ideia de não se desenvolver e se divertir no trabalho. A quarta categoria refere-se à **Má qualidade das relações sociais no trabalho** e dizem respeito relações entre os trabalhadores e as relações entre o trabalhador e a organização que o emprega. Elas devem ser examinadas em relação aos conceitos de integração, justiça e reconhecimento. De acordo com os autores, essa categoria deve incluir relações com colegas, relações com hierarquia, remuneração, perspectivas de carreira, adequação da tarefa para a pessoa, procedimentos de avaliação do trabalho, atenção prestada ao bem-estar do trabalhador. **Conflito de valores** refere-se ao sofrimento ético sentido pela pessoa que é solicitada a agir em oposição aos seus valores profissionais, sociais ou pessoais e pode surgir do fato de que o objetivo do trabalho se choca com as convicções e valores do trabalhador, ou do fato de que ele deve trabalhar de uma maneira que não esteja de acordo com sua consciência profissional. A última categoria é a **Insegurança (falta de segurança) da situação de trabalho**, que compreende a insegurança socioeconômica e o risco de mudanças descontroladas nas tarefas e nas condições de trabalho, que pode resultar do risco de perder o emprego, do risco de queda na renda ou do risco de não ter um desenvolvimento “normal” na carreira. Condições de trabalho insustentáveis também podem gerar insegurança.

Para os autores todos esses riscos existem para trabalhadores assalariados e autônomos, apesar de assumirem formas diferentes (GOLLAC e BODIER, 2011).

Acrescentamos três categorias: “**Insegurança no trabalho**”: refere-se às situações de o trabalhador estar sob ameaça no ambiente de trabalho ou fora dele em decorrência do seu trabalho, de qualquer natureza (física, verbal ou referente ao histórico de comportamento do paciente), “**Frustração**”: compreende as situações de falta de motivação na realização do trabalho e/ou descrença da capacidade de transformação do objeto de trabalho. Inclui também a não obtenção de sucesso com o cuidado como ofertado na instituição concretizada nas situações de reinternações de clientes e “**Outros**”: contemplando as categorias que não se encaixam nas descritas pelo modelo utilizado e pelas duas acrescentadas.

Para a discussão dos achados obtidos a respeito dos casos de acidente de trabalho envolvendo agressão foi utilizado o modelo multiníveis de Favaro (2014).

4.4. QUESTÕES DE PESQUISA

No quadro 3 são apresentadas as perguntas de pesquisa, utilizadas como guia para direcionar as ações do estudo e desenvolver os objetivos específicos propostos:

Quadro 3 Questões de Pesquisa

Objetivo do Estudo	Questões de Pesquisa	Conceitos teóricos	Unidade de análise	Conceitos analíticos	Unidade de dados	Dados
Elaborar hipóteses de contradições históricas do Sistema de Atividade do serviço de Atenção e Referência ao uso de Álcool e Drogas vinculado a Hospital Universitário do interior do estado de São Paulo.	Quais são as principais contradições históricas na atividade de serviço que favorecem o AT envolvendo agressão?	Atividade, Sistema de Atividade, contradições	Sistema de Atividade do serviço	Elementos do Sistema de Atividade. Distúrbios, incompatibilidade entre os elementos.	Eventos históricos	Documentos Entrevistas

Compreender origens históricas e possíveis consequências dos acidentes de trabalho envolvendo agressão ocorridos no período de 2015 a 2018	Quais são as possíveis origens e consequências, imediatas e de longo prazo, dos AT envolvendo agressão a profissionais do serviço?	Violência no trabalho, variabilidades, rupturas, constrangimentos, trabalho real e trabalho prescrito, barreiras, modo operatório. Modelo multiníveis. Riscos psicossociais	Sistema sócio-técnico. Fenômeno com dimensões sociotécnicas e interações de múltiplos elementos	Trabalho real e trabalho prescrito Estratégias de prevenção. Disparadores de AT. Origens e consequências proximais e distais Trabalho habitual, barreiras, mudanças.	Episódio de AT envolvendo agressão e eventos associados	Documentos Entrevistas Observações
--	--	---	---	--	---	------------------------------------

Iniciamos com as questões referentes a elaboração de hipótese do Sistema de Atividade: *Quais são as principais contradições históricas na atividade de serviço que favorecem o AT envolvendo agressão?* A resposta a essa pergunta colabora para a construção da hipótese de SA e para respondê-la buscamos compreender como surgiu e vem se desenvolvendo o objeto do cuidado no serviço, ou seja, a história do serviço, que envolve problemas (contradições) e ações relacionadas às possíveis origens e soluções.

Para responder ao segundo objetivo específico apresentado, levantamos a seguinte questão: *Quais são as possíveis origens e consequências, imediatas e de longo prazo, dos AT envolvendo agressão a profissionais do serviço?* E para respondê-la procuramos compreender quais são as situações disparadoras de possíveis AT envolvendo agressão e quais são as estratégias utilizadas pelos profissionais para prevenir a agressão. Assim somos capazes de avançar na compreensão do acidente de trabalho envolvendo agressão, além de nos aproximarmos das possíveis origens de sua ocorrência.

4.5. ASPÉCTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, respeitando os aspectos éticos de acordo com as normas da Resolução CNSS 466/2012, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, referente às pesquisas com seres humanos (nº do processo 18566819.2.0000.5411, nº do parecer 3.556.459).

Para que a pesquisa fosse realizada foram solicitadas as seguintes autorizações: Termo de Anuência Institucional, Termo de Anuência do HC, Termo de Anuência SESMT, Termo

de Anuência do serviço em estudo e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos riscos mínimos descritos no termo, assinado pela pesquisadora e pelo participante.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. HIPÓTESES DE SISTEMAS DE ATIVIDADE E SUAS CONTRADIÇÕES

A história (projeto, implementação e mudanças do serviço) será apresentada por períodos e, logo após, a interpretação correspondente a cada um deles.

2012-2013 (antes da inauguração)

A ideia de realizar o projeto do serviço surgiu por volta do ano de 2012, por meio de iniciativa regional na cidade do interior do Estado de São Paulo, a partir de reivindicação popular. O radialista VS, levou a demanda da população para o grupo de pessoas, que se tornou a comissão responsável por elaborar o projeto inicial.

Naquele período, a cidade contava com Centro de Atenção Integral à Saúde Professor CMC que realizava atendimento de pacientes com dependência em álcool e drogas, no entanto, de forma insuficiente. A comissão foi formada por HC, CMC e Departamento Regional de Saúde.

Em primeiro momento, seria alugado motel desativado da região para realizar o projeto, no entanto, o cancelamento de outro projeto voltado a atender casos de adolescentes infratores, deixou estrutura física a disposição para a implementação do serviço. O local fica há aproximadamente 10,8 km de distância do HC. Segundo um dos componentes da comissão do projeto e funcionário, o local foi cedido para a instalação do serviço, pois não havia número de jovens suficiente em situação considerada potencialmente agressiva e outro local foi definido para que esses jovens fossem recebidos.

A planta do primeiro complexo precisou ser alterada pois tinham grades e paredes de chumbo que configuravam um local parecido com penitenciária, porém o orçamento já estava definido e com isso foi possível incluir a área que hoje é a administração e o ambulatório de adolescentes, além da piscina, quadra poliesportiva e jardim.

Antes mesmo das atividades serem iniciadas, houve a primeira mudança do serviço, que ampliou a comunidade atendida. O planejado era atender a população local (município) e passou a atender a população regional (estado). O serviço foi inserido no Programa Recomeço, do governo do Estado de São Paulo, que foi inaugurado no ano de 2013 e as adaptações de estrutura foram realizadas a fim de adequar a nova demanda.

Apesar do serviço fazer parte do HC, a Secretaria do Estado exigiu que o serviço fosse inaugurado com profissionais cedidos do Hospital CMC, para atender os 40 leitos disponíveis, porém, devido à cortes de verbas do Estado, o plano inicial foi reduzido para 25 leitos. A

equipe inicial era composta por 50 auxiliares de enfermagem, 20 técnicos de enfermagem, 1 médico clínico (40h), 1 psiquiatra (8h), 6 assistentes sociais, 4 terapeutas ocupacionais e 1 psicólogo que era diretor do serviço. A mudança descrita anteriormente (pré inauguração) ocorreu devido a exigência da Divisão Regional de Saúde, que fazia parte da comissão do projeto, exigiu que o serviço fosse referência para os 68 municípios e que dentro do serviço existisse o CAPs infantil. Para atender à exigência, o ambulatório foi utilizado para essa função.

A decisão da primeira equipe ser integralmente do Hospital CMC foi acordada entre Secretário, Coordenador Estadual e serviço.

Análise:

A inserção ao Programa do Governo do Estado de São Paulo fez com que houvesse alteração no perfil dos pacientes, que seriam recebidos pelo serviço, previsto no projeto inicial. Essa mudança tem repercussões na relação entre os trabalhadores (*sujeitos*) que não estavam capacitados a oferecer o atendimento necessário aos pacientes com histórico de violência e internados involuntariamente (judicializados). A mudança de perfil dos pacientes é vista como importante mudança no *objeto* do SA e uma vez realizada tal mudança, é esperada que alterações nos demais elementos ocorram, exigindo novas adaptações, a fim de evitar contradições secundárias, ou seja, conflitos entre os elementos do sistema. No entanto, não ocorreu ajustes nos demais elementos, sinalizando possíveis desafios no decorrer da atividade.

Uma das hipóteses de contradição secundária é observada entre os elementos *instrumento* e *objeto* do SA, pois as visitas são consideradas parte do tratamento do paciente em processo de ressocialização e os pacientes de regiões distantes ficam sem a possibilidade de receber a visita de seus familiares. Além disso, a equipe passa a cuidar de clientela ampliada, que inclui adolescentes, internos judicializados e aquela pensada no projeto original, com as mesmas ferramentas iniciais. Não houve treinamento e nem oferta de novos instrumentos que facilitassem a resposta aos novos desafios surgidos.

As exigências realizadas pela Secretaria do Estado demonstram como o SA se relaciona com demais redes, como por exemplo a administração do HC e o governo Estadual, ou seja, além de estar submetido às regras locais (nível micro), também cumpre normas externas ao serviço (nível meso/macro).

Com o Programa Recomeço, o projeto inicial teve que ser alterado e passou a receber a demanda da região da Cracolândia, localizada na cidade de São Paulo. Segundo o diretor vigente (2019), isso foi considerado um impacto grande para os idealizadores do projeto, pois

segundo ele, existe diferença considerável entre os pacientes acolhidos na região e os vindos de São Paulo, principalmente no que diz respeito a agressividade. A alteração no objeto do SA já era vista como impacto negativo, pois as mudanças nos demais elementos do sistema não foram realizadas, como por exemplo a capacitação dos trabalhadores (*instrumento*), os ajustes necessários na forma e tipo de tratamento (*instrumento*) aos novos pacientes (*objeto*).

A inauguração do serviço com equipe sem experiência em saúde mental é interpretada como contradição secundária entre *sujeito* e *instrumento*, o que pode estar associada a perda do objeto, além do profissional ser solicitado a realizar ações para as quais não tem formação ou experiência, fato já apontado na literatura como desencadeador de possíveis situações de violência (GUDDE et al, 2015; ESTEBAN et al, 2016).

2014-2016

Entre 2014 e 2015 os vigilantes patrimoniais foram proibidos de auxiliar na contenção de pacientes, como faziam anteriormente. Essa era uma das formas de amenizar os riscos de sofrer agressão por parte dos pacientes que, de acordo com os profissionais, era considerada positiva, no entanto, com a proibição vinda de decisão superior ao serviço, novos problemas surgiram.

A mudança partiu da empresa e do gestor responsável pelo contrato entre empresa e HC, porém, com o objetivo de manter a segurança dos profissionais e devido às relações de amizade e empatia que os trabalhadores estabelecem, assim como os ajustes às variabilidades apresentadas na realização de suas tarefas, mesmo após a nova norma, os vigilantes continuaram agindo na contenção, no entanto, quando descobertos, eram punidos com realocação do posto de trabalho. Na época eram quatro vigilantes noturnos, hoje o serviço conta com apenas um neste período.

Em 2016, a divisão de setores que era definida por gênero, passou a ser por faixa etária. Desta forma, adultos e adolescentes passaram a ficar mais distantes. A mudança foi decidida por funcionários e direção, para evitar conflitos frequentes e foi considerada positiva. No entanto, distanciar adultos e adolescentes gerou a situação de criação de um setor em que raros profissionais querem trabalhar, devido aos conflitos que consideram estar associados ao cuidado com o adolescente. Segundo um dos entrevistados, todos os adolescentes são internados involuntariamente e administrar conflitos é algo frequente no setor. Trecho de entrevistas: *“As maiores agressões minhas foram com adolescentes. Adolescente dá muito trabalho. É uma tensão trabalhar com adolescente que você nem imagina. Quatro adolescentes dão mais trabalho do que vinte adultos”*.

Ainda em 2016, o cigarro que era permitido na quantidade de até cinco por dia, passou a ser proibido, para evitar os curtos circuitos provocados por pacientes com o intuito de gerar faísca e acender o cigarro fora do período permitido, além de evitar o comércio entre os pacientes que recebiam cigarros da família e os que não recebiam. Nesse caso, a oferta de cigarro era vista como método paliativo em relação ao vício dos pacientes. A mudança na norma do cigarro fez com que desencadeassem novos conflitos na relação entre pacientes e profissionais de saúde.

Análise:

Os vigilantes eram considerados sujeitos dentro do SA, uma vez que, assim como os demais profissionais, produziam ações orientadas ao objeto específico do SA. O resultado dessa nova regra impacta não só na sensação de insegurança por parte dos trabalhadores, pois o número de funcionários (*sujeito X objeto*) necessário para realizar a contenção era insuficiente (*instrumento X objeto*), mas também conflito de valores devido a aplicação de regras sobre os pacientes (*sujeito X regras*). Por outro lado, os vigilantes também são sujeitos ligados a outro Sistema de Atividade (terceirizado) que atua no serviço com outro objeto e que colaboravam com a equipe em situações de potencial violência. Essa ação sinaliza para ZDP no objeto de atividade do sistema estudado, com ambiguidade. Ao mesmo tempo que aponta para possibilidade de atuação colaborativa na abordagem do objeto de atividade o faz trazendo para o que deveria ser ação de cuidado, um profissional formado com lógica de lidar com desviantes, com delinquentes, com formação mais repressora e a age com a força e a ameaça. Essa possibilidade de ajuda trazia tranquilidade aos profissionais. As decisões de proibir a colaboração e de punir quem colabora sinalizam ZDP de não ampliação do objeto da atividade.

Decisões vindas de HC e empresa terceirizada sinalizam que a tomada de decisão em relação às regras do SA é de ordem superior, o que impacta diretamente no surgimento de novas contradições. Proibir e interditar a colaboração também é algo que vai contra a lógica da solidariedade e da colaboração que marca o desenvolvimento de relações sociais em grupos, que se afirma e se reconhece como tal. A decisão sinaliza para o impedimento do desenvolvimento de um coletivo de trabalho no SA.

Neste período, ajustes como a divisão de setores por gênero e faixa etária e modificação de regras eram acordados e definidos dentro do serviço, sem que houvesse a necessidade de comunicar a gestão do HC e Secretaria de Saúde do Estado, evidenciando aspectos de autonomia que o serviço possuía. Com a mudança na divisão de trabalho surge nova forma de

organização, no entanto ainda considerada simples para a complexidade da natureza do novo objeto (perfil do paciente).

A proibição do cigarro é vista como exemplo de que decisões e mudanças criam novos tipos de interações no sistema, que idealmente deveriam ser antecipadas, e monitoradas. Não foi possível definir exatamente quem e como foi decidido ou quais as razões subjacentes à decisão. Há aparentemente uma lógica de moralidade e autoritarismo na decisão, pois uma parte, os internos, é assumida como passiva, sem voz na decisão, permitindo antecipar que trará problemas. Como essas questões podem ser conduzidas de modo a minimizar reações? Essa decisão sinaliza a escolha de modelo de atenção disciplinador e que não reconhece usuário como portador de direitos (cidadão)?

2018-2020

Em 2018, a gestão do HC identificou problemas com relação ao registro de escalas e pontos, fazendo com que houvesse mudança na coordenação e organização da enfermagem, além dessa mudança, no mesmo ano, o serviço apresentou duas mudanças de gestão importantes, a primeira decorrente de mudança externa, devido à troca de secretário e coordenador estadual, os funcionários com vínculo do CMC foram substituídos por profissionais do HC e a segunda ocorreu na diretoria, com a entrada de dois novos diretores.

No ano de 2019 com implantação da nova gestão, o serviço passou por diversas mudanças. Os vínculos de profissionais passaram a ser exclusivamente do HC, a equipe de enfermagem passa a trabalhar em escala 12h por 36h, enquanto o restante da equipe de profissionais continua com a escala antiga, provocando divergência de opiniões e separação de grupos dentro do serviço.

Devido à mudança de escala, a equipe de enfermagem deixou de participar das assembleias e as decisões sobre regras deixaram de ser discutidas, passando a ser definidas pelos diretores. A decisão da gestão teve impacto na relação dos trabalhadores, que relataram sentir o serviço mais verticalizado em relação às tomadas de decisões e o surgimento de rivalidade entre equipes.

Em 2019, o serviço possuía 52 profissionais com vínculos que variam entre HC, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP), sendo 3 diretores, 4 auxiliares administrativos, 12 enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem, 5 assistentes sociais, 2 psicólogos, 2 terapeutas ocupacionais, 1 educador físico, 4 médicos clínicos gerais, 4 médicos psiquiatras, além de vigilantes contratados por meio de contrato entre empresa privada e HC.

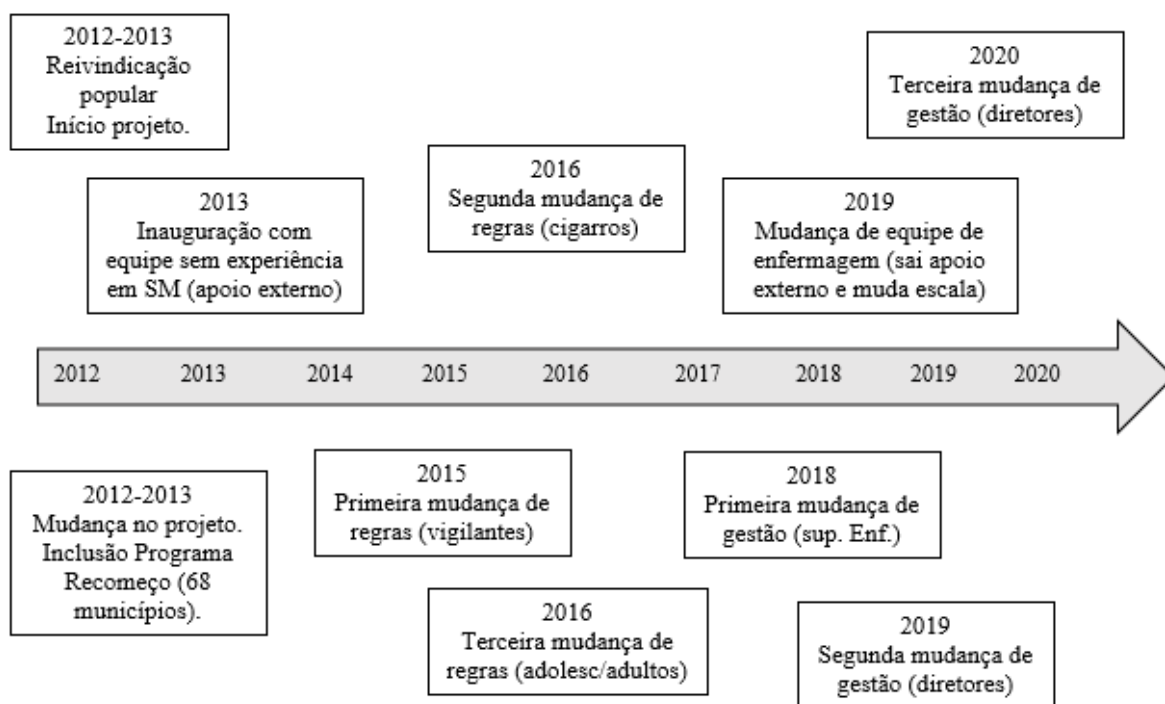
Análise:

Há hipótese de contradições secundárias entre todos os elementos, uma vez que a alteração na gestão reflete em mudanças de regras importantes na concepção do tratamento oferecido e na forma de desenvolver ações dos atores envolvidos na atividade. Com a mudança de um para três gestores, as equipes foram divididas e a possibilidade de existir diferentes concepções a respeito do cuidado oferecido foi vista como potencial desencadeador do conflito entre equipes, observado durante visita de campo. A insegurança por parte do trabalhador surge como possível desdobramento das contradições relacionadas ao evento de mudança de gestão, devido ao fato dos profissionais não saberem como agir em determinadas situações, pois as opiniões dos gestores divergem quanto às regras do serviço.

Até o início de 2019, o serviço possuía maior autonomia em relação às regras, que eram definidas em assembleias entre funcionários e pacientes em reunião multiprofissional. A partir de 2019, o serviço passou a seguir as regras e organização sob orientações do HC, fazendo com que o momento seja de adequação e definição de normas e políticas de serviços.

A seguir, por meio de representação gráfica de Linha do Tempo, são apresentadas as mudanças relatadas na narrativa (figura 4)

Figura 4 Linha do Tempo.



Fonte: Elaboração própria.

Os eventos de mudanças históricas ocorridas no serviço entre os anos de 2013 e 2020 são vistos como possíveis pontos de partida para a compreensão da origem dos problemas apresentados pelos trabalhadores.

No quadro 4 é apresentado o resumo dos eventos de mudança, os elementos em contradição e seus possíveis desdobramentos.

Quadro 4 Eventos de mudanças que podem ter modificado os elementos do Sistema de Atividade e seus possíveis desdobramentos.

Data	Evento	Contradições	Manifestação das contradições
2012-2013	Mudanças no projeto (ampliar o atendimento para outras regiões), inserção no Programa Recomeço	Sujeito X Objeto (Profissionais não aptos ao cuidado do paciente agressivo) Comunidade X Objeto (Famílias impedidas de visita ao paciente devido à distância) Instrumento X Objeto (Visitas não realizadas ao paciente como parte do tratamento)	1) Pacientes colaborativos e pacientes não colaborativos atendidos no mesmo local. 2) Pacientes de regiões afastadas não recebem visitas consideradas importantes como parte do tratamento
2013-2014	Inaugura com equipe sem experiência (apoio CMC)	Sujeito X Instrumento e Sujeito X Objeto (Profissionais não sabem como realizar as ações voltadas aos pacientes) Obs.: Neste caso a mesma situação refere-se à contradição primária em relação ao profissional não apto à realização de ações do seu trabalho e secundária em relação ao paciente não receber o atendimento adequado.	1) Riscos psicossociais para trabalhadores 2) Conflitos entre profissional e paciente (violência, AT)
2015	Vigilantes são proibidos de ajudar na contenção	Divisão de trabalho X Objeto (Vigilantes são considerados parte da divisão do trabalho quando realizam ações não voltadas ao paciente, porém seu papel no SA é instável) Sujeito X Regras (Vigilante que realiza ação	1) Conflitos entre equipes (relações sociais) 2) Riscos psicossociais em trabalhadores 3) Número de funcionários insuficiente para realizar a ação de contenção

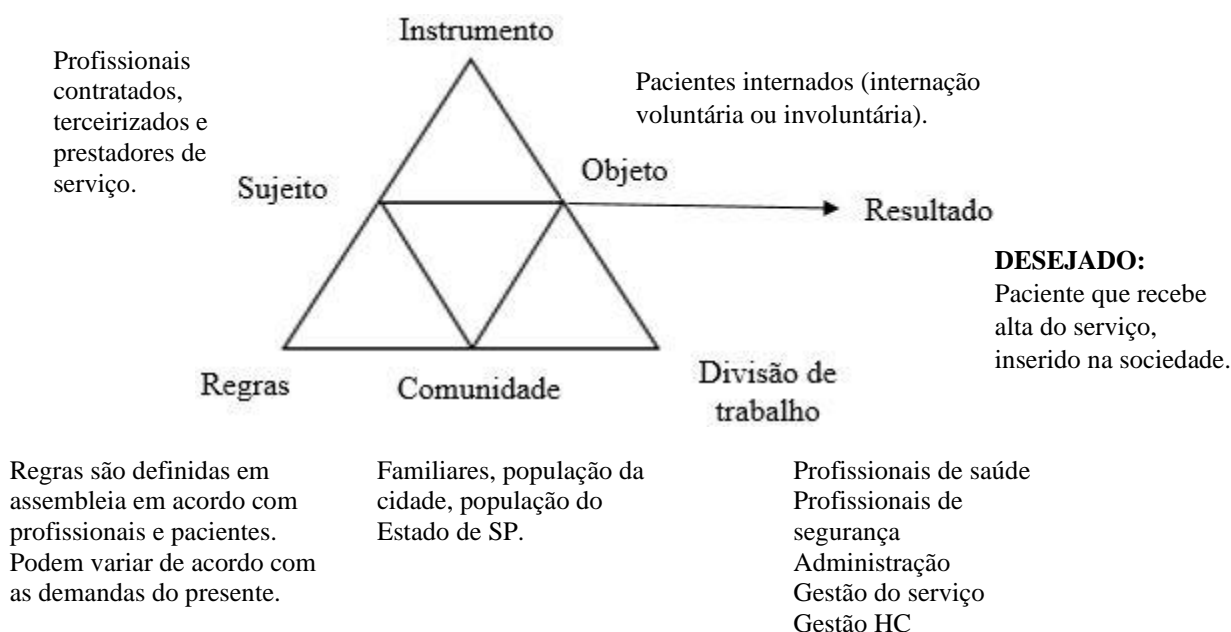
		<p>voltada ao paciente não está cumprindo a regra prescrita)</p> <p>Sujeito X Objeto (Quando os vigilantes deixam de ajudar na contenção, a ação fica prejudicada pelo número insuficiente)</p> <p>Instrumento X Objeto (Sem o número de pessoas suficiente, a técnica não é adequada ao paciente que necessita de contenção)</p>	
2016	Proibição do cigarro	<p>Instrumento X Objeto (Retira-se um dos instrumentos de controle do vício dos pacientes)</p> <p>Sujeito X Regras (Equipe de profissionais dividida em relação à nova regra, conflito de valores)</p>	<p>1) Divergência de opiniões entre equipe (conflito) 2) Pacientes menos colaborativos</p>
2016	Separa adulto de adolescente (aumentam distância entre as alas)	<p>Sujeito X Divisão de trabalho Sujeito X Objeto Instrumento X Objeto (Profissionais evitam trabalhar no setor específico por sentirem insegurança em relação ao paciente)</p>	<p>1) Cria-se setor indesejável pelos trabalhadores. Adolescente é visto como problema.</p>
2019	Entrada de dois novos gestores/diretores	<p>Divisão de trabalho X Regras (Divergência de opiniões em relação às regras entre novos gestores)</p> <p>Sujeito X Divisão de trabalho (Profissionais são divididos na forma de atuar de acordo com seu gestor específico)</p> <p>Sujeito X Regras (Enfermeiros deixam de participar das assembleias)</p> <p>Instrumento X Objeto (Profissional de referência fica comprometido devido à nova escala de enfermagem e paciente perde esse</p>	<p>1) Divergência de opinião entre diretores 2) Trabalhadores sem referência quanto às regras (qual seguir) 3) Mudança nas escalas dos enfermeiros 4) Conflito entre equipes 5) Profissional de referência fica comprometido</p>

		instrumento em seu tratamento)	
2020	Mudança diretor geral	Divisão de trabalho X Regras (Mudança frequente de gestores causa instabilidade de regras e insegurança)	1) Insegurança por parte dos trabalhadores

A hipótese do primeiro modelo de SA presente no serviço é a da visão de tratamento voltada ao *cuidado do paciente* que seria o previsto no projeto do serviço, antes de sua inauguração.

Figura 5 Hipótese SA antes de inauguração: *Cuidado do paciente*

Atividades terapêuticas (horta, artesanato, caminhada, etc.).
 Visitas familiares. Especialização em SM e Educação continuada. Profissional de referência. Clínica ampliada.
 Negociação. Contenção verbal. Contenção física (quando necessária)



Fonte: Adaptado de Engeström, 1987

No entanto, a mudança do perfil dos pacientes, provocou distúrbios no SA, que começaram a ameaçar a obtenção dos resultados desejados, no que é considerado na Teoria da Atividade Histórico-Cultural de “duplo impasse”, referindo-se ao fato de que os sujeitos se sentem de “mãos e pés atados” (ENGESTRÖM, 1987). As mudanças provocam desajustes e tensões entre os elementos do SA, conhecidas como contradições secundárias e as pessoas sentem que é preciso fazer algo a respeito, apesar de ainda não saberem o que exatamente.

Segundo dados de diário de campo, houve tentativa de ajuste dos instrumentos como, por exemplo, capacitação local e convite de profissionais da Secretaria de Estado para ministrar palestras e dinâmicas para os profissionais. No entanto, os ajustes eram considerados um trabalho exaustivo e de esforço da direção local não sendo suficientes para o desenvolvimento da atividade. As regras de visita e da composição da equipe (*sujeitos*) foram definidas baseadas em SA de outro serviço, sugerindo o aparecimento de contradição do tipo terciária onde os elementos do novo SA entram em conflito com os elementos de um antigo sistema (planejado).

A inserção do serviço em Programa do Governo do Estado de São Paulo fez com que houvesse alteração no perfil dos pacientes (judicializados) que seriam recebidos como previsto no projeto inicial e com a mudança do objeto do SA é esperado que ocorram alterações nos demais elementos, exigindo novas adaptações, a fim de evitar contradições secundárias, ou seja, conflitos entre os elementos do sistema (ENGESTRÖM; SANNINO, 2012). No entanto, não foi o que ocorreu, causando importantes perturbações no desenvolvimento das atividades.

Como apresentado, as mudanças ocorridas levaram à busca de soluções como, por exemplo, a proibição dos cigarros em 2016, adotada sem envolvimento dos internos. Porém consideramos essa mudança um simples ajuste no instrumento do SA. De acordo com a Teoria de Atividade apresentada por Engeström (1987), as soluções podem incluir um objeto mais expandido e, neste caso, o desafio do novo perfil do paciente parece exigir mudança no propósito da atividade (o objeto).

Importante registrar que a inclusão dos pacientes judicializados, além de mudar a natureza da clientela a ser atendida, também afeta a comunidade abrangida, impacta a divisão de trabalho e embute novas regras a serem consideradas. Sujeitos e instrumentos permaneceram intocados apesar de terem sido definidos para a população não judicializada. As novas demandas de formação, de competências requeridas para lidar com clientela mista, incluindo parcela com antecedentes criminais não ensejaram investimento em formação específica. No trabalho real as equipes procuram desenvolver novas estratégias e modos operatórios com possíveis reflexos em divisão do trabalho.

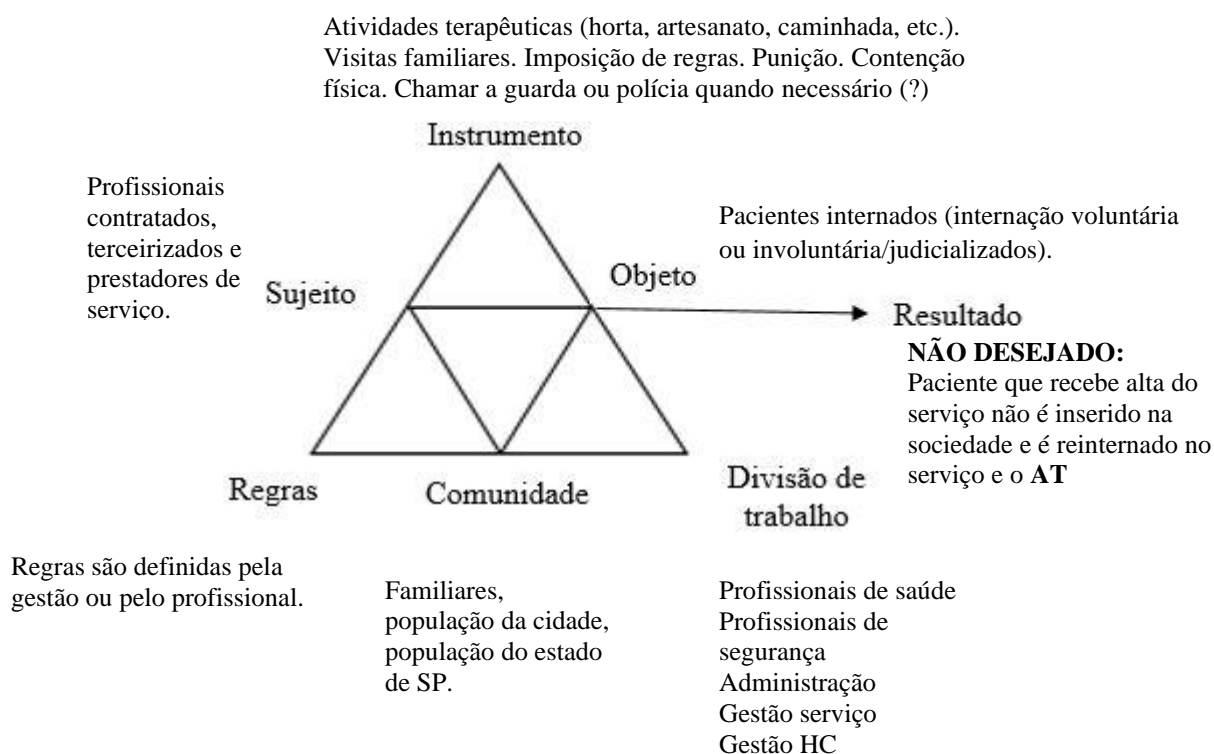
O território de cobertura definido para o serviço passou a incluir localidades distantes tornando ainda mais difícil a construção da rede de apoios que precisa participar no cuidado dos pacientes quando não estão internados. Isso tende a fragilizar a rede de cuidados necessária podendo contribuir para pioras na evolução da doença e necessidade de reinternações.

Como dito anteriormente, a hipótese é a de que existam dois Sistemas de Atividade no serviço. O primeiro e já apresentado, proposto inicialmente no projeto e o segundo, após adaptações em resposta às crises enfrentadas, em que o profissional (sujeito) não se identifica com o objeto, havendo frustração e possibilidade de reação violenta, caracterizada pela imposição de regras e punição.

A visão do que Goffman (1987) chamou de “Instituição Total” pode colaborar na compreensão e ajudar a ilustrar a forma como o segundo SA se desenvolveu no decorrer dos anos de atividade do serviço. O termo define essas instituições como estabelecimentos fechados com regime de internação, onde grupo de internados vive em tempo integral. A instituição funciona como local de residência, trabalho, lazer e espaço atividades específicas, que pode ser terapêutica, correcional e educativa. Essas instituições tendem a funcionar de modo clássico, ou seja, ultrapassado com relações de poder autoritárias, o que pode contribuir para a visão dos trabalhadores como um local onde há a necessidade da ação de imposição de poder pela sua estrutura, fazendo com que haja nos funcionários a ideia de autoridade no lugar de cuidado (BENELLI, 2004).

Na figura 6 apresentamos a hipótese do SA após a tentativa de ajustes ao novo objeto.

Figura 6 Hipótese SA com ajustes: *Disciplinar o paciente.*



Fonte: Adaptado de Engeström, 1987

Dependendo da formação e das ações desenvolvidas pelo profissional de saúde, cada um dos sujeitos terá uma concepção (individual) sobre o objeto. O profissional da área de psicologia poderá apresentar visão do objeto diferente do profissional de segurança patrimonial. Assim como a experiência do profissional de enfermagem é diferente do profissional das demais equipes, uma vez que a enfermagem lida com as ações voltadas para o cumprimento de rotina do serviço e imposição de regras de horários. Isso contraria abordagens que enfatizam a importância da formação de coletivos de trabalho, o desenvolvimento do espírito de equipe ancorado em relações de confiança e de colaboração necessários para lidar com situações ditas de incerteza e de imprevistos (CAROLY & BARCELLINI, 2016; ROGALSKI et al, 2002). Neste sentido teremos dois SA parcialmente compartilhados por dois profissionais do mesmo sistema. Quanto menos compartilhado, mais distante a noção de coletivo de trabalho, menor a colaboração e um dos desafios que é colocado nesta atividade é encontrar formas de integrar as duas visões, de constituir esse coletivo.

O fato de não ter havido investimento em capacitação profissional especializada pode contribuir para situação em que diferentes conceitos a respeito do paciente internado esteja presente.

Os dados coletados demonstraram que a política de cuidado do paciente do serviço de saúde mental foi criada, desenvolvida e aplicada, desde o seu início, com base nas políticas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. As estratégias coletivas desenvolvidas, incluindo as mudanças realizadas, foram realizadas na busca por atendimento humanizado que preconiza a participação da família no tratamento e autonomia do paciente. No entanto, do ponto de vista da formação de profissionais de saúde é importante destacar que o serviço possui equipes compostas por diferentes tipos de sujeitos, com diferentes tipos de formação e nenhum dos profissionais do serviço possui especialização na área de saúde mental, que inclui paciente com histórico de agressividade e internação involuntária e/ou compulsória.

Para aqueles profissionais considerados despreparados para a atuação em serviço de saúde mental, o desenvolvimento de suas funções em ambiente considerado inseguro, pode incluir ações punitivas que são vistas como uma alternativa de proteção pessoal.

De acordo com Makitalo (2005) a identificação do sujeito com seu objeto de trabalho está associada ao seu bem-estar, por outro lado, as perturbações ameaçam o bem-estar relacionado ao trabalho, aumentando o nível de demanda física e psicológica de trabalho.

Quando os atores que fazem parte do elemento sujeito do SA transformam o objeto, ocorre o “ciclo expansivo”, neste momento ocorre o que é chamado de “construção de um

novo motivo”, a partir daí a atividade já possui características mais desejáveis que o anterior (QUEROL et al., 2014). Essa é uma das possibilidades para promover a integração da visão compartilhada do objeto dentro do SA.

Segundo Makitalo (2005) o uso de intervenções é uma forma metodológica utilizada para testar hipóteses de desenvolvimento, criadas por análises históricas e atuais. Por meio de análises históricas (passado) é possível interpretar diversidades encontradas no momento atual e distinguir diferentes aspectos e formas inovadoras que coexistem no presente. Em segundo momento, o método propõe o desenvolvimento da fase atual e a visualização da próxima forma (futuro) de desenvolvimento da atividade. Essa etapa resulta em conteúdo importante para ser utilizado em futura intervenção envolvendo participantes do SA, promovendo a construção de um novo objeto (expandido) e conseqüentemente a necessidade de novos elementos e interações.

5.2. ACIDENTES DE TRABALHO ENVOLVENDO AGRESSÃO

5.2.1. Documentos e caracterização do AT

Entre 2015 e 2018 foram registrados 12 acidentes de trabalho envolvendo agressão no serviço em estudo. Desses acidentes, dois ocorreram no ano de 2015, quatro em 2016, cinco em 2017 e um em 2018.

De acordo com os dados obtidos (tabela 1), 100% dos profissionais que passaram pela experiência de AT envolvendo agressão são da área de enfermagem; 75% do sexo feminino e possuem em média sete anos de experiência na função. Os acidentes de trabalho ocorreram nos períodos da tarde (50%) e noite (50%), na presença de aproximadamente três funcionários.

Tabela 1 Caracterização dos AT envolvendo agressão entre 2015 e 2018

Ano	Análise	Tempo na função	Função	Sexo	Profissionais envolvidos no AT	Período	Acidente tipo
2015	Não	-	Enf.	Fem	-	-	Agressão pct
2015	Não	-	Téc. enf.	Fem	-	-	Queda do mesmo nível
2016	Sim	3 anos	Téc. enf.	Fem	5	noite	Chocou-se com pct
2016	Sim	4 anos	Enf.	Fem	1	tarde	Choque com a cama
2016	Sim	3 anos	Enf.	Masc	5	noite	Joelhada do paciente
2016	Sim	3,8 anos	Téc. enf.	Fem	4	tarde	Força excessiva?
2017	Sim	5 anos	Enf.	Fem	3	tarde	Soco e chute do pct
2017	sim	3,3 anos	Enf.	Masc	4	noite	Mordida do pct
2017	sim	18 anos	Téc. enf.	Fem	2	tarde	Soco e puxões do pct
2017	sim	17 anos	Téc. enf.	Fem	4	noite	Impacto com cadeira
2017	sim	6 anos	Enf.	Fem	3	tarde	Não diz
2018	sim	9 anos	Téc. enf.	Masc	1	tarde	Mordida do pct
-	-	aprox. 7 anos	100% enf.	75% fem	3	50/50	

*pct paciente

Dois dos acidentes de trabalho, referente ao ano de 2015 não foram analisados pelo SESMT, desta forma, recebemos 10 relatórios de AT para serem analisados, com o objetivo de encontrar pontos que poderiam sugerir os caminhos para a compreensão de aspectos de processo causal e consequências desses eventos.

5.2.2. Exploração de causas a partir dos relatórios de análise de acidentes de trabalho

A leitura dos relatórios de análises foi orientada por concepção de acidente que além de buscar consequências do evento, proximais e distais, também busca origens proximais e suas respectivas origens segundo modelo “causas das causas”. Embora não exista regra de parada para o processo de busca de causas, a abordagem deve buscar construir explicação baseada em rede de aspectos sociotécnicos em interação.

Consideramos que os relatórios das análises dos acidentes apresentam pontos a serem melhor investigados, pois surgem dúvidas sobre o que é esperado/habitual referente à tarefa realizada, assim como, quais as motivações dos participantes para realizar a ação descrita ou até quais os motivos de discussão entre pacientes. Os problemas no registro de acidentes se manifestam na análise dos dois eventos citados anteriormente, além do fato de somente serem registrados casos em que houve agressão física, excluindo outras formas incluídas em definições oficiais, cuja análise poderiam subsidiar a adoção de estratégias de prevenção.

Além dos resultados referentes à caracterização do AT envolvendo agressão no serviço, os relatórios de análise nos ofereceram dados, por meio dos trechos selecionados apresentados no quadro 5, que possibilitaram chegar aos resultados apresentados acima e elaborar perguntas que, se exploradas, podem oferecer importantes informações a respeito do acidente.

Quadro 5 Trechos de relatórios de análise de AT registrados pelo SESMT e pontos a serem explorados.

Ano	Trecho do relatório	Pontos que poderiam ser explorados
2016	<i>“(...) o paciente (G) apresentou sinais de agressividade por discutir com outro paciente (F), que imediatamente foram orientados a se acalmarem (...)”</i>	Quais os motivos da discussão entre os pacientes (origens da situação de agressividade)? Quais as estratégias habitualmente adotadas para acalmar o paciente?
2016	<i>“Um fator importante identificado foi que o tempo de resposta ao pedido de apoio da funcionária P. não foi rápido o suficiente.” “(...) a funcionária agiu só no procedimento de contenção física, executou o procedimento sem auxílio de outros profissionais.”</i>	Quais as razões que explicam que o tempo de tempo de resposta não tenha sido suficiente? Quem são e onde ficam as pessoas a quem caberia ajudar a servidora na contenção? Há histórico no serviço da mesma servidora ou colegas agindo sozinhos em situação similar? Caso sim, esclarecer as situações envolvidas. Quais as razões que explicam que a funcionária decida fazer sozinha procedimento cuja prescrição recomenda que seja feito coletivamente?

		Era possível ter auxílio de outros profissionais?
2016	<i>“E. (funcionária), que acompanhava os pacientes em suas atividades, realizou abordagem orientando para que os pacientes se recolhessem em seus dormitórios, o paciente G (agressor) não seguindo a orientação da profissional começou a ameaçar e a pronunciar palavras de baixo calão (...)”</i>	<p>Qual a origem e razões para a existência da regra? Sua aplicação foi pactuada com os internos? Como?</p> <p>Quem e como apresenta aos internos a regra em questão? Havia alguma mudança no dia da agressão?</p> <p>Em que consiste a avaliação preliminar nesses casos?</p> <p>O interno agressor era previamente reconhecido como potencialmente agressivo ao receber a ordem em questão? O que diz a norma em relação a variabilidades como a relatada?</p> <p>A atividade é previamente identificada como de risco.</p> <p>Em que consistem as regras, orientações e boas práticas quando o interno começa a ameaçar o trabalhador? Há registros de estratégias anteriormente adotadas que resolveram a situação sem que o trabalhador fosse agredido? Se sim, em que consistia?</p> <p>Há fatores reconhecidos como de sucesso ou insucesso ao lidar com esse tipo de situação?</p>
2016	<i>“No ato da contenção, sentiu dor em região lombar, devido à necessidade de força excessiva para segurar o paciente, pois a contenção foi realizada somente em quatro pessoas (...)”</i>	<p>Era possível realizar de outra forma?</p> <p>Caso exista, em que consiste o treinamento para a contenção física?</p> <p>Há aspectos específicos de prevenção de lombalgia na contenção?</p> <p>Quais as razões que levaram a equipe a decidir pelo uso da contenção física?</p> <p>Como é historicamente no serviço o manejo desse tipo de situação?</p> <p>Em que consiste o manejo nos casos em que não é necessário usar a contenção física?</p> <p>Houve tentativa de uso nesse caso? Se sim, quais as razões que explicam o insucesso no caso.</p>
2017	<i>“(...) O paciente deitou-se na cama para ser contido conforme o orientado, porém no mesmo instante levantou-se e foi na direção da equipe deferindo chutes e socos atingindo a funcionária na região do braço esquerdo. A funcionária mesmo sentindo dores continuou o</i>	<p>O paciente estava colaborativo?</p> <p>Paciente aceitou a contenção física?</p> <p>Existe orientação para, na presença de dores, não continuar?</p> <p>A funcionária tinha opção de interromper a tarefa?</p> <p>Em que consiste a tarefa de conter paciente no leito?</p>

	<i>trabalho (...)</i>	<p>A quem cabe realizá-la e como?</p> <p>Alguma mudança na atividade (em pessoas, tarefa, materiais e meios?)</p> <p>A atividade é previamente classificada como de risco? Se sim, que cuidados estão prescritos?</p> <p>Quais as razões pelas quais o interno seria contido no leito? Como havia se comportado até então?</p>
2017	<i>“O funcionário informou que a paciente estava internada aproximadamente há dois meses e não havia apresentado “sintomas de agressividade” (comportamentos agressivos) até a presente ocorrência. Entretanto com a chegada de paciente moradora da cidade tiveram início impasses, ela incitou as colegas internas a fugirem para casa de uma tia residente na cidade.”</i>	<p>Em que consistem? Como se deu a agressão?</p> <p>Qual o motivo da longa internação da paciente? (normalmente são 15 dias)</p> <p>As pacientes se conheciam antes da internação?</p> <p>Existe a possibilidade de manter distanciamento entre pacientes com conflitos externos?</p> <p>Os profissionais são capacitados a mediar conflitos entre pacientes?</p>
2017	<i>“O acidente envolvendo a funcionária ocorreu no refeitório de pacientes, quando um dos pacientes pegou uma das cadeiras para arremessar em outro paciente e para evitar a agressão a funcionária segurou a cadeira o que ocasionou lesão leve em região palmar (...) Para que a agressão de fato não ocorresse a funcionária segurou a cadeira e a tirou da mão da paciente evitando assim a agressão. Além disto a funcionária informou que as pacientes já estavam discutindo antes mesmo de entrarem no refeitório e que frequentemente discutiam.”</i>	<p>O acidente registrado como AT ocorreu durante a tentativa de agressão entre pacientes. Qual a orientação para esses casos?</p> <p>Existe protocolo para que os funcionários protejam os pacientes minimizando exposição ao risco?</p> <p>Qual o motivo das discussões entre os pacientes? Sabendo do conflito entre os pacientes, era possível ter evitado a permanência no mesmo ambiente?</p> <p>Quem e como concebeu os espaços?</p> <p>Mapear se essa condição de risco se repete no serviço para outros objetos.</p> <p>Em que consiste a gestão de conflitos entre internos no serviço, nos diferentes ambientes?</p> <p>Houve medidas anteriores buscando contornar a situação? Se sim, quais as razões que explicam seu fracasso?</p>
2017	<i>“No dia do ocorrido a funcionária se encontrava no refeitório junto com mais duas técnicas, acompanhando cerca de 20 pacientes para as realizações de suas refeições. Ao desobedecer à uma das regras da instituição, o paciente recebeu por uma das profissionais que estava no</i>	<p>Houve situações no passado em que o uso da medida disciplinar se deu sem escalada para agressão? Quais os fatores que explicam o sucesso no passado?</p> <p>Quais as razões que explicam o insucesso no uso da medida disciplinar na situação e local do acidente?</p> <p>A forma como a servidora usou a medida disciplinar tinha alguma</p>

	<p><i>local uma repreensão. Nesse momento o paciente se irritou e começou a proferir insultos e ameaças, a funcionária, observando que o paciente se alterava cada vez mais e que as demais funcionárias estavam sem reação (as funcionárias em questão, habitualmente não exercem suas funções no serviço e sim no Hospital Estadual), interveio junto as vigilantes, vendo que não havia conversa com o paciente agressivo e que ele estava cada vez mais alterado foi necessária a chamada da polícia militar, devido as ameaças e o histórico agressivo do paciente.”</i></p>	<p>diferença em relação a outras estratégias usadas com sucesso no passado? Se sim, qual? Quais as origens dessa diferença?</p> <p>E o manejo da situação de ameaças verbais? Em que consiste? As estratégias e modos operatórios (EMO) usados foram diferentes dos usos que controlaram a situação no passado?</p> <p>Como os antecedentes do interno influenciaram nesse caso? Havia histórico de agressividade?</p> <p>Qual a quantidade ideal de funcionários por paciente para a realização da tarefa?</p> <p>Qual foi a regra desobedecida pelo paciente?</p> <p>Era possível negociação?</p> <p>O que era esperado que as demais funcionárias fizessem?</p> <p>Houve orientação/capacitação para as funcionárias (que são de outro serviço)?</p> <p>Existe orientação para chamar a polícia militar? Em qual situação?</p> <p>Qual o histórico do paciente? Trata-se de histórico dentro do serviço ou anterior? A internação é compulsória?</p>
2018	<p><i>“O acidente aconteceu na área externa da unidade, o funcionário havia saído da unidade para ir atrás de uma paciente em fuga, a mesma realizou a fuga pela portaria principal da unidade e foi em direção a saída do Hospital Psiquiátrico vizinho, quando o funcionário a encontrou, o funcionário por sua vez a abordou calmamente e a convenceu a retornar para unidade, a paciente acatou a ordem do profissional e começou a caminhar em direção unidade (o funcionário a segurava pelo braço), de repente a mesma começou a ficar agitada e a mencionar que não queria ficar restrita e então neste momento se virou, pegou o braço esquerdo do funcionário (braço com que segurava a paciente), segurou e o mordeu, logo após a mordedura a paciente iniciou novamente a fuga,</i></p>	<p>Tarefa: resgatar interno em fuga.</p> <p>Em que consiste? Quais estratégias e modos operatórios (EMO) recomendadas?</p> <p>Já foi realizada antes com sucesso?</p> <p>Quais as razões do sucesso no passado e do insucesso na situação do AT?</p> <p>Quais as variabilidades mais comuns e como são solucionadas?</p> <p>Quais as barreiras existentes no sistema para evitar as fugas?</p> <p>Quais as razões que explicam as falhas dessas barreiras na situação?</p> <p>Quais os motivos para que a contenção física do paciente fosse feita apenas por um servidor?</p> <p>Os funcionários são orientados a sair em busca dos pacientes que fogem do serviço?</p> <p>Quantos funcionários devem sair a procura do paciente?</p> <p>Em que situação ocorreu a fuga da paciente? Se existem barreiras físicas, como catracas travadas, o que</p>

<i>porém o funcionário conseguiu alcançá-la e a segurou até a chegada dos outros colegas para a realização da contenção física.”</i>	aconteceu para não funcionar? Como foi feita a negociação? Quando tempo durou para que os demais funcionários chegassem?
--	--

Apesar de superficiais, as análises apresentam indicativos de caminhos para seu aprofundamento e ajudam a identificar que há variedade de atividades locais em que ocorrem as agressões. A contenção física ressalta como de grande risco, com agressões em fase preparatória envolvendo mudança de comportamento de interno que parecia aceitar o procedimento sem reação e também durante tentativa de contenção realizada por um só trabalhador ou por grupo. Chamam a atenção casos ocorridos durante intervenções de iniciativa da vítima em ajuda a colega que estava sob ameaça ou agressão ou visando a acalmar disputa entre internos que estavam em vias de entrar em luta corporal.

Nesses casos, ressalta como dificuldade o fato de agressão acontecer no curso de ação que é sabidamente de alto risco para agressões: contenção e controle de briga. Há um caso de mudança de comportamento inicialmente colaborativo, mas que também se dá antecedendo contenção física que se sabe não contar com boa aceitação quem “recebe” a ação. Em outro caso, a decisão de intervir sozinho se deu em face de demora na chegada da ajuda solicitada. Nesses exemplos, não houve antecipação que permitisse ação preventiva precoce minimizando as chances de conflito iminente, ou de evolução até a decisão de uso da contenção física.

Importante destacar que estratégias de evitação de agressões envolvendo uso de dispositivos capazes de provocar lesões mais graves foram identificadas no serviço. Ao relatar o preparo de atividades de jardinagem, em que o interno trabalha com ferramentas manuais cortantes, um dos integrantes da equipe informou selecionar participantes, encaminhando para outras atividades os internos com histórico conhecido de agressividade e ou de disputas com outro interno selecionado: *“A horta é uma terapia muito legal. Quem vai pra horta geralmente já são pacientes mais tranquilos”*.

Em alguns casos merece destaque o fato de a agressividade do cliente manifestar-se quando o profissional age, por exemplo, repreendendo-o numa situação em que visa a que ele fizesse algo contrário à sua (paciente) vontade, situação de imposição de regra ou medida disciplinadora. Tratam-se de situações já apontadas na literatura como potencialmente desencadeadoras de conflitos e para as quais a gestão antecipada de riscos deveria prever abordagem e estratégias que minimizassem esses riscos (BULGARI et al, 2018).

5.2.3. Análise de conteúdo com categorias de riscos psicossociais

As informações coletadas serviram como caminho para a elaboração de entrevista semiestruturada e seleção de participantes a serem entrevistados.

No quadro 6, estão os resultados da entrevista coletiva, após análise de conteúdo das falas dos funcionários do serviço e sua relação com as categorias de riscos psicossociais de Gollac e Bodier (2011).

Quadro 6 Categorias da entrevista coletiva em maio de 2019.

Fala dos profissionais:	Categoria emergida	Categoria Riscos Psicossociais (GOLLAC e BODIER, 2011)
<i>“nos sentimos inseguros aqui”</i>	Insação (pedido de ajuda)	Insegurança no trabalho.
<i>“o paciente tem mais voz do que os funcionários”</i>	Falta de reconhecimento e/ou acolhimento	Má qualidade das relações sociais no trabalho
<i>“as regras são o problema, como por exemplo a do refeitório, eu nem sigo mais”</i>	Divergência de opinião em relação ao instrumento de trabalho	Conflito de valores
<i>“pra mim tinha que funcionar igual o exército”</i>	Divergência de opinião em relação ao instrumento de trabalho	Conflito de valores
<i>“a carga emocional é muito alta”</i>	Insação (sobrecarga de trabalho)	Exigências emocionais
<i>“o grupo do ‘bom dia’ não funciona” (é um grupo em que as regras são explicadas aos pacientes)</i>	Divergência de opinião em relação ao instrumento de trabalho	Frustração
<i>“querem imputar coisas ao paciente, querem ‘curar’ eles, e ele não quer, tem que tirar essa ideia da cabeça das pessoas (diretores)”</i>	Divergência de opinião em relação ao instrumento de trabalho	Conflito de valores
<i>“a política de redução de danos não funciona”</i>	Divergência de opinião em relação ao instrumento de trabalho	Frustração Autonomia insuficiente
<i>“perde a motivação do trabalho”</i>	Insação (queixa)	Frustração
<i>“os funcionários não são respeitados (pela gestão)”</i>	Falta de reconhecimento e/ou acolhimento	Má qualidade das relações sociais no trabalho
<i>“aqui tem vezes que o paciente vem, fica 15 ou 20 dias, sai e depois de 2 dias</i>	Divergência de opinião em relação ao instrumento de trabalho (resultado não	Frustração

<i>está de volta, o que adianta?"</i>	alcançado, instrumentos insuficientes, depende de apoio externo, rede que irá receber paciente após internação)	
<i>"as regras variam, ora pode ora não pode, vai da cabeça das pessoas (diretores)"</i>	Divergência de opinião em relação ao instrumento de trabalho	Frustração Má qualidade das relações sociais no trabalho Autonomia insuficiente
<i>"foi uma delícia trabalhar com a guarda municipal, eles se comportavam que era uma beleza, ninguém xingava, fazia tudo certinho, precisa de mais segurança aqui, pelo menos um em cada ala"</i>	Divergência de opinião em relação ao instrumento de trabalho	Conflito de valores
<i>"ou então poder andar armado, ou pelo menos spray de pimenta"</i>	Divergência de opinião em relação ao instrumento de trabalho	Conflito de valores
<i>"dar alta a gente não pode, leva bronca se der alta"</i>	Divergência de opinião em relação ao instrumento de trabalho	Conflito de valores Autonomia insuficiente
<i>"autonomia, quem está na linha de frente, não tem"</i>	Divergência de opinião em relação ao instrumento de trabalho	Conflito de valores Autonomia insuficiente
<i>"o psiquiatra perguntou se eu queria licença médica, mas eu perco meu benefício, aí não dá, tenho as contas pra pagar"</i>	Divergência de opinião em relação ao instrumento de trabalho Insatisfação (queixa)	Intensidade do trabalho e do tempo de trabalho Autonomia insuficiente Conflito de valores Outros (direitos)
<i>"aqui não tem regra de abordagem, é tudo com 'humanização' (?)"</i>	Divergência de opinião em relação ao instrumento de trabalho	Conflito de valores Autonomia insuficiente
<i>"a maioria gosta de trabalhar aqui, mas as pessoas estão adoecendo"</i>	Insatisfação (pedido de ajuda, ambiguidade)	Exigências emocionais
<i>"eu já falei pra ela (colega ao lado) tem que abstrair, fingir demência"</i>	Insatisfação (queixa)	Exigências emocionais Conflito de valores
<i>"o profissional não é respeitado, a equipe fica fragilizada"</i>	Falta de reconhecimento e/ou acolhimento.	Má qualidade das relações sociais no trabalho
<i>"protocolo pós agressão não tem, não tem acolhimento, nem apoio"</i>	Falta de reconhecimento e/ou acolhimento	Má qualidade das relações sociais no trabalho
<i>"a gestão não tem preparo"</i>	Falta de reconhecimento	Má qualidade das

<i>para lidar com o acolhimento do funcionário</i>	e/ou acolhimento	relações sociais no trabalho
<i>“a direção barra a notificação”</i>	Falta de reconhecimento e/ou acolhimento	Má qualidade das relações sociais no trabalho

Observamos insatisfação presente na maioria das falas, associadas ou não às outras duas categorias, no entanto, essa categoria foi criada para sinalizar insatisfações de diversas ordens, indicando pedido de ajuda, como em:

“a maioria gosta de trabalhar aqui, mas as pessoas estão adoecendo”

E queixas relacionadas a estratégia de defesa, como no exemplo a seguir:

“eu já falei pra ela (colega ao lado) tem que abstrair, fingir demência”.

Durante a entrevista, o grupo apresentou disponibilidade ao diálogo, houve conflito e divergência de opiniões entre os profissionais. A reunião durou aproximadamente duas horas e foi considerada positiva por cumprir com o objetivo de apresentar o projeto de estudo a ser desenvolvido no serviço, coletar os primeiros dados referentes às percepções dos trabalhadores em relação a acidentes de trabalho envolvendo agressão e estabelecer vínculo com os profissionais, que se apropriaram da proposta e colaboraram com suas falas.

A reunião ocorreu sem a presença de qualquer supervisor ou diretor do serviço, o que contribuiu para que as falas ocorressem de forma espontânea e livre de maiores constrangimentos, com podemos observar nas falas a seguir:

“querem imputar coisas ao paciente, querem ‘curar’ eles, e ele não quer, tem que tirar essa ideia da cabeça das pessoas (diretores)”;

“dar alta a gente não pode, leva bronca se der alta”.

As categorias surgidas indicam caminhos que apontam para problemas relacionados principalmente à capacitação profissional, instrumentos de trabalho, relações de trabalho e falta de motivação/sentido na ação.

Os profissionais se queixam de não saber como desenvolver abordagem para obter sucesso na ação realizada, demonstrando insatisfação sobre a forma como a orientação é dada ao utilizar o termo humanização, indicando falta de sentido da palavra:

“aqui não tem regra de abordagem, é tudo com ‘humanização’ (?)”

Além de buscar a solução dos problemas na utilização de instrumentos de trabalho não compatíveis com a profissão:

“...ou então poder andar armado, ou pelo menos spray de pimenta”.

Falas referente às relações de trabalho são consideradas pedidos de ajuda e podem estar associadas às consequências distais do AT envolvendo agressão:

“a gestão não tem preparo para lidar com o acolhimento do funcionário”.

O último fator observado foi a falta de motivação/sentido na ação que pode representar origens de causas distais e sugerem razões de trabalhadores desenvolverem ações não compatíveis com as esperadas para a sua profissão:

“as regras são o problema, como por exemplo a do refeitório, eu nem sigo mais”;

“perde a motivação do trabalho”;

“aqui tem vezes que o paciente vem, fica 15 ou 20 dias, sai e depois de 2 dias está de volta, o que adianta?”

Na terceira coluna do quadro apresentamos as categorias referente aos riscos psicossociais segundo *“Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maitriser”*, são elas: “Intensidade do trabalho e do tempo de trabalho”, “Exigências emocionais”, “Autonomia insuficiente”, “Má qualidade das relações sociais no trabalho”, “Conflitos de valores”, “Insegurança (falta de segurança) da situação de trabalho. Além de outras 3 categorias adicionadas (Insegurança no trabalho, Frustração e Outros)

As falas dos profissionais demonstram maior ênfase (10 ocorrências) na categoria “Conflito de valores”, seguida por “Má relações sociais de trabalho” (7 ocorrências). A categoria “Autonomia insuficiente” e “Frustração” aparecem 6 vezes e “Exigências emocionais” 3. Por último estão as categorias: “Insegurança no trabalho”, “Insegurança (falta de segurança) da situação de trabalho” e “Outros”, com 1 ocorrência cada.

Como apresentado anteriormente, as categorias “Insegurança no trabalho”, “Insegurança (falta de segurança) da situação de trabalho” divergem, pois a primeira refere-se às situações de ameaça física ou psicológica e a segunda está relacionada a condições socioeconômicas do trabalho.

Podemos atribuir a baixa ocorrência da categoria “Insegurança no trabalho” a pelo menos dois fatores. O primeiro refere-se ao fato de ter apresentado o projeto de pesquisa anteriormente, fazendo com que os trabalhadores direcionassem suas falas ao tema violência. O segundo, a possibilidade dos funcionários atribuírem a falta de segurança como condição natural de sua atividade de trabalho.

A segunda categoria mais citada, “Má qualidade das relações sociais no trabalho”, é considerada uma das possíveis causas distais e aponta sinais de causa sistêmica em relação aos acidentes de trabalho envolvendo agressão. As relações sociais de trabalho incluem

relações com colegas, relações com hierarquia, remuneração, perspectiva de carreira, adequação da tarefa. As patologias das relações sociais devem ser levadas em consideração.

“Conflito de valores” e “Exigências Emocionais” estão relacionadas ao sofrimento ético pelo fato de que o trabalhador deve realizar tarefas que não estão de acordo com sua consciência profissional e à necessidade de regular suas próprias emoções para lidar com as emoções do paciente, respectivamente.

A entrevista em grupo ocorreu no início do ano de 2019 e durante o ano foram realizadas visitas para coleta de dados sobre o serviço. As visitas frequentes possibilitaram estreitar o vínculo com os profissionais, o que colaborou para que as entrevistas individuais trouxessem quantidade e qualidade de detalhes referente ao tema agressão. É importante dizer que a proximidade com os profissionais fez com que as informações a respeito de suas atividades habituais fossem apresentadas com menor detalhes na entrevista individual, o que pode ser interpretado, de forma equivocada, como algo negativo, porém isso ocorreu devido ao fato de os entrevistados considerarem que a entrevistadora conhecia o serviço, a ponto de não ser necessário explicar suas rotinas com riqueza de detalhes.

O foco da entrevista foi a compreensão do evento de acidente de trabalho envolvendo agressão e como dito, foi alcançado.

Foram entrevistados 12 profissionais, sendo dez da equipe de enfermagem e dois da equipe multidisciplinar. Importante ressaltar que os enfermeiros fazem parte do que se considera equipe multidisciplinar, no entanto essa é a forma como o serviço distingue e organiza as equipes em suas atividades.

Os profissionais entrevistados possuem em média 10 anos de tempo de formação e quatro anos e meio de trabalho no serviço. Nenhum dos profissionais possui formação em saúde mental. Todos eles passaram por experiência de agressão verbal e cinco por agressão física. As entrevistas tiveram duração de no mínimo 00:12:40 e no máximo 00:52:30 com média de 29 minutos (quadro 7).

Quadro 7 Características dos profissionais entrevistados.

Nº	Equipe	Função	Sexo	Tempo Função	Tempo serviço	Formação SM	Sofreu Agressão
1	Enf	Enf Res	Fem	6 meses	5 semanas	Não	Verbal
2	Enf	Enf	Fem	5 anos	5 anos	Não	Física e verbal
3	Enf	Enf	Mas	11 anos	6 anos	Não	Física e verbal
4	Enf	Téc Enf	Mas	9 anos	5 anos	Não	Física e verbal
5	Enf	Téc Enf	Fem	11 anos	6 anos	Não	Verbal
6	Enf	Enf	Fem	5 anos	5 anos	Não	Verbal

7	Enf	Téc Enf	Mas	13 anos	6 anos	Não	Verbal
8	Enf	Téc Enf	Fem	16 anos	6 anos	Não	Verbal
9	Enf	Enf	Fem	20 anos	3 anos	Não	Verbal
10	Enf	Enf	Fem	20 anos	3 anos	Não	Física e verbal
11	Multi	As. Soc	Fem	6 anos	6 anos	Não	Verbal
12	Multi	Ed. Fís	Mas	7 anos	4 anos	Não	Física e verbal

5.2.4. Estratégias de prevenção e possíveis disparadores de acidentes de trabalho envolvendo agressão

As 12 entrevistas, transcritas e analisadas a partir da criação de duas categorias, com base no referencial teórico da Ergonomia da Atividade (ASSUNÇÃO & LIMA, 2001), utilizado no MAPA, foram organizadas em subcategorias (ações) e estão apresentadas a seguir.

Foram encontradas como **Estratégia de Prevenção** as seguintes ações: “Respeito à autonomia do paciente”, “Negociação”, “Antecipação”, “Colaboração”, “Imposição de autoridade”.

Como “respeito à autonomia do paciente” foram consideradas ações que promovem o diálogo e a escuta dos pacientes, respeitando suas escolhas em relação às atividades que precisam ser desenvolvidas durante o período de internação. Exemplos dessas atitudes podem ser observadas nas falas a seguir:

“Eu acho assim, se elas não quisessem ir é uma questão de autonomia, sabe?” (nº 1)

“Ele pediu a alta e também a equipe já deu a alta sabe? O médico conversou e falou “olha ele não quer mais o tratamento e foi embora...” (nº 2)

A ação nomeada “negociação” foi encontrada nas falas que demonstram a importância do diálogo com o paciente e a pactuação de regras que servem como condições para que a atividade proposta seja desenvolvida, enfatizando o interesse comum de ambos, ou seja, o sucesso da realização da tarefa de forma positiva para profissional e paciente.

“Eu faço uma roda antes, antes de começar, explico as regrinhas todinhas pra eles, mostro pra eles que ao menor sinal... que a gente fala assim: “aqui é tolerância zero a violência” e aí explico pra todos eles: “ao menor sinal, para tudo (nº 3)

“Tentando conversar com ele” (nº 4)

“Eu acho que é muito na conversa né? A conversa, é a forma de você falar com o outro também né? Porque se for levar tudo a ferro e fogo você ser do mesmo nível deles.”

Ainda como ação de negociação encontramos a intenção dos profissionais em orientar o paciente sobre o que vai acontecer no período de internação:

“E eu penso assim, o paciente chega no lugar onde alguns não conhecem o lugar, não sabe o que é o tratamento, não sabe como vai ser. Foi para o hospital, vem para cá. Então assim tá totalmente perdido. A gente tira toda a roupa dele, a gente coloca nossa roupa a gente tira todas as características dele né? E aí fala: “agora você vai viver assim” e já solta um monte de regra. Ele não vai conseguir digerir tudo isso, não vai conseguir absorver. Então o que eu coloco para todos os pacientes que eu interno aqui a gente tem regras, a gente tem horário para tudo. Tem limites. Só que aos poucos eu vou te... eu vou te orientando.” (nº 6). A fala mostra que o entrevistado tem consciência de dificuldades impostas ao interno pelo ambiente de regras e de retirada de sua autonomia na instituição. Ele inicia sua fala se colocando no lugar do outro. Mas, na ausência de política que estabeleça outro caminho, a alternativa buscada pelo trabalhador é comportamento de “orientador” em que a participação atribuída ao interno ainda é de submissão.

Criação de vínculo com o paciente também foi considerada estratégia de negociação:

“A gente tenta ser amiga deles, essa é a (risos) sabe? Porque a gente sabe se der de frente não vai dar bom. E às vezes funciona. Eu jogo baralho com eles e a maioria das vezes funciona.” (nº 10)

“Eu tenho um bom vínculo com eles, então os próprios pacientes me ajudam quando estão em alguma situação, entendeu?” (nº 12)

A estratégia de negociação ainda contempla a consciência do profissional de que cada situação possui sua particularidade e que não é possível estabelecer forma específica e definitiva para obter o sucesso no atendimento.

“Não existe uma fórmula mágica estratégica para isso, né? Eu acho que é de cada um mesmo. Eu falo que a conversa em todos os sentidos, eu acho que quando tem um diálogo fica mais fácil. Agora quando isso vai se perdendo ao longo.” (nº 11).

As estratégias citadas se destacam por serem individuais embutindo mobilização de competências relacionais, com componentes cognitivos e afetivos. Merece destaque o recurso ao jogo de baralho como estratégia de construção de vínculo que também pode ser vista como potencial antecipador no que se refere à prevenção de conflitos. O mesmo se pode dizer do recurso ao diálogo.

Foram consideradas ações de “antecipação” situações em que o profissional desenvolveu ação anterior à que poderia ser considerada de risco. Uma das situações de

antecipação observada foi o troca de informações entre os profissionais sobre o comportamento dos pacientes:

“Lembrando que antes da atividade acontecer eu tenho uma prévia conversa com a equipe da enfermagem para saber, né? A questão de saúde, se tem algum risco, né? Enfim, de fuga ou alguma coisa e se tiver tudo bem, aí a gente dá continuidade à atividade.” (nº 12)

Buscar informações sobre o histórico do paciente foi considerado ação de antecipação ancorada na colaboração, aqui já se evidencia a dimensão coletiva na estratégia:

“Se a gente tem um paciente que a gente sabe que tem algum histórico, que a gente sabe que tem propensão pra agressividade, a gente nem leva. Eu procuro não levar” (nº 3)

“Assim eu procuro observar primeiro paciente sabe? Se você ver que ele tá vindo também de problemas anteriores que está agitado, se ele tá agitado, aí a gente não vai. Se a gente tá percebendo o comportamento dele que não tá legal, não dá para a gente dar uma gilete na mão dele.” (nº 4)

Abandonar o posto de trabalho no momento em que está ocorrendo situação de possível conflito foi outra estratégia considerada como antecipação:

“A estratégia que eu tenho é sair de perto. Não vou ficar apanhando de paciente né?” (nº 5)

“Com tempo a gente usa umas proteções, eu uso. Todo mundo usa. Tipo assim eu vejo que a pessoa vai surtar, que ela começa a provocar, provocar... aí eu saio. Eu vejo, eu saio, mas só que as vezes não dá tempo.” (nº 10)

A fala revela o uso de saberes adquiridos, no caso, de reconhecimento da leitura corporal do interno. “vejo que a pessoa vai surtar, que ela começa a provocar” e eventuais limites do uso desses saberes “às vezes não dá tempo”. Um dos caminhos a serem discutidos para a prevenção nesse tipo de situações pode se ancorar na exploração desses saberes. O que a trabalhadora vê no comportamento do outro que lhe permite antecipar que ele vai surtar? Há algo que possa ser feito de modo a facilitar o uso desses saberes? Solicitar relatos de situações em que essas estratégias foram usadas com sucesso e com insucesso pode ajudar nesse sentido.

Também é o caso de pedir para ser transferido de setor, caso tenha ocorrido conflito entre profissional e paciente, até que o paciente receba alta:

“Já mudei ontem. Então, ontem a hora que eu vi que ela ia me bater mesmo, daí eu já pedi para me trocar com a colega. Daí quando chega outro, eles têm esse movimento. Aí mudei e fui para o setor adolescente. A gente tenta se proteger dessa forma e tipo assim

acontece as vezes de eu ligar para uma enfermeira e dizer: “olha aquele paciente seu foi para a UD (unidade de desintoxicação), eu assumo lá e você assume aqui (nº 10)

As ações realizadas com o auxílio de equipe profissional, sejam as de práticas de execução que necessitem de mais de uma pessoa ou simples presença de outro profissional, foram consideradas estratégia de “colaboração”. Essa estratégia também é uma forma de antecipação, no entanto, optamos por diferenciá-la devido ao fato de maior ocorrência:

“Daí quando ele fica inquieto e quer ficar saindo dali já mostra que ele não tá bem (...) Aí a abordagem desse paciente já é diferente. Sempre estar com mais um pra qualquer outra coisa que venha acontecer.” (nº 7)

“Dependendo do paciente, eles já... Você falou de regras, pronto, ele já vai em cima de você. “A porque aqui não pode fazer nada, não sei o que lá.” Então, eles... Numa situação dessa então a gente chama o enfermeiro, né? Ou se a coisa ficar mais assim, a gente chama o restante da equipe e tenta intervir.” (nº 8)

“É. Tem que chamar pra conversar em um momento em que ele esteja alterado. Isso acaba normalmente, a gente pede principalmente pra outro profissional ir junto, nunca sozinho, nunca.” (nº 9)

“Aí eu fico, é, monitorando né? Para poder tirar a contenção. Na hora que ele dorme a gente tira e a hora que ele acorda a gente chama mais alguém pra ir conversar junto pra ver se já dá pra conversar, se ele já tem escuta” (nº 10).

As falas mostram que a adoção de estratégias preventivas é amplamente ancorada nos saberes acumulados, no reconhecimento de que o interno “não está bem”, no recurso à colaboração “sempre estar com mais um”, na evitação de práticas sabidamente menos aceitas, como as regras do serviço. Aqui vale destacar nova referência à percepção dos trabalhadores de que as regras do serviço são fonte de insatisfação para os internos e que, por isso mesmo devam ser evitadas. O potencial preventivo dessas estratégias mostra limites e eles se relacionam com a presença no serviço

Da última ação também categorizada como estratégia de prevenção, a saber, a “imposição de autoridade”, que foi usada em situações que os profissionais relataram não ter outra alternativa a não ser solicitar ajuda externa ao serviço:

“E agora o número de funcionários diminuiu muito. A gente não tem feito mais contenção só nós, a não ser que não tenha jeito, né? Mas a gente tem chamado a polícia né? Pra vim fazer. Aí o paciente abaixa a bola né? Principalmente quando é ex-presidiário” (nº 3)

“Aí foi chamada guarda, aí quando a guarda municipal chegou aqui... Ah eu gostei, primeiro chegou a enfermeira, chamou a guarda, a guarda veio ela pediu para que eles entrassem na enfermaria, eles não acataram, aí quando a guarda chegou aí eles: “ah mas o que que tá acontecendo?” meio que tudo dissimulado, sabe?” (nº 4).

A estratégia de negociação com o paciente foi a que mais apareceu entre as falas dos profissionais e foi caracterizada por: pactuação de regras, acalmar o paciente, criar vínculo e explicar os motivos das regras, fazendo com que ele seja parte do seu tratamento e se torne colaborativo.

A negociação pode estar associada a estratégia de respeito à autonomia do paciente, no entanto a subcategoria específica ao respeito à autonomia, também é citada em situação em que as regras do serviço não são cumpridas em detrimento da vontade do paciente. A ação pode indicar futuros problemas em relação à organização do trabalho no serviço.

O respeito à autonomia do paciente também foi identificado como resultado de ameaça realizada por paciente, o que já seria considerado o início de agressão, no entanto, com estratégia bem sucedida de prevenção à agressão física.

A relação entre respeito à autonomia do paciente, regras do serviço e o recurso à participação de atores como polícia e guarda municipal é, no mínimo, de conflitos. Se a entrada da polícia e da guarda municipal sinalizam contração potencial do objeto do Sistema de Atividade suas implicações ainda precisam ser melhor avaliadas.

A ação de antecipação em que o profissional abandona o posto de trabalho pela possibilidade de sofrer agressão sugere que o serviço tenha que se organizar para suprir a ausência do funcionário, indicando desafios em relação à organização do trabalho. A solicitação de ajuda de outro profissional também pode acarretar o mesmo tipo de desafio, já que o profissional que é solicitado para ajudar precisa se ausentar de sua ação para participar de outra intervenção. No relato fica evidente que o serviço oferece margem de manobra para a agência do profissional, mas ficam por esclarecer os impactos de sua decisão no funcionamento da instituição.

Importante lembrar que nos relatórios de acidente de trabalho, assim como nas entrevistas individuais, existe a informação de que o número de funcionários do serviço é menor do que o considerado ideal para a realização de suas atividades.

Como *Possível Disparador* de AT envolvendo agressão foram criadas duas categorias “ações individuais” e “condições do serviço”. A primeira foi usada para demonstrar situações em que o profissional realiza a tarefa com base em suas concepções a respeito de como

desenvolver seu trabalho sem orientação ou referência de sucesso e sinaliza dúvidas sobre a forma de agir, assim como concepções estigmatizantes em relação ao paciente.

Na fala a seguir observamos que o profissional reflete e questiona a conduta de colegas de profissão: *“Acho que é um próprio método de fuga minha, sabe? Tipo assim, eu entendo o lado deles de querer ser tão agressivo assim, porque muitas vezes a equipe é agressiva no discurso com os pacientes.”* *(Profissional): “Você vai usar a roupa que eu quero, a roupa que trazer”* *(Paciente): “Deixa eu escolher minha blusa?”* *“Amanhã eu vou na Universidade, tenho uma consulta...”* *(Profissional): “Não, você vai usar a roupa que eu quero”* *E aí é óbvio que a pessoa vai ficar exaltada. “Come e fica quieta”, eu já ouvi isso.”* (nº 1)

Falas com opiniões agressivas e que reproduzem violência também foram consideradas “ações individuais”

“Acha que dependente químico tem que morrer. Isso aqui... tinha que pegar fogo nesse lugar. Muitas vezes eu me pego falando isso também, porque eu fico com raiva de algumas coisas que acontecem, então assim, o extremismo, sabe? Não olhar pro paciente, não olhar pra história do paciente.” *“Já de outros funcionários (...) dá um certo tipo de liberdade pro paciente que ele se sente na autoridade ali com a gente, acaba perdendo o respeito com a equipe, então acho que teria que trabalhar isso com a equipe.”* (nº 6)

Assim como generalização sobre os pacientes e julgamento a respeito do não cumprimento de regras do serviço:

“Regras eles não gostam de cumprir. Porque eles vêm lá de fora sem regra nenhuma, né? Aí quando chega aqui que tem... Qualquer regra que você fale, nossa. E eu assim, eu sou uma pessoa que eu sou muito, por exemplo se você falar que tem que ser assim, vai ser assim comigo. Aí eu sou muito de regras mesmo.” (nº 8)

As falas fortes acima citadas parecem indicar que em face da complexidade e das dificuldades encontradas nas atividades do cotidiano parte dos trabalhadores passem a assumir como natural a escolha do caminho, visto como mais fácil, da imposição pela força de regras que impliquem em controle temporário da situação. Sem se questionar sobre as possíveis implicações dessa escolha no “dia seguinte” do serviço. Apesar de fala como “Não olhar pro paciente, não olhar pra história do paciente.” revelar que há consciência de parte dos aspectos envolvidos na decisão. Essa escolha ressalta assim como estratégia de defesa adotada por alguns trabalhadores, que já identificam que a mesma não é a melhor quando se considera o cuidado oferecido aos internos. Esse aspecto precisa ser retomado em debates internos no serviço. É possível escolher outras alternativas em que todos se beneficiem?

“Condição do serviço” foi utilizada para demonstrar as situações em que, segundo os profissionais, não tem como ser diferente. A classificação remete a problemas cuja solução aparece fora do espaço de poder de decisão dos gestores do serviço, como por exemplo as internações involuntárias e o profissional de enfermagem ser o que está na linha de frente da assistência. É caracterizada por: internações involuntárias; número reduzido de funcionários para realizar de contenção; presença de adolescente internado; estar sozinho com paciente (devido ao número reduzido de funcionários); perfil do paciente e reinternações (considerado resultado não desejado do Sistema de Atividade); falta de capacitação profissional em saúde mental, identificada pelos extremismos em relação a cuidar e disciplinar e imposição de regra quando o paciente está alterado; necessidade de sair das instalações do serviço em busca do paciente adolescente em fuga; estar sozinho com o paciente; divergência de condutas perante o paciente fazendo com que ele se volte contra um dos profissionais (relações de trabalho); mudança de regra de um dia para o outro (retirar cigarro do paciente); comunicar alta do paciente que quer permanecer no serviço; impor regras e horários aos pacientes:

“Tem paciente que às vezes nem quer tá aqui, né? É sempre a enfermagem que tá lá ... eu acho que a gente é o primeiro profissional que chega perto do paciente, que aborda, né? Então... a gente é claro vai ser mais (risos) agredido mesmo, verbalmente.” (nº 2)

O número de profissional insuficiente para a realização de ações de trabalho, como a contenção, foi considerado condição do serviço, uma vez que os profissionais relatam ser esse o “normal” do serviço.

“Por exemplo quando a gente fez o curso, na contenção são cinco pessoas e dificilmente vai ter cinco.” (nº 3)

A fala aponta a distância existente entre o prescrito, o “ideal” e o real. No entanto, mostra aparente acomodação diante da carência com que foi estruturado o serviço. Será possível rever essa situação? O que e como a equipe poderia fazer para checar até que ponto há equilíbrio entre efetivo do serviço e suas demandas ou entre efetivo e padrões recomendados do ponto de vista legal e ou das boas práticas?

Ainda como condição do serviço foi selecionado o fato de receber adolescentes para internação, o que, segundo os profissionais, já é considerado disparador de AT, pois os adolescentes são internados involuntariamente, assim como a estrutura física e a forma como os setores são divididos:

“A dificuldade que eu vejo é falta de RH. Por exemplo trabalhar... algumas coisas que eu até disse pra diretoria aqui... pra mim adolescente... não tinha que ter adolescente aqui. Nós temos algumas dificuldades muito grande, a estrutura física aqui já é ruim porque tem os

dois sexos juntos, isso causa uma tensão muito grande, isso causa algumas regras que eu acho assim... quem é de fora e chega e vê vai ficar escandalizado.” (nº 3)

“Fui avisado pela enfermeira que a adolescente estava se evadindo do local. Daí a gente até foi atrás, porque era internação judicial (...) Foi quando ela veio comigo ela ficou questionando e falando “eu quero ir embora, preciso ir embora, faz tempo que eu tô aqui” eu falei, “bom então vamos embora, você conversa com a equipe né? mas vamos embora senão você vai se machucar aí” Aí ela veio, até que ela veio de mão até comigo e na hora que chegou no meio do caminho sem esperar ela se abaixou e mordeu meu braço. Uma coisa bem assim, eu não esperava. E ela mordeu o antebraço meu.” (nº 7).

Nesse ponto, a referência ao trabalho com adolescentes faz ressaltar o fato de se tratar de decisão adotada depois que a proposta inicial de serviço e equipe estava definida. Uma imposição que não foi acompanhada de medidas de ajustes necessários tendo em vista que incluía na clientela população cuja internação seria involuntária, que é socialmente reconhecida como portadora de status social e direitos particulares, com vínculos familiares que mudam a comunidade com quem o serviço se relaciona e ainda que parte dessa clientela é objeto de atividade de segmento do sistema judiciário que passa a influenciar diretamente a porta de entrada da demanda do serviço. Os sujeitos, os instrumentos, inclusive a estrutura física e a organização do trabalho adotados para lidar a clientela inicial não foram envolvidos e nem preparados para lidar com a nova clientela. Esse é mais um aspecto do serviço que certamente se beneficiaria de debates específicos no serviço.

As reinternações frequentes também foram consideradas condição do serviço:

“Semana passada internou um paciente que já teve mais ou menos 10 internações aqui e todo mundo sabe que esse paciente não quer nada, ele só interna aqui porque não tem onde morar. Todo mundo sabe isso. O que aconteceu? Ele internou, foi lá pra enfermaria de manhã e deixou os pacientes todos agitados porque ele conseguiu desestruturar tudo. Na hora que eu fui dar a medicação, ele começou a xingar, me agredir mesmo, porque ele queria remédio ele, não tinha. Aí eu falei que ele tinha que falar com o médico, aí ele xingou com palavrão tal.” (nº 5).

Ao afirmar que o “ele só interna aqui porque não tem onde morar” a trabalhadora aponta para possível problema no sistema de cuidados a esse tipo de interno. A necessidade de suporte a ser oferecido a quem recebe alta e está fora do serviço. Esse aspecto merece discussão com atores de todos os sistemas de atividades envolvidos no cuidado, inclusive das famílias dos internos e também daqueles que não tem esse possível apoio.

Profissionais relatam que outra condição do serviço é a falta de orientação sobre como agir e contribuir para o AT envolvendo agressão:

“Só que aqui é uma forma mais subjetiva ainda. Muito mais.... pra mim nunca foi passado uma forma assim. “Olha tem que fazer assim” Sempre com toques de colegas, né?” (nº 9)

Regras também são consideradas condição do serviço e podem causar divergência de opiniões entre profissionais, pois ao mesmo tempo que contribuem para a prevenção de situações de conflito também podem ser desencadeadoras:

“Aqui não entra cigarro. Uma paciente difícil, judicial. E aí de repente ela pergunta para o médico: “Posso fumar?” Ele pergunta para a enfermeira: “Ela pode fumar?” É uma regra para todos os profissionais. É fácil você ser o bonzinho e jogar. Aí ela virou Jiraya com a enfermagem. Aí eu acordo ela de manhã, ela já começa: “Com você eu não falo, só falo com o médico” Começa a xingar e aí de repente ela vem em cima.” (nº 10)

“Quando foi tirado o cigarro, então chegou (sic) todos num consenso de fazer mesmo, né? Sem uso do tabaco aqui dentro, nós ficamos preocupados aqui dentro, né? Porque vamos supor paciente fumou na virada do ano, dia 31 paciente fumou, 1 de janeiro não fumava mais, né? Então tinha pacientes que já estava aqui antes, mesmo sabendo durante o processo que iria acabar com o uso do cigarro, mas graças a Deus deu certo.” (nº 11)

Ainda como condição do serviço, regras referentes à alta e ao período de internação podem gerar conflitos.

“Porque ele recebeu uma alta que era alta normal dele, acho que ele não gostou muito e por eu ser o profissional de referência dele eu tive que falar para ele: ‘Olha meu seu tratamento já deu certo, a equipe avaliou que você está bem e você está de alta do serviço’ e aí por isso ele ameaçou, falou que ia me pegar, pegar uma outra enfermeira.”

“E aí junta tudo, junta abstinência, junta fissura, junta todo o comprometimento da droga, aí você vai falar para ele que ele tem que acordar às 7h da manhã para aferir pressão? Você vai falar que ele não pode, por exemplo, comer em tal horário?” (nº 12).

O tema das regras volta à cena. A repetição desse tema nas falas sinaliza para a sua importância na instituição em questão. No exemplo do cigarro novamente chama a atenção a forma impositiva como parece ter sido conduzida.

Como ação individual identificamos violência, opiniões generalistas e estigmatizantes sobre paciente, por parte de profissional da equipe. Sabemos que os trechos selecionados trazem poucas informações a respeito das atitudes que expressam violência por parte de profissionais, desta forma é importante dizer que o profissional do serviço se encontra em

constante conflito no que se refere às estratégias e manobras de ação de suas atividades, o que pode ajudar a explicar origens de tais ações.

Desde a coleta de informações da primeira reunião em grupo, somada às leituras dos relatórios de análise de acidentes, nota-se indícios de alto nível de estresse relacionado ao trabalho, por esta razão decidimos incluir as categorias de riscos psicossociais para ilustrar fatores que podem contribuir para a compreensão do evento de acidente de trabalho envolvendo agressão, além de sinalizar a possível necessidade de acolhimento desses profissionais.

Para a análise dos riscos psicossociais seguimos utilizando as categorias segundo *“Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser”*:

“Intensidade de trabalho e do tempo de trabalho” foram usadas para demonstrar as situações em que os enfermeiros apontam como sendo os profissionais mais sobrecarregados, por estarem sempre em contato com o paciente:

“Que acaba sobrando tudo para enfermeiro em todos os aspectos aqui, tudo é. A parte psicológica, a parte soci... tipo que aqui enfermeiro aqui, principalmente a equipe multiprofissional mas enfermeiro acaba assumindo, ficando muito para tudo... tanto a parte social tem que falar com a família, ver alta, os profissionais fazem cada um sua parte, mas é tudo junta, tudo acerca do enfermeiro acaba sobrando muito (...) Tudo é o enfermeiro.” (nº 9)

Para a categoria “exigências emocionais” encontramos a falta de acolhimento como um dos exemplos em que o profissional precisa lidar com o fato de não ser amparado pelo seu superior em situação de sofrimento emocional:

“Fui conversar com meu preceptor, meu preceptor também não foi muito acolhedor comigo, aí a coordenadora da minha residência me viu chorando, ... eu expus tudo o que estava acontecendo comigo aqui, todas essas vivências que eu estava tendo, aí ela veio pra cá, conversou com a coordenação e nada mudou” (nº 1)

Ainda como “exigências emocionais”, o exemplo a seguir demonstra que o profissional mesmo quando não está emocionalmente equilibrado, precisa continuar realizando as tarefas de cuidar do paciente:

“Porque às vezes você não tá bem e ter que passar como se fosse, é complicado, né? Cuidar de paciente assim, muito difícil, pra mim principalmente, eu acho muito difícil.” (nº 9).

E por fim, não acreditar na equipe como suporte tanto em relação ao resultado de conter a violência como ter apoio de colegas quando necessário, foi caracterizado como “exigências

emocionais”. Na fala a seguir observamos que não dar suporte ao colega é relatado como estratégia de proteção para não se envolver emocionalmente:

“A gente sabe que a gente enxuga gelo aqui com períodos de violência e aí, aí você percebe que... se chegar hoje para contar a violência, só mesmo a pessoa que é mais íntima minha vai ouvir. O resto não, porque é uma proteção também, ‘não vou ouvir porque pode ser comigo’” (nº 10).

Como “autonomia insuficiente” foi relatado o excesso de regras em relação a forma como realizar o trabalho, assim como a escala que passou a ser exigida mais rigorosamente:

“A gente tá vivendo assim, um grupo muito fechado com a escala mesmo, acho que tem que tá tudo escrito, tem que tá tudo muito no quadradinho e aí saiu do quadradinho, fez um pouquinho a mais pronto... então acho que isso é um pouco ruim sim... a gente fica travado na escala” (nº 2)

Na categoria nomeada “má qualidade das relações sociais no trabalho” encontramos falas de excesso autoridade por parte da gestão:

“Um discurso muito verticalizado, um discurso muito “eu mando e vocês obedecem”, me incomoda e eu acho que... e a questão de zero redução de danos também, aqui é abstinência e eu não acredito muito em abstinência, então me incomoda muito esse discurso verticalizado, esse discurso prepotente, por isso que os... que algumas pessoas tem aqui e eu acho que isso gera sempre agressão, ninguém sabe aqui, mas eu já fui ameaçada por paciente” (nº 1)

E problemas de convivência entre os profissionais que antes da mudança de gestão era mais unido. Segundo relatos em entrevista, a redução do número de funcionários pode ter contribuído, devido ao excesso de trabalho gerado:

“Houve muita desunião no grupo, sabe? Muita desunião, então... depois que mudou a direção também. Mudou muita coisa assim, sabe? A gente era mais acolhido. Agora somos só os funcionários. De primeiro a gente era mais acolhido. Quando a gente tinha os outros chefes. Aí diminuiu o pessoal então fica esse negócio de pouca gente e tem que ficar... cada um fazer o seu trabalho e então não tem mais aquela vontade.” (nº 8)

“Conflitos de valores” foi utilizado para classificar a situação em que o funcionário relata saber que é necessário realizar determinada tarefa, porém não acredita ser correto, como a contenção em que o profissional sente que está violando o paciente:

“Contenção é uma coisa difícil para mim aí eu procuro sempre ficar na contenção química. Porque para mim é muito difícil conter, não uma coisa tranquila. Eu acho uma invasão do corpo da outra pessoa, mas eu percebo que precisa, mas não é uma coisa

tranquila para mim. Eu tento agir como se eu tivesse com o paciente normal, mas as vezes..., mas o coração sempre fica acelerado, é uma coisa assim, não é confortável. Tipo “Olha eu vou fazer uma medicação em você.” (nº 10).

Não identificamos falas que fossem incluídas na Insegurança (falta de segurança) da situação de trabalho.

As próximas categorias foram incluídas para contemplar situações surgidas nas entrevistas, que não se enquadraram nas anteriores, propostas por Gollac e Bodier, 2011.

Como “insegurança no trabalho” surgiram relatos sobre o trabalho com adolescentes:

Então quem trabalha com adolescente, se sente desamparado legalmente pelo Estado, entendeu? Isso traz uma insegurança muito grande, principalmente pra trabalhar com criança, entendeu? A gente se sente inseguro de trabalhar aqui.” (nº 3)

Pedido de ajuda em relação a falta de segurança:

“Eu acho que aqui também deveria ter mais segurança eu acho e que nem eu passei, teve outros casos paciente querendo agredir as enfermeiras, então eu acho que tinha que ter mais segurança.” (nº 4)

Falas que exemplificaram as situações em que o profissional sentiu que poderia ser agredido por não fazer o que o paciente queria. Além do funcionário demonstrar medo constante ao não saber se poderá ser agredido:

“A gente não sabe se eles podem grudar a gente pelas costas, vai saber (...) Na hora que eu fui dar a medicação, ele começou a xingar, me agredir mesmo, porque ele queria remédio ele, não tinha. Aí eu falei que ele tinha que falar com o médico, aí ele xingou com palavrão tal.” (nº 5)

A insegurança surge na fala de profissional que refere ter que lidar com o medo ao entrar no serviço para começar um dia de trabalho:

“É tem que voltar, né? Tem que voltar. Volto com medo assim, às vezes parece que eu dou um passo pra frente e dois pra trás. Não quero entrar na porta. Aí entro: não, vai dar tudo certo e venho. O dia vai passando.... vamos vivendo um dia de cada vez.” (nº 6)

Além do reconhecimento de que o serviço não tem a estrutura necessária para lidar com situações de violência:

“Se a gente pega umas pessoas mais violentas aqui, a gente não tem equipe para segurar, não tem. E aí tem muito aquilo que a gente conversou, as meninas conversaram comigo, a gente conversou entre nós... que tem paciente que você não vai conseguir nem, você nem vai dar voz de contenção, até num olhar entre nós, de contenção, porque você vai colocar a equipe em risco com essa contenção, porque a gente não tem equipe para fazer

isso. Eu consigo lidar teoricamente melhor com isso, mas as vezes mentalmente isso afeta um pouco né? Ameaça né? A gente tem família tudo, então...” (nº 12)

A categoria “frustração” foi observada na situação em que o profissional agredido havia participado de decisão sobre alta do paciente após episódio de violência e equipe voltou atrás e optou por manter a internação:

“Então eu fiquei um pouco frustrada, acho que mais com a decisão da equipe de manter a internação, ele já tinha pedido alta, já tinha dado alta e reinternar, eu fiquei um pouquinho chateada com isso assim... até nem fui pra enfermaria quando ele tava. Fiquei mais frustrada com isso mesmo, com a atitude da equipe, não foi nem do paciente, acho que foi isso. Acho que o que mais me deixou chateada assim esses anos.” (nº 2)

As reinternações foram relatadas diversas vezes por diferentes profissionais, que relatam se sentir frustrados por não ver o resultado positivo do seu trabalho:

“A gente se frustra muito porque o paciente se interna aqui muitas vezes. A gente ainda não sabe lidar, porque aí a gente acaba: “De novo esse paciente?” Acaba não tendo paciência e isso é ruim, mas a gente. O nosso papel é cuidar mesmo deles, né?” (nº 5)

“Bate e volta inúmeras interações. Assim às vezes você faz um trabalho até que longo nesse paciente, um mês, um mês e pouco, passa um tempinho esse paciente tá de volta porque não consegui, sabe? Daí assim acaba... não deveria ser assim, mas acaba frustrando a gente um pouco, sabe? Pelo trabalho que a gente teve quando você vê que alguém não conseguiu alcançar o sucesso, frustra um pouco a gente.” (nº 7)

As reinternações reafirmam a falta de fé no trabalho desenvolvido:

“Nos chateia porque a gente sabe que vai abrir a porta e se encontrar com o primeiro ali na frente, a gente sabe que o trabalho vai ir por água baixo. Tem uns que é meio nítido, né? (...), mas tem alguns casos que infelizmente são reincidentes ou mesmo muitas das vezes eles não chegam até nós de novo, mas como a gente trabalha muito essa conversa com a rede, a gente fica sabendo de como já tivemos perda de um adolescente aqui que veio a óbito num assalto né? Então pega várias.... mas na medida do possível vamos tentando trabalhar.” (nº 11)

“Aí você se questiona: “Meu, que trabalho, você não consegue...” Mas é isso, é mais a angústia de não conseguir ver um trabalho desenvolvido assim... a melhora é muito pouca, deles, entendeu? Assim... aí parece que você, parece que assim, por isso que eu falo, eu gosto, eu gosto de vim, falar de Deus, eu gosto de vim conversar, mostrar um outro caminho, mas é... se eles vão fazer isso lá fora, né? Então isso é... meio triste. Por isso que me emociona em vê então, isso... A gente é um instrumento e é isso que eu tenho que seguir, sabe?” (nº 12)

Frustração também surgiu em relatos em que o profissional é culpabilizado por resultado negativo no trabalho:

“Ah, mas você não agiu certo” Sempre você está errado. Sempre. Em algum... sempre você está errado. Nunca você agiu certo. Isso desmotiva demais. Você nem receber... não digo elogio, né? Mas é muito desmotivante, muito desmotivador.” (nº 9)

Por último foi criada a categoria “Outros”, que aborda problemas que o profissional enfrentou, após episódio de AT envolvendo agressão, ao registrar CAT:

“O mais difícil de tudo isso não foi, essa situação. Foi você entrar no consultório médico para abrir a CAT, porque meus óculos quebraram e o médico não querer assinar. Não queria assinar, não queria e eu tomei aqui e como hematoma assim no queixo no rosto um vermelhão, não sei se daqui um tempo pode ser algum problema, então tem que abrir (...) Essa foi a primeira e eu peguei e falei assim: “não eu sou técnico de enfermagem do trabalho especialidade enfermagem no trabalho também”, eu falei: “não, é respaldo meu, eu vou fazer custe o que custar eu vou fazer” (nº 4)

Os riscos psicossociais são vistos como possíveis consequências referentes aos acidentes de trabalho envolvendo agressão. Por esse motivo foi necessária a inclusão dessa categoria para análise dos resultados.

5.2.5. Análise multiníveis e ciclo de recorrência dos acidentes de trabalho

Além de possíveis consequências, observamos que, quando não identificados e tratados, os riscos psicossociais podem se tornar possíveis origens de causas de novos AT envolvendo agressão, fazendo com que um ciclo de recorrência se desenvolva dentro do serviço (figura 7).

Figura 7 Hipótese de causalidade circular do AT envolvendo agressão no serviço.



Fonte: Elaboração própria.

De acordo com Favaro (2014) os relatos podem ser descritos de duas formas de expressão de violência no trabalho. O nível restritivo, que é caracterizado pelo evento em si, o AT, as ameaças, ou seja, a violência evidente, que também é visto como modelo implícito descontínuo, em que ocorre mudança brutal entre o indivíduo e o meio. Apesar da frequência de AT registrados não ser elevada, os episódios de ameaça são frequentes. E o segundo nível, o extensivo, que se trata de um processo contínuo, ocorrendo situações de assédio, maus tratos, conflitos de interpretação. Ambos os níveis de expressão são observados no serviço em estudo e um dos exemplos em que foi expresso foi o caso em que o profissional sofre o AT e precisa insistir para que a CAT seja registrada: (...) *“Não queria assinar, não queria e eu tomei aqui e como hematoma assim no queixo no rosto um vermelhão, não sei se daqui um tempo pode ser algum problema, então tem que abrir” (...)*

Como citado anteriormente, o modelo multiníveis de Favaro (2018) nos ajuda a evidenciar a relação de causalidade circular do serviço. A violência organizacional vivenciada pelos profissionais ocorre a nível micro e está diretamente relacionada ao mal-estar organizacional, caracterizado por sensação de injustiça, descontentamento, frustração, sentir-se inútil, agressividade, perda da auto estima, situações relatadas pelos profissionais por meio de entrevistas. A principal preocupação relacionada a dinâmica de causalidade circular ocorre pelo fato de que existe a criação de condições de vulnerabilidade que tendem a proporcionar

novas ocorrências de violência, isoladamente ou em grupo, que poderiam ser consideradas pouco significantes, no entanto, seu potencial gerador, ou seja, disparador de acidente ou ameaça é grande. Com o agravante de que as condições de vulnerabilidade atingem todos no ambiente, inclusive os potenciais agressores

O mal-estar organizacional por sua vez pode ser resultado de violências sociais, como nos casos em que o paciente é internado ou reinternado por não ter onde comer e dormir: *“A gente se frustra muito porque o paciente se interna aqui muitas vezes. A gente ainda não sabe lidar.”*

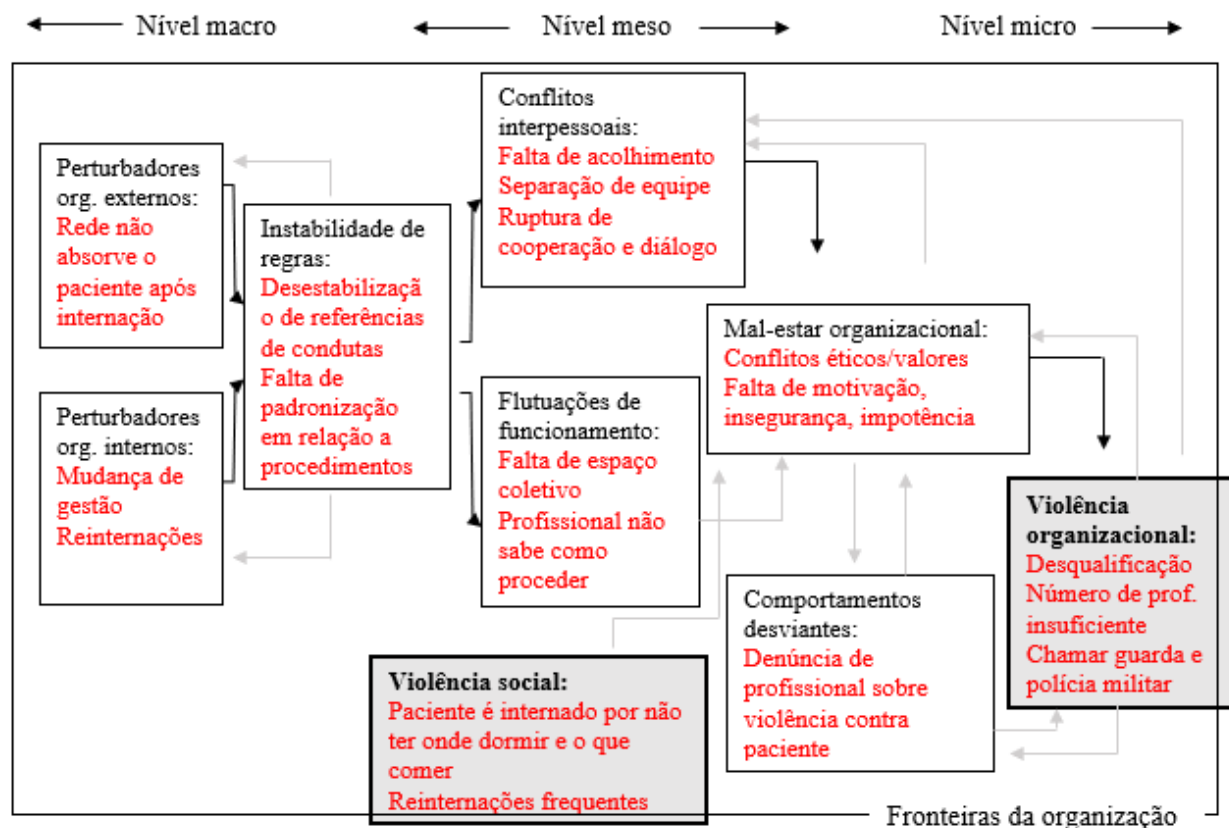
As violências sociais são consideradas nível meso e ainda neste nível, estão os conflitos interpessoais e as flutuações no funcionamento, ambos presentes no serviço.

Observamos a instabilidade de regras entre o nível meso e macro, como sugere o autor. Os profissionais relatam que a mudança de gestão fez com que as regras de escala e de abordagem fossem alteradas e demonstram não concordar com a eficácia de algumas delas.

A nível macro, o serviço apresenta disputas de poder, funcionamento no limite do sistema, imediatismo, chamados de perturbadores organizacionais (FAVARO, 2018).

A seguir o exemplo do modelo multiníveis (MIVT) de Favaro (2018) aplicado ao serviço (figura 8):

Figura 8 Modelo multiníveis aplicado ao serviço.



Fonte: Adaptado de Favaro (2018).

Como exemplo do processo de causalidade circular descrito anteriormente, o fator mais frequentemente citado são as diversas reinternações de pacientes no serviço, gerando exigências emocionais, frustração, estresse nos profissionais, o que pode gerar falta de iniciativa em se aprimorar no desenvolvimento e aperfeiçoamento do seu trabalho, uma vez que não há motivação para solucionar os problemas existentes.

O MAPA expandido foi desenvolvido com a intenção de superar a limitação das análises de acidente centradas na equipe técnica e incluiu conceitos e pressupostos do Laboratório de Mudança ao MAPA.

A seguir apresentamos o quadro com as dimensões do MAPA Expandido aplicado aos achados deste estudo.

Quadro 8 MAPA expandido aplicado ao serviço.

Dimensão	Possibilidade de caminhos e análise de
Sistêmica	SA (cuidar e disciplinar) contradições nos conceitos, no radicalismo e dualidade (extremos). Análises já são feitas pelo MAPA, realizar a expansão é possível por meio de proposta de continuação do trabalho envolvendo atores SESMT e serviço (incluindo gestão)
Temporal	Abordar o desenvolvimento histórico para compreender as contradições atuais do sistema de atividade
Social	Troca de saberes e análises, integração com redes (sessões de LM)
Agência transformadora	Maior desafio de previsão, pois precisa passar por todo o processo de aprendizagem expansiva. Agência se dá na construção. Hoje a motivação da transformação: Profissionais sofrendo.

O MAPA expandido é instrumento que se propõe a permitir a elaboração de diagnóstico sistêmico do problema associado a demanda do estudo, no caso, os acidentes envolvendo agressão. A explicação sistêmica é apoiada no uso do instrumento modelo triangular do Sistema de Atividade da instituição de modo a explicar os acidentes como resultados inesperados representados no modelo. Neste estudo, a análise iniciada permitiu elaborar hipóteses de que mudanças históricas acontecidas no objeto da atividade do serviço, afetaram qualitativa e quantitativamente o seu funcionamento criando demandas de ajustes que não aconteceram ou foram inadequadas nos sujeitos (equipes profissionais e de apoio, mas também na mobilização de integrantes da segurança patrimonial e depois da polícia e da guarda municipal), nas regras, nos instrumentos a serem usados para lidar com clientela que incluía homens e mulheres, crianças e adolescentes, internados voluntaria e involuntariamente, na comunidade ampliada com o território de cobertura, entre outros aspectos.

Espera-se que achados do levantamento etnográfico e documental realizados possam ser usados em continuidade do estudo de modo a estimular o envolvimento da equipe em movimento que complemente o diagnóstico aqui esboçado e seu avanço no desenho de novo modelo de Sistema de Atividade que possa representar reformulação expansiva do atual.

Neste estudo, aparentemente se demonstra que a complexidade assumida pelo objeto da atividade ensejou surgimento e evolução no serviço, de duas propostas de atenção que convivem como modelos de atenção ofertada aos internos. A primeira, centrada na ideia de cuidado, que reconhece o interno como cidadão portador de direitos e busca oferecer-lhe suporte terapêutico ampliado, a segunda, centrada na ideia de disciplinar o interno, visto como

contumaz desrespeitador das regras de convivência em sociedade e como ameaça aos trabalhadores que precisa ser enquadrada. Ela aponta para a possibilidade de sistema de cuidados no futuro apoiado em reformulação expansiva dos demais componentes do sistema.

Não se trata de resposta pontual com novos instrumentos ou novas regras. O sistema pediria reformulação que atendessem às demandas do seu conjunto de pacientes cidadãos e que mobilize apoios extra serviço necessários no cuidado de internos que recebem alta e que, sem apoio, tenderiam a evoluir com piora e caindo em ciclo atual que passa por reinternações. Aparentemente haverá a necessidade de pensar o cuidado e a ressocialização de internos como tarefa intersistemas, como novas relações e papéis pensados para a justiça e as famílias dos internos, mas também com ampla reformulação de instrumentos e divisão do trabalho a serem assumidas no Sistema de Atividade.

O modelo do cuidar está associado à necessidade de novos instrumentos, novas regras, uma nova divisão de trabalho e investimentos sujeitos (profissionais) que não tem sido, historicamente, adotado no serviço. A proposta do MAPA Expandido é que a análise dos sistemas deve ser integrada às análises de AT para obtenção de prevenção de acidente como resultado esperado.

O segundo modelo aponta como futuro possível a contração da atenção oferecida centrada em ações disciplinadoras, mesmo que, eventualmente, amplie o seu componente sujeitos, passando a incorporar policiais e guardas municipais chamados a impor contenção física de internos considerados problemáticos e o respeito às regras de funcionamento do serviço. As possibilidades de que esse caminho alimente resistências e novas manifestações de agressividade por parte dos internos é, pelo menos inicialmente, desconsiderada apesar do número relativamente grande de falas que apontam as regras do serviço como fontes de conflitos e problemas frequentes.

Exemplo de modelo disciplinar ocorre quando o paciente é punido com restrição de telefonemas à família durante uma semana, sendo que, do ponto de vista do modelo cuidar, o contato com familiares é visto como parte do tratamento (instrumento) de reabilitação e ressocialização deste paciente. Desta forma, o modelo disciplinar é visto como o mais “fácil” de ser aplicado pelos trabalhadores e ao mesmo tempo o menos adequado para os pacientes.

Do ponto de vista cronológico (dimensão temporal) é possível afirmar que as análises de AT, precisarão assumir formato de condução em profundidade, que pode se apoiar também da exploração das dimensões mostradas no modelo multiníveis de Favaro utilizado neste estudo. Isso vai exigir mudanças em práticas adotadas no SESMT reforçando a parceria entre esses atores. Isso pode implicar em ações potencialmente geradoras de conflitos em análises

de casos em que a violência se mostra claramente associada a escolhas como as atualmente adotadas no modelo disciplinador ainda presente no sistema.

Em relação à dimensão social, a evolução potencial do sistema aponta para a necessidade de criação de espaços de discussão que ampliem reflexões entre integrantes da equipe, mas que se estenda a outros atores da comunidade e de instituições com papéis afins nos cuidados às populações de internos. Neste estudo essas possibilidades são apontadas como caminhos possíveis a serem assumidos pela prevenção de acidentes no serviço. Se possível, em processo que possa implementar as sessões de Laboratório de Mudanças previstas na intervenção como desenhada antes da pandemia, estimulando troca de saberes entre especialistas e trabalhadores, além de interação entre serviço local e com a rede de subsistemas a que está interligado

E por fim, a dimensão da agência transformadora, referindo-se à ação de protagonismo dos trabalhadores que pode ser caracterizado pelas demonstrações de pedido de ajuda e necessidade de mudanças.

Desde o seu surgimento, o serviço desenhado, pensado para lidar com um objeto (um tipo de paciente mais colaborativo, sem possíveis antecedentes criminais), precisou iniciar já atendendo também uma parcela de usuários para os quais a equipe nunca foi realmente preparada. Com a evolução de sua história essa dificuldade passou a ser vivenciada de modo mais tenso na medida em que no interior do serviço pareceu instalar-se disputa de modelos do como lidar com os usuários, caracterizados por um modelo de cuidado assistencial e um modelo disciplinar, que tende a estimular possibilidades de escalada de agressividade, ao mesmo tempo em que o sistema se mostra limitado por carência de suportes, capazes de lidar com o usuário que recebe alta de modo a não realimentar seu retorno. Além de ter como agravante o fato de parcela dos internados ser formada por criminosos e/ou reinternados que continuam sendo abordados sem estratégias pensadas especificamente para eles.

Os achados aqui organizados devem ser apresentados à equipe do SESMT e, tão logo seja possível, também aos integrantes do serviço. Desse modo, espera-se estimular a retomada de caminhos de aprofundamento da análise e de reflexão sobre qual o modelo de Sistema de Atividade visualiza para o seu futuro. Quem sabe alcancem reformulação melhor adaptada às características de população usuária tão marcada pelas diferenças de composição?

5.3. RELAÇÃO ENTRE CONTRADIÇÕES DO SISTEMA DE ATIVIDADE E ACIDENTE DE TRABALHO

No item 4.1 foi possível observar diversas mudanças ocorridas no Sistema de Atividade entre os anos estudados, no entanto, a principal hipótese levantada é de que a maior ruptura ocorreu antes do início das atividades do serviço, com a mudança do objeto, o que, neste estudo, ensejou a elaboração de hipóteses de contradições (primárias, secundárias, terciárias e quaternárias) entre os elementos do sistema. As contradições enfrentadas estariam associadas aos eventos de acidente de trabalho envolvendo agressão. No item 4.2 foram descritas, com base nas análises de AT e de entrevistas coletiva e individuais, situações que teriam colaborado para o desdobramento dos acidentes estudados ou participado em suas possíveis origens.

No modelo de Favaro, no nível micro, foram identificados como violência organizacional: desqualificação profissional, número de funcionários insuficiente e pedido de ajuda à guarda municipal.

Os profissionais não possuem orientação mínima de práticas em caso de atitudes violentas por parte dos internos, cada trabalhador faz aquilo que julga melhor, com as habilidades que possuem, fato que enfatiza a contradição, já que nos serviços de Saúde Mental o bom relacionamento entre pacientes e funcionários é uma das melhores formas para prevenir as agressões. Sem a habilidade de comunicação, treinamento, e suporte adequado, os episódios de agressividade e violência, caracterizado no sistema como resultado não desejado, tendem a ser evidenciados (GUDDE et al, 2015; ESTEBAN et al, 2016). Os trabalhadores desenvolveram competências individuais e coletivas, apoiadas em saber fazer, associando tentativas de desenvolver vínculo com internos, de reconhecer linguagem corporal que permite antecipar ameaças potenciais de agressão, e mobilização de cooperação entre outras que se mostram úteis, mas também insuficientes para prevenir agressões em suas múltiplas formas de apresentação no serviço. Por outro lado, também estão presentes estratégias centradas em tentativas de disciplinar, inclusive mobilizando força policial para controlar os internos

Entre os níveis micro e meso foram identificados mal-estar organizacional e comportamentos desviantes, caracterizados por violência de profissional contra paciente, conflitos éticos, falta de motivação, insegurança, ruptura de cooperação e diálogo, que, na hipótese de contradições podem ser interpretadas como primária quando relativas aos profissionais e secundárias quando na relação entre profissionais e pacientes.

A nível meso, como mostrado no item anterior, observamos violência social, conflitos interpessoais e flutuações de funcionamento, sendo possível verificar distúrbios e rupturas entre os profissionais (contradição primária), entre instrumento de reabilitação e paciente (contradição secundária) e situações de conflitos com rede externa caracterizadas pelas reinternações frequentes (contradição terciária).

A orientação sobre a necessidade de capacitação profissional específica é citada em todos os relatórios de análise de acidentes de trabalho envolvendo agressão. A contradição secundária é enfatizada pelos relatos de entrevistas dos profissionais de não saberem como desenvolver ações direcionada ao paciente em determinadas situações, podendo gerar riscos psicossociais aos trabalhadores e conflitos entre pacientes e profissionais de saúde.

Por fim, a nível macro identificamos os perturbadores organizacionais (externos e internos) e as instabilidades de regras (dentro e fora do SA). De acordo com diretor e idealizador do projeto, os pacientes vindos da Cracolândia não possuem estrutura social, por vezes chegam ao serviço para comer e dormir e não recebem o acompanhamento necessário após alta do serviço. Essa situação é caracterizada como dimensão social no MAPA Expandido e nestes casos, os distúrbios então associados às contradições terciárias pois se referem às relações com sistemas externos, assim como as mudanças de gestão, que ocorrem por decisão superior, também externa ao serviço.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contribuições teórica e metodológica deste estudo são, em primeiro lugar, o uso de teorias que propõem análises históricas do serviço, combinadas à teoria de análise de acidentes do trabalho com visão sistêmica, que junto ao modelo multiníveis de Favaro, auxiliam na compreensão da complexa manifestação de violência do serviço.

Os achados obtidos mostram que os acidentes de trabalho envolvendo agressões de servidores em atenção à população mista - masculina e feminina, crianças, adolescentes e adultos - com antecedentes de envolvimento com álcool e drogas, em parte também com a criminalidade, proveniente de larga extensão territorial que mantém à distância familiares e potenciais instituições de suporte de parte dos internos atendidos por determinação judicial e ou não voluntária são fenômenos complexos cuja prevenção pode se beneficiar da adoção de estratégias de análise e prevenção apoiadas em pluralismo metodológico. A proposta de utilização de metodologias associadas (MAPA, LM, modelo multiníveis) se mostra promissora no enfrentamento das situações de AT envolvendo agressão.

Os casos estudados mostraram variedade de atividades sendo realizadas e de situações gatilho antecedendo às agressões. Chamaram a atenção casos em fases de preparação e ou de tentativa de execução de contenção física de internos, assim como outros durante tentativa de ajuda a colega que era alvo de ameaças e ou agressão. Também houve casos durante intervenção que visava a evitar a fuga de interno que não recebera alta do serviço e em tentativas de impor a adesão a regras contra as quais o interno reagia. Essa variedade de situações denuncia a fragilidade das estratégias de evitação, individuais e coletivas, mobilizadas pelos trabalhadores para lidar com a clientela do serviço.

Agressões em situações de contenção física denunciam o fracasso de estratégias de antecipação que impeçam a evolução até esse ponto. Na situação da contenção, equipes numérica e qualitativamente adequadas podem minimizar a ocorrência e até a gravidade de lesões, mas não eliminam a chance de sua ocorrência. No serviço estudado, o efetivo se mostra insuficiente e não houve formação adequada e direcionada para a intervenção precoce. Acresce que em treinamentos se aponta como ideal que a contenção seja realizada por até cinco trabalhadores e os relatos mostraram casos em que a vítima atuava sozinha na tentativa de contenção.

As análises de acidentes realizadas no serviço quase sempre se mostraram incompletas como fontes de informação seja sobre quem era o agressor como sobre circunstâncias relacionadas aos acontecimentos que culminaram na decisão da equipe de usar a contenção

física, de esclarecer origens de demora de colegas chamados para ajudar numa contenção. E mais importante ainda, sobre os antecedentes da situação do interno: havia indícios de acúmulo de aspectos que podiam ou tendiam a evoluir para desfecho de agressão? Os registros de análises de AT realizadas pelo SESMT podem ser aprimorados buscando descrever a complexidade da atividade e das manifestações de violência que ocorrem no serviço.

O uso de conceitos do LM ajudou a mostrar o papel desempenhado nesse caso por decisões políticas anteriores ao início do funcionamento do serviço que implicaram em grandes mudanças na composição e na natureza da clientela a ser atendida no serviço e que aconteceram sem que houvesse esforços de adoção de ajustes necessários para lidar com a nova situação. Com um voto imprevisto foram adicionados à clientela adolescentes internados involuntariamente, parte deles com antecedentes criminais, parte de municípios distantes que praticamente impediam o envolvimento de familiares em estratégias de cuidado e até parcela já vivendo em situação de rua que ao receber alta eram colocados em situação de desamparo que alimentava as chances de posterior reinternação. Esse aspecto chama a atenção para a importância do pensamento sistêmico na prevenção. Tomadores de decisão podem ir sendo estimulados a pensar no fato de que a mudança em um dos componentes do sistema sempre vai ensejar o surgimento de novos tipos de interações que podem embutir problemas potenciais como aconteceu nesse caso.

O uso do modelo multiníveis de Favaro também destacou a importância da reinternação na dinâmica do serviço. O retorno do interno alimenta percepção de frustração na equipe, que se sente impotente ante problema não antecipado e que até o momento do estudo persistia sendo enfrentado como no início. Com os mesmos instrumentos, regras, divisão de trabalho e apoios de comunidade concebidos para a população em geral. Ou seja, mudou o objeto da atividade, a população atendida no serviço, mas os seus componentes foram mantidos como se nada tivesse acontecido. Os desfechos negativos logo se fizeram sentir. Neste estudo, os dados obtidos não permitiram esclarecer de imediato se havia relação direta entre reinternações e agressões. Conforme citado, as análises de acidentes apresentadas não respondiam essa questão e depois, com a chegada da pandemia não foi possível esclarecer a questão. No entanto, também é possível registrar que as vivências de impotência, de desvalorização e desamparo já estão registradas como fatores contributivos da instalação de transtornos psíquicos e comportamentais (Vieira, 2014).

Outro aspecto relacionado à complexidade do manejo da população é o da adoção de práticas do serviço centradas na defesa da aplicação de regras que supostamente

disciplinariam os internos, e os prepararia para a vida em sociedade, para a obediência às leis. Os achados do estudo mostram vivências de ambiguidade dos entrevistados com essa questão. De um lado, fica evidente que boa parte da estratégia de atenção concebida para o serviço está apoiada na defesa da imposição de regras de convivência definidas para o serviço. Por outro lado, a ocorrência de agressões durante tentativas de impor adesão às regras em dormitórios e em refeitório e também falas de entrevistados afirmando sua discordância com o uso de “regra do refeitório” sinalizaram a necessidade de rediscussão do sentido dessas práticas no serviço. No caso de acidentes ficou evidente que a evolução da intervenção na forma de escalada de ordens (do profissional) e contraordens (do interno) era caminho a ser evitado. No pior dos cenários identificados, a equipe passou a recorrer à força policial ou à guarda municipal que, dessa forma, passa a agir como sujeito auxiliar do Sistema de Atividade, sempre em reforço da lógica ou do modelo de atenção centrado na defesa da imposição da disciplina. Embora essa alternativa seja vista como solução momentânea para conflitos no relacionamento da equipe com os internos, surgem sinais de que sua utilização contribua como fonte de ressentimentos, de quebra de vínculos de modo que pode ir se acumulando e contribuir para agressões futuras. Se a evolução do serviço se der em reforço dessa estratégia disciplinadora é possível descrevê-la como de contração do objeto da atividade do sistema.

O estudo também mostrou que na falta de resposta institucional formal de estímulo à formação alternativa à prática de imposição de regras as equipes desenvolveram estratégias que se mostraram importantes na prevenção de acidentes e que merecem ser mais estudadas, inclusive como possível cenário de expansão do objeto da atividade do sistema.

As entrevistas de integrantes da equipe permitem destacar estratégias individuais e coletivas de busca de criação de vínculos com os internos, de tentativas de antecipação de riscos potenciais, como o desenvolvimento de saberes que permitem reconhecer pela leitura de gestos e de uso do corpo pelos internos que o mesmo estaria prestes a partir para a agressão. Também foram relatadas situações de cooperação entre colegas, por exemplo, se antecipando a situações de perigo e fazendo a troca de local de trabalho até que a situação se acalmasse. A insuficiência ou inadequação entre efetivo e demanda do serviço se mostrou associada à busca de cooperação em atores de outros sistemas de atividade que interagem do serviço como, por exemplo, a de integrantes da equipe de segurança contratada que, por razões diversas acabou intervindo em situações de contenção física e acabou sendo formalmente proibida de fazê-lo. A partir daí, veio a decisão de recorrer às forças policiais e da guarda municipal. A mobilização dessa força auxiliar parece sinalizar o desequilíbrio entre efetivo e demandas do serviço que se prolonga no tempo.

Por meio de conceitos do LM, em particular o da noção de objeto de atividade do sistema foi possível identificar a convivência de dois modelos de atenção com traços incompatíveis, em disputa no serviço. Um modelo que foi descrito como de oferta do cuidado e outro dito de imposição da disciplina. Reconhecer esse aspecto se mostra de grande importância como chave de leitura e de diagnóstico da situação do sistema, em particular no que se refere ao diagnóstico de contradições em e entre componentes do sistema.

Sabemos que o AT é a ponta do iceberg chamado violência e as análises conduzidas no âmbito deste estudo não foram capazes de demonstrar claramente as mediações existentes entre fenômenos como a reinternação ou o passado de antecedentes criminais do usuário e agressões cometidas contra servidores do serviço, que também não aparecem nos relatórios de análise de AT do serviço. Apesar disso, a ocorrência da reinternação e de mudanças no perfil de usuários atendidos emergiu em entrevistas sendo apontada como parte de cenário interpretado como de frustração pelo insucesso das estratégias de cuidado adotadas no serviço e como parte de possível conjunto de aspectos de progressiva degradação que estaria contribuindo para a vulnerabilização do Sistema de Atividade e facilitando o desencadeamento de acidentes. Ainda sobre as limitações desse estudo, incluímos o não levantamento de dados sobre raça, gênero e classe social, que poderiam auxiliar na compreensão da manifestação da violência estrutural presente historicamente no Brasil e que de forma direta ou indireta pode estar associada à violência interna do serviço.

O serviço pode se beneficiar de espaço de debate para reflexões sobre as práticas realizadas, promovendo aprendizagem expansiva. Desenvolver noção de interdependência, sair do autocentramento, estimular o profissional a tirar o foco de si e se perceber em contexto coletivo pode colaborar com a descoberta de soluções sustentáveis, ou seja, que promovam resultado satisfatório e que se sustentem a longo prazo.

O material desenvolvido neste estudo poderá ser utilizado para intervenções futuras e também para outros estudos, tendo em vista a escassez de estudos com análises ampliadas para compreender estes acidentes, com objetivo de promover mudanças no Sistema de Atividade deste ou demais serviços com propostas semelhantes, no entanto é importante destacar que o serviço estudado é um dos únicos desenvolvidos para o atendimento público de internação à pacientes com necessidade de atenção ao uso de álcool e drogas no Brasil.

Por fim, é importante considerar que devido a complexidade da atividade realizada pelos trabalhadores, mesmo nas melhores condições, trata-se de trabalho estressante, sendo essencial a oferta de suporte psíquico profissional pela gestão do serviço.

A intervenção era parte do cronograma previsto no projeto de pesquisa apresentado ao CEP da UNESP, no entanto, devido à pandemia da COVID19, as sessões de análise e modelagem de soluções a serem realizadas com profissionais do serviço foram suspensas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, I. M.; VILELA, R. A. G.; SILVA, A. J. N.; BELTRAN, S. L. Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes - MAPA: ferramenta para a vigilância em Saúde do trabalhador. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, pp. 4679-4688, dez. 2014
- ALMEIDA, D. T. **Análise do trabalho de uma equipe multiprofissional em um centro de atenção psicossocial álcool e drogas**. 2012. Dissertação (mestrado em Engenharia de Produção) UFMG Escola de Engenharia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- ALMEIDA FILHO, A. J.; FORTES, F. L. S.; QUEIRÓS, P. J. P.; PERES, M. A. A.; VIDINHA, T. S. S.; RODRIGUES, M. A. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, série IV, nº. 4 – jan./fev./mar.; 2015.
- ANDERSON, A.; WEST, S. G. Violence Against Mental Health Professionals: When the Treater Becomes the Victim. **Innovations in Clinical Neuroscience**. Cleveland, OH. v. 8, n. 3, pp. 34-39, 2011.
- ASSUNÇÃO, A. LIMA, F. A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho. In: Mendes R, organizador. *A Patologia do Trabalho*. São Paulo: **Atheneu**; 2001. p. 1768-1789.
- BELTRÁN-HURTADO et al 2020 Contribuições do Laboratório de Mudança ao Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes. In: Vilela, R.A.G e org. *Desenvolvimento Colaborativo para a Prevenção de Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho – Laboratório de Mudança na Saúde de Trabalhador* São Paulo: **Ex-Libris**. 2020 .289-309.
- BENELLI, S. J. A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.21, n.3, p.237-252, set-dez 2004.
- BULGARI, V. et al. Aggression in mental health residential facilities: A systematic review and meta-analysis. **Elsevier: Aggression and Violent Behavior**, v. 41, pp. 119-127, 2018.
- CAROLY S.; BARCELLINI F. O desenvolvimento da atividade coletiva. Em Falzon P. *Ergonomia construtiva*. São Paulo: **Blucher Editora**; 2016. P. 55-72.
- CASSANDRE, M. P.; QUEROL, M. A. P. Metodologias Intervencionistas: Contribuição Teórico-Metodológica Vigotskyanas para aprendizagem organizacional. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração (UFF)**, v. 8, pp. 17-34, 2014.
- CHALUB, M; TELLES, L. E. B. Álcool, droga e crime. **Rev Bras Psiquiatria**; vol. 28 (Supl II) pp. 69-73. 2006.
- DAL PAI, D. et al. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 27, n. 1, 10 p., 2018.
- ENGESTRÖM, Y. **Learning by expanding**: An activity-theoretical approach to developmental research. Helsinki: Orienta-Konsultit; 1987.

ENGESTRÖM, Y. et al. The Change Laboratory as a tool for transforming work. **Lifelong Learning in Europe**, v. 1, n. 2, pp.10-17, 1996.

ENGESTRÖM, Y. Expansive learning at work: Toward an activity-theoretical re conceptualization. **Journal of education and work**, v. 14, n. 1, pp. 133-156, 2001.

ENGESTRÖM, Y.; SANNINO, A. Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges. **Educational Research Review**, Helsinki, v. 5, pp. 1-24, 2010.

ENGESTRÖM, Y.; SANNINO, A. Whatever happened to process theories of learning? **Learning, Culture and Social Interaction**, v. 1, n. 1, p. 45-56, 2012.

ESTEBAN, B. L. et al. User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. **The European Journal of Psychology Applied to Legal Context**. v. 9, pp. 33-40, 2016.

FAVARO, M. Mécanismes organisationnels de formation des violences au travail. Proposition d'un modele-cadre pour comprendre et intervenir. **Département Homme au travail Laboratoire Ergonomie et psychologie appliquées à la prévention** Publication réalisée dans le cadre de l'étude A.1/1.041 Modélisation de situations de violences au travail (MSVT) NS 320 février, 2014.

FAVARO, M. Présentation et modalités pratiques de mise en oeuvre d'un modele dédié à la prévention des violences au travail. **Références en santé au travail**, n. 155, pp. 25-37, 2018

GOLLAC, M. BODIER, M. **Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser**. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Rapport au ministre, avril 2011.

GUDDE, C. B. et al. Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**. v. 8, pp. 449-462, 2015.

GUYOT, S. Travailler en contact avec le public. Quelles actions contre les violences? **L'Institut national de recherche et de sécurité (INRS)**. ED 6201, Octobre, 2015.

MACAIA, A. A. S.; COSTA, S. V.; MAEDA, S. T.; QUEROL, M. A. P.; SEPPÄNEN, L. E.; VILELA, R. A.G. Laboratório de mudança: métodos para compreensão da crise entre universidade pública e sociedade. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. v.27, n.3, pp.769-782, 2018.

MAKITALO, J. **Work-related well-being in the transformation of nursing home work**. Faculty of Medicine. University of Oulu, for public discussion in the Auditorium 10 of Oulu University Hospital, on June 22nd, 2005.

MARTINO, V. D.; HOEL, H; COOPER, C. L. Preventing violence and harassment in the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxemburg: **Office for Official Publications of the European Communities**. v. III, 100p., 2003.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, pp. 7-32, 1999.

MINAYO, M. C. S. Violência: Um problema na vida dos brasileiros. In: **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2005.

O'ROURKE, M.; WRIGLEY, C.; HAMMOND, S. Violence within mental health services: how to enhance risk management. **Risk Management and Healthcare Policy**. v. 11, pp. 159-167, 2018

QUEROL, M. A. P.; JACKSON FILHO, J. M.; CASSANDRE, M. P. Change Laboratory: uma proposta metodológica para pesquisa e desenvolvimento da aprendizagem organizacional. **Administração: ensino e pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, pp. 609-640. 2011.

QUEROL, M. A. P.; CASSANDRE, M. P.; BULGACOV, Y. L. M. Teoria da Atividade: contribuições conceituais e metodológicas para o estudo da aprendizagem organizacional. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 21, n. 2, pp. 405-416, julho. 2014.

RAMACCIATI, N.; CECCAGNOLI, A.; BENIAMINO, A.; RASERO, L. Violence towards Emergency Nurses: A narrative review of theories and frameworks **International Emergency Nursing**, 2017.

ROGALSKI J.; PLAT M.; ANTOLIN-GLENN P. Training for collective competence in rare and unpredictable situations. In: Borehan N, Samurçay, R, Fischer M (Ed.) **Work process knowledge**. London: Routledge, 2002. P. 134-147.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, vol. 26 n. 3, pp. 533-541, jul-set. 2010.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**. – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, pp. 25-59, jan.-abr. 2002.

VIEIRA, C.E.C. Traumas no Trabalho. Curitiba: **Juruá Editora**; 2014. p 295.

VIEIRA, G. L. C. Agressão física contra técnicos de enfermagem em hospitais psiquiátricos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. Belo Horizonte, MG. v. 42, n. 9, 2017.

VIRKKUNEN, J.; NEWNHAM, D. S.; O laboratório de mudança: uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação. Tradução de Pedro Vianna Cava. Belo Horizonte: **Fabrefactum**. 424p. 2015.

VYGOTSKY, L. S. **Mind and society**: The development of higher mental processes. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.

ZIEGT, J. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, pp. 313-323, abr./jun. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo “Acidentes do trabalho envolvendo agressões a profissionais em serviço de saúde mental” desenvolvido pela pesquisadora Nataly Gardona, como quesito para a elaboração da dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da [REDACTED], sob orientação do prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida. O objetivo da pesquisa é compreender origens históricas e consequências de acidentes de trabalho envolvendo agressão aos profissionais de saúde mental do [REDACTED]

Sua participação neste estudo é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da nossa pesquisa. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. A sua participação consistirá em participar de entrevistas abertas individual e coletiva, reuniões em grupo para a elaboração e sessões de Laboratório de Mudança. A participação deverá ocorrer durante o horário de trabalho. As entrevistas serão gravadas, transcritas e armazenadas em arquivos digitais, mas somente terão acesso a elas a equipe da pesquisa. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos e com o fim deste prazo, será descartado.

O benefício da sua colaboração nesta pesquisa é a possibilidade de oferecer o subsídio para a prevenção de novos acidentes, colaborando para a qualidade de vida dos trabalhadores

Página 1 de 2

e contribuindo para o campo de estudo da saúde dos profissionais que trabalham no serviço de saúde mental. O risco da sua colaboração nesta pesquisa refere-se a situações de constrangimento e identificação na sua participação. Entretanto, a equipe de pesquisa garantirá como já foi explicitado anteriormente, que a identificação não acontecerá, e estaremos atentos para evitar situações que possam constrangê-lo(a). Os resultados serão apresentados: (1) aos participantes em reunião a ser agendada ao final da pesquisa e (2) à comunidade acadêmica através da elaboração da dissertação de Mestrado da primeira pesquisadora.

Este termo possui duas vias, uma destinada ao participante e outra para a equipe de pesquisa. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante e pelo pesquisador responsável. Caso ainda tenha alguma dúvida quanto à condução ética do estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP. O comitê é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Contato Comitê de Ética FMB/UNESP- BOTUCATU: tel: (14) 3880-1608 ou 3880-1609 (funcionamento: de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12.00 e das 13.30 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu/ São Paulo).

Contato Equipe de Pesquisa: tel. (13) 99714-1888; gardona.nataly@gmail.com

Botucatu, _____ de _____ de 20_____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa proposta e que CONCORDO em participar de forma voluntária deste estudo.

Nome e Assinatura do participante

Nome e Assinatura do Pesquisador

Página 2 de 2

APÊNDICE 2 – Modelo de entrevista semi-estruturada**ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

Data:

Horário Início: Término:

Dados gerais

Iniciais:

Sexo: Estado civil:

Data de nascimento:

Tem filhos: Quantos:

Religião: Especificar:

Escolaridade:

Pós-graduação: Especificar:

Tempo de serviço (nesta profissão):

(neste local):

O que você faz? Como é o seu trabalho?

Me conta como é quando tudo ocorre na forma IDEAL (falar sobre 1 atividade)

Você poderia listar algumas das dificuldades ou passos mais difíceis a serem desenvolvidos na atividade que você realiza?

Como é quando existe uma dificuldade?

A gente sabe que essa mesma dificuldade já foi (deve ter sido) enfrentada e resolvida. Graças a estes **AJUSTES** o acidente de trabalho não ocorreu. Para nós é importante conhecer, com **DETALHES**, o jeito como vocês resolvem as dificuldades. **Como você faz para detectar as dificuldades? Você pode contar como foi? Como você lida com ela, quando acontece?**

Você sabe se algum colega experiente age da mesma forma ou com algumas diferenças que também consegue resolver a situação?

SEMPRE FOI ASSIM? E COMO ERA ANTES?

ANEXOS

ANEXO 1 – Termo de Ciência e Anuência**TERMO DE CIÊNCIA E ANUÊNCIA**
(Preenchido pela Chefia Imediata do Serviço)

Eu, Fábio Sumari Picchiotti
responsável pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) do [REDACTED]
declaro que estou ciente e de acordo com o projeto de pesquisa intitulado: “Acidentes do trabalho envolvendo agressões a profissionais em serviço de saúde mental”, a ser desenvolvido pelo Pesquisador Nataly Gardona sob orientação do (a) Ildeberto Muniz de Almeida nesta unidade no período de abril de 2019 a março de 2021.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética (CEP), a sua condução nos Serviços do [REDACTED] deverá ser planejada entre Pesquisador Principal e Responsável pelo Serviço para não interferir na operacionalização e/ou atividades cotidianas dos mesmos. O [REDACTED] não arcará com despesa decorrente das atividades relacionadas à pesquisa desenvolvida.

Botucatu, 02 de maio de 2019.


Assinatura de Fábio Sumari Picchiotti responsável pelo Serviço
Engº de Seg. do Trabalho
[REDACTED]

ANEXO 2 – Termo de Ciência e Anuência**TERMO DE CIÊNCIA E ANUÊNCIA**
(Preenchido pela Chefia Imediata do Serviço)

Eu, JOSÉ CARLOS DI CRISTOFARO,
responsável pelo [REDACTED] declaro
que estou ciente e de acordo com o projeto de pesquisa intitulado: “Acidentes do
trabalho envolvendo agressões a profissionais em serviço de saúde mental”, a ser
desenvolvido pelo Pesquisador Nataly Gardona sob orientação do (a) Ildeberto Muniz
de Almeida nesta unidade no período de abril de 2019 a março de 2021.

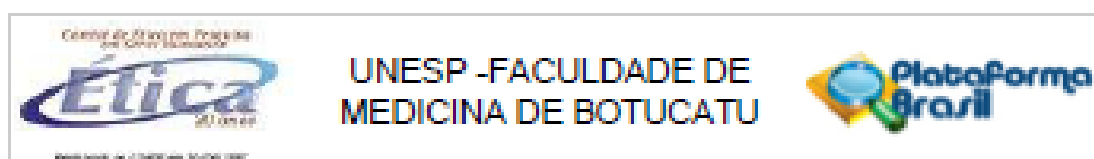
Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética (CEP), a sua condução
nos Serviços do [REDACTED] deverá ser planejada entre Pesquisador Principal e
Responsável pelo Serviço para não interferir na operacionalização e/ou atividades
cotidianas dos mesmos. O [REDACTED] não arcará com despesa decorrente das atividades
relacionadas à pesquisa desenvolvida.

Botucatu, 02 de 05 de 2019.

Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Serviço


Dr. José Carlos Di Cristofaro
CREMESP: 42869
CBO 223-1-31
CNS: 204.310.5025.50006

ANEXO 3 – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acidentes do trabalho envolvendo agressões a profissionais em serviço de saúde mental.

Pesquisador: NATALY GARDONA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18566819.2.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.556.459

Apresentação do Projeto:

Profissionais de serviços de saúde mental estão expostos a um ambiente envolto por elevada tensão decorrente de comportamentos imprevisíveis por parte de pacientes portadores de distúrbios psíquicos, apresentando assim, a necessidade de atenção especial, no que se refere a riscos ocupacionais. Estudos apontam que os profissionais de saúde mental são os trabalhadores que mais sofrem agressões físicas e psicossociais no desenvolvimento de suas atividades.

Objetivo da Pesquisa:

O presente projeto de pesquisa tem o objetivo de compreender os acidentes de trabalho, envolvendo agressão aos profissionais de saúde mental do [REDACTED]

[REDACTED] e apresentar a aplicação do método "Laboratório de Mudança" (L.M.) como proposta de prevenção dos acidentes de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco desta pesquisa refere-se a situações de constrangimento e identificação da participação. Entretanto, a equipe de pesquisa garantirá que a identificação não acontecerá, e estaremos atentos para evitar situações que possam constranger o participante.

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

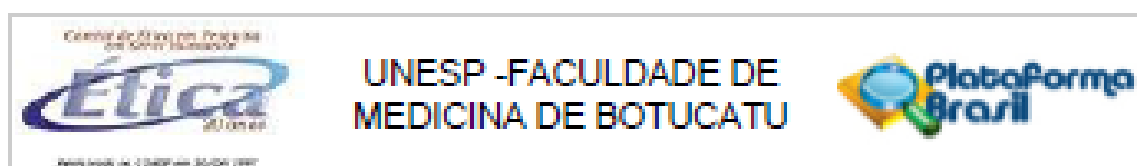
Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-070

UF: SP Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.550.409

Benefícios:

O benefício desta pesquisa é a possibilidade de oferecer o subsídio para a prevenção de novos acidentes, colaborando para a qualidade de vida dos trabalhadores e contribuindo para o campo de estudo de Saúde do Trabalhador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo dos serviços e funções desenvolvidos no [REDACTED] será realizado por meio de visitas ao local, previamente agendadas com diretoria do

[REDACTED], observação das atividades e entrevistas com os funcionários, que serão realizadas por meio de conversa espontânea e/ou questionários

dirigidos. Será realizado estudo de caso, utilizando a metodologia do Laboratório de Mudança com base teórica na Teoria da Atividade Histórico-Cultural. Serão incluídos 20 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam todos os documentos exigidos por este CEP. O TCLE está redigido em forma de convite e esclarece os objetivos da pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVADO o projeto de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 02/09/2019, o Projeto de Pesquisa encontra-se APROVADO.

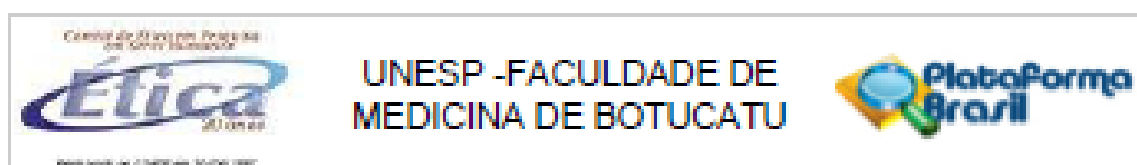
O Projeto de Pesquisa deverá ser iniciado após aprovação do CEP.

Ao final da execução da Pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.215-070
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1809 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.558.459

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1373496.pdf	15/07/2019 11:15:18		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Anuencia_██████████	15/07/2019 11:14:12	NATALY GARDONA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Anuencia_Institucional_EAP.pdf	15/07/2019 11:11:11	NATALY GARDONA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Anuencia_SIESMT.pdf	15/07/2019 11:09:20	NATALY GARDONA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Anuencia_██████████	15/07/2019 11:09:07	NATALY GARDONA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	15/07/2019 11:05:06	NATALY GARDONA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/06/2019 17:02:25	NATALY GARDONA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_GEP.pdf	17/06/2019 17:02:08	NATALY GARDONA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 05 de Setembro de 2019

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 13.618-070
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3580-1809 E-mail: cep@fmb.unesp.br