

Uma sociologia do trabalho contrastada*

Alberto L. Bialakowsky, Delia E. Franco, M. Mercedes Patrouilleau,
Nora Bardi, Cecilia Lusnich, Constanza Zelaschi, José M. Grima e equipe

Tradução de Maria Caraméz Carlotto

Notas introdutórias

No momento atual, a sociologia do trabalho crítica e as ciências sociais do trabalho (cf. Bialakowsky e Hermo, 1995) podem ser interpeladas ao menos em três direções: a) sobre a mutação do sistema capitalista, intensificado por suas contradições decorrentes da superflexibilização da força de trabalho e do atravessamento sistêmico do contínuo de exclusão-extinção; b) sobre as fontes epistemológicas, a partir dos paradigmas da complexidade e da transdisciplinaridade; e c) por incorporar a dimensão antropológica em um sentido profundo na *co-produção investigativa*.

A partir dessa perspectiva, a grande quantidade de estudos do trabalho pode ser relida com base nessas três contribuições convergentes, que em parte deslocam e em parte complementam os paradigmas tradicionais. No entanto, essa confluência ou mudança de perspectiva não incorpora apenas temas destinados à classe trabalhadora, mas representa, também, uma transformação que perpassa todos os planos do conhecimento: o dado, o conceito e seus fundamentos epistemológicos e metodológicos. Disso trata o presente ensaio, que sempre e em qualquer circunstância resultará em uma exploração e em um desafio.

Nesse sentido, deparamo-nos com uma realidade múltipla, mediada por processos de trabalho institucionais – conhecê-los ou compreendê-los (cf.

*Baseado na exposição “*Homo faber* trabalhando *homo sapiens*”, apresentada no Grupo de Trabalho 19, “Reestruturação produtiva, trabalho e dominação social”, do XXV Congresso Alas, de 22 a 26 de agosto de 2005, Porto Alegre, Brasil. Agradecemos a Humberto L. Persano, diretor do centro e hospital-dia do Hospital Borda, da cidade de Buenos Aires, por ceder o espaço para os encontros do dispositivo co-produtivo de pesquisa; aos enfermeiros co-produtores Airel Díaz, Omar Navarro e Pedro Santillán; aos alunos avançados da carreira de

Sociologia da UBA, Mercedes Gomitolo e Graciela Passarello, participantes do dispositivo de pesquisa; a Oracio Campos, co-produtor da empresa cooperativa da Impa (metalúrgica e plástica); a Monica Zagami e Nora M. Haimovici, integrantes da equipe do projeto de pesquisa UBACyT S015.

Produto da luta antimanicomial, o hospital-dia representa uma alternativa ao tratamento manicomial tradicional, conforme um projeto clínico que define horários, grupos e técnicas terapêuticas sem necessidade de confinamento (N. E.).

Bourdieu, 1999) é uma tarefa à qual nos incorporamos. Dentro dessas considerações, seria possível estender um contínuo metodológico que vai de um pólo que toma o sujeito trabalhador como dado, cuja exterioridade acabaria reificada no próprio processo de registro, a outro no qual o trabalhador, destinatário da análise, participaria do próprio processo de pesquisa. Apontar essa tensão metodológica implicará, então, estabelecer um contínuo que recusará, ao menos conceitualmente, a negação exercida sobre o sujeito-dado no método usual de pesquisa. Contudo, iniciar esse caminho não significa percorrê-lo de imediato, mas sim construir um horizonte desejado de co-produção de pesquisa e começar uma longa caminhada em sua direção. A constatação nesse tipo de experiência de pesquisa co-produzida é de que são necessários muitos passos e múltiplos acordos, com avanços e retrocessos em relação à utopia epistemológica, sem dúvida necessária, pois o contínuo de exclusão, em sua larga história, também tem cometido “epistemicídios” (cf. Souza Santos, 2003).

Nossa proposta teórica, metodológica e epistemológica aponta no sentido do desenho de estratégias alternativas que permitam a construção de espaços nos quais o trabalhador participe do próprio processo de conhecimento e interpretação.

A análise dos processos de trabalho em enfermaria na área de saúde mental permite-nos realizar um percurso histórico por meio do seu próprio desenvolvimento e de sua intervenção nos complexos processos de modelação-modulação de sujeitos: do sujeito que é objeto do trabalho e do sujeito que trabalha sobre o sujeito. Trata-se de uma análise que abarca diferentes aspectos conectados por uma mesma lógica: a produção da enfermaria, a produção de homens, a produção de trabalhadores. O trabalho de enfermaria e sua história nos possibilitam, como modelo paradigmático, reler a história do trabalhador em geral.

Ensaio do método

Penso na inaptidão do intelectual para o trabalho físico, mas é uma ingenuidade: não se trata somente do esforço físico. O primeiro dia na fábrica é aterrador para qualquer um. Depois, muitos dos meus companheiros me falaram disso, freqüentemente com angústia. Que espírito, que corpo pode aceitar sem um movimento de revolta o ritmo aniquilador, antinatural da linha de montagem? Todos sentem uma idêntica violência, uma humilhação e um desgaste na linha de montagem: o trabalhador, o camponês, o trabalhador intelectual e o manual, o imigrante e o francês...

LINHART (1966, p. 27)

Neste ponto do texto interessa abordar a realidade material que dá sustento às dinâmicas de pesquisa: referimo-nos *às formações sociais que constituem a base da produção de conhecimento na sociologia do trabalho crítica*, as quais, nas metodologias formais, permanecem ignoradas ou tratadas superficialmente. As lutas, *encontros e desencontros discursivos* parecem assentar-se somente sobre as linhas abstratas do pensamento e não em suportes materiais e sociais. Por isso, o fato de compreender e descobrir aparece hegemonicamente como um assunto metodológico destinado somente a indivíduos e não a coletivos atuantes. Diante disso, propomo-nos então a refletir, a partir de nossa experiência, como se produz a materialidade desse coletivo na proposta da pesquisa co-produzida.

Este trabalho, realizado no hospital psiquiátrico, surge da pergunta formulada pelos pesquisadores acerca da relação entre o processo de exclusão-extinção social e a intervenção institucional. Descobrimos prontamente, dentro dessa problemática, os limites para apreender o processo social de trabalho institucional a partir da metodologia clássica (enquetes, entrevistas, observações participantes). Promove-se, então, o diálogo com trabalhadores-enfermeiros por meio de entrevistas em profundidade no hospital e propõe-se, depois, à medida que se estabelece um laço de confiança, a idéia de desenhar um *dispositivo ad hoc* para pensar conjuntamente as dificuldades da prática de pesquisa. Do ponto de vista dos trabalhadores percebe-se, já neste início, uma satisfação – a “enfermeira era escutada”: rompia-se o silêncio e criava-se um novo espaço comunicativo na atividade, constringida pelos limites institucionais, do trabalhador.

Esse dispositivo supõe tanto movimentos internos, em termos de posicionamentos subjetivos, como desdobramentos externos, promovendo também o diálogo com outros trabalhadores da instituição, de outras instituições hospitalares e de outros âmbitos acadêmicos, propiciando, assim, o conhecimento e o reconhecimento dessa nova prática de pesquisa na qual o trabalhador co-produz com o pesquisador a partir do seu próprio saber. Nos termos desse processo co-produtivo, cada passo é pensado como estratégia criativa de intervenção diante dos obstáculos, o que implica um trabalho de abertura, diálogo e exposição por parte de trabalhadores na qualidade de pesquisadores.

Perguntava-me se os enfermeiros não crêem que seus projetos de melhoria podem ser levados a cabo, perguntava-me se o enfermeiro em saúde mental perdia coerência por trabalhar no âmbito em que estamos. Não encontrava resposta. Esse sentimento de

frustração e descontentamento durou bastante tempo, até que, como disse ao princípio, o grupo de trabalho que coordena esse encontro me fez passar da frustração para uma reflexão e, se se quiser, para uma declaração: o saber científico que têm os formados e os [enfermeiros] que se profissionalizam e o saber empírico que temos nós, os que estamos com o paciente, nos dão autoridade para conceber e levar a cabo projetos de melhoria para a enfermaria... Não devemos silenciarmo-nos nem permitir que nos silenciem, o enfermeiro, se sabe, pode (Enfermeiro co-produtor, apresentado nas Jornadas de Enfermária organizadas pelo dispositivo, 2004).

Mais adiante, novos passos serão propostos pelos próprios trabalhadores. Assim, um dos enfermeiros recomenda a metodologia de “percorrer o hospital”. Os trabalhadores abrem caminho, difundem, discutem com seus companheiros de trabalho sobre a atividade do dispositivo co-produtivo e depois também se apresentam em jornadas acadêmicas, junto com os pesquisadores, para dar conta da forma e dos conteúdos do co-trabalho.

O co-trabalho não se constitui como uma forma metodológica acabada, ao contrário, permanece sempre aberto. Certamente gera incertezas para uns e para outros. Entre os enfermeiros, surge tanto a necessidade como a dificuldade de compartilhar com outros companheiros de trabalho a experiência do dispositivo e de dispor-se a ouvir o outro sem preconceitos. Para os trabalhadores significa um reposicionamento diante dos conflitos e tensões entre companheiros e hierarquias, próprios do âmbito de trabalho e da demanda por respostas pragmáticas aos problemas abordados. A aplicação do dispositivo requer um *deter-se* sobre o trabalho e sobre a ciência, dando lugar ao fortalecimento necessário de um compromisso sustentado para a fundação de uma nova prática social e de pesquisa. Trata-se de uma práxis transdisciplinar, num sentido mais amplo do que o entrecruzamento interdisciplinar; trata-se da materialidade do coletivo produtivo.

Como sujeitos do estudo, desde o começo se promoveu o vínculo com os pesquisadores para ter a maior informação possível... do ponto de vista pessoal, para mim, ser parte do Dispositivo Borda é um desafio consciente que me expõe como trabalhador-ator e me permite perceber o modo como me vêem enquadrado em um projeto de pesquisa rigoroso [...]. Nos laboratórios sempre existiram, e existirão, os ratos, os microscópios, os livros para consulta [...] deste lugar o compromisso com a ciência te disciplina. Então, “penso, logo existo”, e, posteriormente, por que não dar lugar, talvez, a uma publicação do objeto investigado? A consideração que se expõe aqui é muito mais complexa, já que o compromisso com a ciência que vocês idealizam coloca um novo paradigma no qual

“existo, logo penso, logo existo”. Evidentemente, isso esboça ânsias de mudança, o que provoca uma nova desordem (segundo vocês expressam) que considero interessante de ser abordada (Notas, enfermeiro co-produtor, 2005).

Entre os investigadores expressam-se também resistências, manifestadas por objeções em se incorporar à tarefa, em se deslocar da posição de provedores de respostas ou abandonar a crença de possuí-las antes de encontrar-se com o outro. Co-produzir mediante um dispositivo de co-pesquisa implica uma árdua empreitada que pressupõe, no mínimo, um marco teórico de referência (flexível, provisório, acumulativo) e uma metodologia prática de trabalho que possibilite produzir diálogo e reciprocidade para agüentar *ser um estrangeiro em um lugar de trabalho outro*, linguagens e significados exigindo embate e tradução.

O desafio desta experiência é abrir a possibilidade de elaborar um *texto coletivo*, com pensamento coletivo, que permita, por sua vez, descobrir as transversalidades metodológicas tanto no processo de pesquisa como no processo de trabalho. Metaforicamente, a fita de Moebius¹ dá conta dessa permanente recursividade, entre textos e reversos, dos métodos produtivos que o taylorismo (nas suas expressões macro-micro) tenta insistentemente nublar. Neste ensaio, recorre-se, como estratégia de pesquisa, ao registro da intertextualidade, que proporciona o encontro discursivo e a diversidade de pensamento que se desdobra em um diálogo concreto que destrói, dilui e reconstrói conceitos.

A forma de desenvolvimento deste *trabalho* escapa à alienação da linha de montagem e à alienação da produção acadêmica que, com frequência, perde de vista os sujeitos e os “corpos” sobre os quais produz conhecimento. Ao contrário, o trabalho coletivo reúne ao redor de uma mesa os “corpos”, garantindo o envolvimento na troca dos olhares, apoiando ou dialetizando o discurso, abrindo-se aos matizes das inflexões subjetivas e construindo, passo a passo, a complexidade de um conhecimento transdisciplinar. Os elementos dessa prática constituem-se em múltiplos níveis e espessuras, implicam sempre uma ruptura, uma dissolução e um encontro, uma luta permanente entre o global e o local, entre o coletivo e o subjetivo, entre o produtivo e o improdutivo, entre o excluído e o incluído.

Da perspectiva dos co-produtores (co-pesquisadores):

O dispositivo é uma ferramenta. Como qualquer outra, pode servir em diferentes sentidos. A co-produção nos fornece um método para visualizar os problemas. Neste

1. Fita de Moebius é uma metáfora que designa a imperceptibilidade entre o dentro e o fora, entre o princípio e o fim (N. T.).

espaço descobrimos que a esta realidade que nos aliena é preciso opor uma escuta, um saber, uma prática que nos devolva a reflexão, o afeto, a solidariedade, que nos forneça um mecanismo que não esteja condenado a repetir a história. Talvez não seja a ferramenta perfeita, mas mostra um impulso de superação que parte da interação dos que a compõem. Este processo permite reordenar pensamentos dispersos, fragmentados. Mediante o intercâmbio com o outro e a interrogação descobrimos nossas práticas e nos descobrimos. As práticas ressignificam-se, revalorizam-se, permitem-nos chegar em outro lugar, de protagonismos, mover-nos da prática asséptica que espera transformações maciças e imediatas a uma prática de cuidado, preservação, responsabilidade e apropriação das mesmas. Não só nos enriqueceu em quantidade de informação, mas também se traduziu em um movimento subjetivante que se expande entre colegas e se transmite ao paciente (Reflexão conjunta de trabalhadores-enfermeiros pesquisadores no âmbito do dispositivo, 2004).

Em conseqüência, como ponto de partida e como interrogação subjacente ao próprio questionamento da pesquisa, torna-se necessária uma transformação subjetiva para a produção de conhecimento, processo perante o qual o método positivista esquiva-se sistematicamente, tanto que os pesquisadores acabam inseridos numa facção legitimada socialmente e separada (virtualmente) do conjunto social, dando lugar a sucessivas tramas reducionistas. Esta proposta sugere uma postura diferente, complementar, tanto na promoção de uma perspectiva construída sobre bases epistemológicas e teórico-conceituais que remetem ao paradigma da complexidade, como na práxis co-produtiva.

A história: ser trabalhador-enfermeiro entre os paradigmas da psiquiatria e a modulação dos homens

E logo, o medo. É difícil definir: no começo o percebia individualmente, em um ou outro: o medo de Sadok, o medo de Simon, o medo da mulher dos assentos. Em cada caso podia achar-lhe uma explicação. Mas, com o tempo, vou percebendo que me defronto com algo mais vasto: o medo faz parte da fábrica, é uma de suas engrenagens fundamentais. Para começar, tem a feição de todo esse aparato de autoridade, de vigilância e de repressão que nos rodeia: guardas, chefes de equipe, capatazes, agentes de setor...

LINHART (1996, p. 74)

Tradicionalmente, a história das enfermarias de saúde mental tem sido pensada e contada à sombra das práticas de intervenção psiquiátrica e da história das instituições asilares. Tentaremos, neste artigo, resgatar essa história a partir da perspectiva dos trabalhadores-enfermeiros dessas institui-

ções, apoiando-nos nas suas próprias interpretações sobre as contradições e as dificuldades que esse trabalho encerra. A perspectiva de análise do trabalho que aqui se propõe implica dar especial atenção aos suportes coletivos e subjetivos das instituições e seus produtos (cf. Bialakowsky *et al.*, 2002). Descobrimos no decurso do trabalho institucional-hospitalar um processo social de trabalho que implica pelo menos três dimensões a serem consideradas: o trabalho sobre o sujeito paciente; as hierarquias instituídas pelo modelo médico e o saber disciplinar contido nesse modelo; e o pensamento social sobre a anormalidade.

A origem do tratamento moderno da loucura está na psiquiatria de viés iluminista – convergente com o auge da Revolução Francesa –, que deixa como marca principal nesse desenvolvimento europeu a atribuição do problema da loucura à medicina.

Nessa etapa, as instituições para os “alienados” eram administradas concomitantemente pelo Estado e pelas associações beneficentes. Essa intervenção encontra-se relacionada ao auge modernizador, integrador e expansionista do fim do século XIX, que demonstra propósitos de medicalização das condutas críticas ou cidadãs, na tentativa de harmonizar a modernização e a expansão do aparato produtivo, controlando o deslocamento demográfico em massa provocado pelo fluxo das imigrações (cf. Vezzetti, 1983; García, 1981-1982). A partir desse período, produzir-se-á uma progressiva centralização do tratamento das doenças mentais em hospícios e, posteriormente, em hospitais estatais.

Do ponto de vista do paradigma psiquiátrico, adota-se o modelo anatômico-clínico, que propõe classificar e ordenar *o patológico*. Esse modelo pressupõe que a loucura pode ser observada e descrita em condições similares às de outros objetos da ciência, instaurando a possibilidade de um conhecimento racional da loucura como meio para o conhecimento objetivo do homem (cf. Galende, 1994). O paradigma positivista, que a partir do pós-guerra, em meados do século XX, estende-se por toda a Europa e América, representando a passagem da etapa empírica à técnica, deixará como legado a prática da observação que se situava, nas etapas iniciais do hospício, entre a classificação e o tratamento.

Nos fins do século XIX, a universidade ingressa nos hospícios, legitimando a investigação e as práticas psiquiátricas. Nesse contexto, a prática de enfermagem não estará ligada, como no começo, à beneficência; o papel do enfermeiro transforma-se em auxiliar de médico, abandonando em parte a lógica da detenção do paciente. É assim que, no começo do século XX, nos hospícios

e posteriormente nos “hospitais nacionais neuro-psiquiátricos”, já existem o enfermeiro e a figura do ajudante de enfermagem. Nesse período, os papéis da assistência médica e do tratamento do “alienado-delinquente” encontram-se ainda estreitamente relacionados. O enfermeiro é identificado tanto com as tarefas relacionadas à observação como com as de sujeição dos internos. Por outro lado, a figura do vigia hospitalar encontra-se mais vinculada à ordem hospitalar, representando uma figura hierárquica.

A partir da década de 1940, produz-se uma expansão do sistema de saúde nos seus três níveis – público, privado e assistencial –, o que transforma a área da saúde numa importante fonte de emprego, ao mesmo tempo em que se evidencia a baixa disponibilidade de recursos humanos formados (cf. Galín, 2002, p. 88). A atividade de enfermagem sofreu historicamente uma importante demanda insatisfeita e uma escassa profissionalização, o que se relaciona diretamente às condições de trabalho implicadas na atividade (cf. Wainerman e Geldstein, 1990).

Os relatos de trabalhadores da época² descrevem explicitamente o trabalho de custódia sobre os internos, a existência de pavilhões de presos e outros serviços mais integrados à sociedade, com certa participação do núcleo familiar em colaboração com o doente na manutenção do *habitat* hospitalar.

Os doentes ficavam amarrados todo o dia durante meses; para soltá-los aos poucos consultava-se o médico e, como prescrição terapêutica, aplicavam-se injeções de leite nos braços dos doentes a fim de provocar uma infecção, que conjuntamente com a inflamação produzia febre, impedindo os mesmos de levantar-se. Quando a infecção encontrava-se muito avançada, levava-se o doente à cirurgia e realizava-se um corte para drená-la. A única medicação dada era, pelas noites, um produto chamado “coral”, cujos componentes eram desconhecidos, já que era enviado da farmácia sem etiquetas. Também utilizavam-se técnicas de eletrochoque, fazia-se, inclusive, lobotomia. Tudo isso até o ano de 1965. A partir de então começa-se a utilizar “insulino-terapia” nos mais agressivos; tal tratamento diminui a glicose, até o paciente entrar em coma. Pelo modo e pelo tom com que ele me conta, tenho a impressão de que era aplicado como castigo [...]. Quando terminei de fazer a entrevista, senti que me falava sobre um campo de concentração (Relato de um co-produtor, enfermeiro, de uma entrevista realizada com um companheiro de trabalho no âmbito do dispositivo de co-produção, 2005).

Nesse modelo de hospital correccional, o saber que se demanda do trabalhador é um saber sobre a força e a vigilância, ainda que também se adquiriram conhecimentos técnicos em relação à medicação de cada paciente, para

2. Agradecemos as contribuições de José Vicente Correa e Luis Di Lorenzo, que começaram a trabalhar no hospital psiquiátrico em 1953 e 1957, respectivamente, onde permanecem até hoje, dispondo-se a conversar sobre suas trajetórias de trabalho com o dispositivo de co-produção investigativa.

levar adiante o serviço na ausência dos médicos. O progresso científico e a instauração da assistência como tratamento não diminuem a crueldade das intervenções. Para os trabalhadores, os primeiros dias na instituição significam um processo de mortificação, que pode ser comparado ao processo de admissão dos pacientes, de modo que o controle dos corpos e a modelação subjetiva que o trabalhador deve exercer acompanham sua própria modelação. Nesse processo social de trabalho, o padecimento pode ser visto como instrumento integrante da dominação social.

1957. 3 de novembro. Retorno com o telegrama e ali me atende uma figura que já morreu, o chefe dos vigilantes, que me diz: O senhor sabe o que tem que fazer aqui? Não, venho com o telegrama... Porque nessa época o enviavam independentemente do que você fosse... Eu nunca havia nem ao menos entrado numa sala de primeiros socorros. Quando ele abre a porta, olho para dentro... era a sala de “vigilância”. Deparome com todos amarrados com coletes. Apresentam-me ao enfermeiro... e... tinha ali uma mesinha pequeninha, assim, uma cadeira aqui, outra lá, de frente para a sala, olhando para todos os pacientes amarrados. E eu lhe digo: Mas o que é isso? Isso é uma jaula de leões, lhe digo [...] E assim foi sucedendo-se... todos os dias, dia a dia, eu lhe dizia: Não, eu vou embora, não agüento mais, esta jaula de leão, não agüento mais. Todos os doentes pulando... os polacos, os alemães, tipos de cem, cento e dez quilos, que se moviam com cama e tudo. Imagina que expectativas tinha eu, que nunca havia entrado em uma sala de primeiros socorros, ver tudo isso... era como se lhe jogassem em uma jaula de leões e lhe dissessem: defenda-se como pode.

[Entrevistador] Você tinha que estar preparado para tudo isso?

Lógico, não nos disseram que isso seria assim. A mim não disseram, me colocaram lá dentro e fecharam a porta, e fiquei trancado com todos aí dentro (Entrevista realizada por um co-produtor enfermeiro a um companheiro de trabalho, 2005).

A partir dos movimentos de desinstitucionalização que surgem no pós-guerra, autores como Franco Basaglia irão questionar a relação entre cura e custódia nos denominados “manicômios”, ressaltando as tensões e contradições que essa dicotomia imprime à prática dos assistentes (cf. Basaglia, 1985).

A crítica à intervenção psiquiátrica tradicional desenvolve-se, uma vez que se apresenta em evidência os massacres dos campos de extermínio e as semelhanças entre esses confinamentos e os de instituições como os manicômios (cf. Visacovsky, 2002). A crítica começou a apontar a necessidade de um espaço de confinamento autenticamente médico, reconstruindo o

conceito de paciente. Novas perspectivas teóricas e práticas terapêuticas propõem integrar o próprio paciente, sua família e a comunidade no tratamento, e tende-se a partir de então a abrir a relação autocrêntrica da prática psiquiátrica no espaço hospitalar.

Chega-se a questionar a exclusividade médica e psiquiátrica na intervenção sobre as doenças mentais, reivindicando uma prática que não reduza a complexidade das problemáticas que abrange. O “campo de saúde mental” abre-se à intervenção não sem lutas e resistências (cf. Galende, 1994).

Nesse novo paradigma interdisciplinar, a posição da enfermagem adquire um caráter de disciplina distinto, mas sua posição no âmbito hospitalar permanece incapaz de escapar às contradições que pareciam irresolúveis, de modo que os tratamentos baseados na internação e no isolamento se mantêm intactos. Tanto é que os espaços destinados ao tratamento de transtornos mentais continuam centralizados em grandes hospitais, com muitos pacientes, e o trabalho dos enfermeiros continua ligado à assistência e à vigilância desses pacientes na sua vida cotidiana na instituição.

Em geral, nos países latino-americanos e no Caribe, “a atenção psiquiátrica disponível continua centralizada nos hospitais psiquiátricos tradicionais, instituições de características predominantemente asilares e frequentemente localizadas em zonas isoladas da comunidade” (cf. Vásquez e Caldas de Almeida, 2004, p. 45)³. Nessas diagramações, mesmo os novos enfermeiros formados encontram facilmente um limite na prática assistencial que podem promover. Da sua perspectiva, não conseguem “unir a formação com a prática”, dificuldade que surge pela impossibilidade de superar os métodos históricos de intervenção.

A relação entre o contexto social e a configuração que ganha o trabalho hoje é um ponto-chave para descobrir as condições dessa permanência, bem como as dificuldades para diagramar, a partir de projetos de saúde e hospitalares, um destino diferente para essas instituições e os pacientes que elas atendem.

Além do trabalho: espaços e corpos

Apesar da dureza do trabalho, havia me habituado a essa relativa independência do trabalhador em relação ao seu posto de trabalho... Aqui isso já não é possível: o movimento da linha de montagem não faz concessões. No começo me dói essa mutilação do livre-arbítrio, depois me acostumo e vejo como vantagens o automatismo do trabalho e o cansaço menor. O automatismo reintroduz uma pequena esfera de liberdade: olho ao meu redor, observo a vida do meu pedaço de oficina, me evado com o pensamento, deixando de guarda um cantinho do cérebro para detectar defeitos de pintura.

LINHART (1996, p. 55)

3. Vásquez e Caldas de Almeida, citando o *Projeto Atlas* (América Latina, Organização Pan-americana de Saúde, Washington D.C., 2004), também reconhecem que, se bem algumas cidades têm desenvolvido experiências inovadoras, estas encontram-se limitadas a uma aplicação local. Entre elas destacam-se as experiências em Campinas (Brasil), Rio Negro (Argentina) e Belize (Belize). Em âmbito nacional destacam-se também a recente iniciativa no Chile de um Plano Nacional de saúde mental e as tentativas do Brasil, que, embora com alcance diverso nos diferentes estados, tem implementado uma política em saúde mental consistente já faz vários anos (cf. Vásquez e Caldas de Almeida, 2004). Apoiados em nossos conhecimentos, agregaríamos a experiência do processo de transformação na província de San Luis, Argentina.

Na atualidade, a função social do hospital, orientada para a assistência, tem como base o consenso quanto aos aspectos psíquicos e sociais dos transtornos mentais. Instala-se, portanto, do ponto de vista desse paradigma, a necessidade de formação dos trabalhadores-enfermeiros e uma valorização do saber necessário para tal prática. O enfermeiro transforma saber em prática na direção da promoção da saúde, no entanto permanecem inalterados alguns traços do modelo correcional na organização do trabalho hospitalar. A forma de organização do trabalho dentro da instituição hospitalar assemelha-se à da fábrica, tanto em relação aos postos de trabalho como à distribuição *em série* que se implementa para a administração dos corpos (pacientes). Essa distribuição deve permitir a vigilância em todas as horas do dia.

A cada quinze dias vêm os pacientes internados. Vêm um paciente, rapidinho, e o que sabem que não tem cura supostamente nem o vêem, e vêem outro... No atendimento tem um homem que entrou na sexta-feira e ainda ninguém o viu. Ele foi ao pronto-socorro e lhe disseram que fosse ao [setor] 9... que havia cama... e ninguém o viu. O senhor estava tomando uma medicação, então, no pronto-socorro, deram-lhe essa medicação, mas no atendimento ninguém o viu ainda. E o senhor se aproxima de mim e me pergunta que quer saber quando [vão vê-lo]... (Enfermeiro num encontro do dispositivo, 2003).

No desenrolar do processo de trabalho institucional, os trabalhadores intervêm sem conseguir visualizar a “cadeia” em que estão inseridos, e assim produz-se uma alienação em relação ao resultado do trabalho sobre o paciente.

Cada setor de atendimento tem uma orientação, uma determinada patologia, e esses pacientes são distribuídos nesses setores de acordo com a necessidade. Assim como nos setores de doentes crônicos, onde se encontram pacientes que vão ser, ou que já estão, internados e não têm nenhuma, nenhuma patologia (Enfermeiro em encontro do dispositivo, 2003).

Assim como o *tratamento* do paciente, também a distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores de atendimento segue fins disciplinares: ela representa uma maneira de fazer com que o trabalhador conheça os piores lugares em que pode ser colocado de acordo com seu desempenho. Como afirma Gaudemar, esse tipo de disciplinamento tenta aumentar as forças do corpo em termos de utilidade, aptidão, e diminui essas mesmas forças ao submetê-las a uma relação de sujeição (cf. Gaudemar, 1991, p. 86).

Por outro lado, do final da tarde e até a manhã do dia seguinte, “instala-se o abandono” no hospital, onde só ficam os enfermeiros e uma guarda médica. A atividade de enfermagem fica limitada ao controle do espaço e a atender as emergências. Nesses momentos, o grau de responsabilidade aumenta e recai sobre o trabalhador, sem que uma equipe respalde as suas práticas.

Nós temos espaços, o que acontece é que o enfermeiro... temos que cobrir todos os espaços, não podemos deixar um espaço vazio, temos que estar nos espaços (Entrevista com o chefe da enfermagem, 2004).

Existem setores ou áreas nos quais se prioriza o controle e a força por parte da enfermagem; eles estão estreitamente articulados com os demais setores, servindo-os diante das necessidades de *contenção física*. Segundo os trabalhadores desses setores, “a vigília, a tensão e a violência são constantes” neles.

Nesse esquema, o enfermeiro igualmente desenvolve um saber próprio, produto da sua estreita proximidade com o paciente, saber esse rapidamente, e sempre, apropriado pela equipe terapêutica, mas que não é reconhecido com *status científico*. Trata-se de um conhecimento proveniente do cotidiano no hospital e do convívio com o paciente, aspectos que o ponto de vista dos métodos terapêuticos legitimados não chega a visualizar. Comprova-se, então, que, subjetivamente, o enfermeiro ainda se debate com os papéis de vigilância e assistência, produzindo uma ruptura entre o sentido das práticas e o dever ser segundo as regras institucionais.

Quando trabalho em equipe [na sala dos profissionais] descuido do controle dos pacientes, que é minha responsabilidade. Não posso estar em um lugar quando estou em outro (Enfermeira em encontro do dispositivo, 2003).

As más condições de trabalho nesse âmbito somam-se à *descoletivização* da enfermagem, produto da flexibilização e da precarização do trabalho nas últimas décadas. A atribuição dos módulos de seis horas adicionais “optativos”, que se negociam “dia a dia, cara a cara com as autoridades” e que se somam às seis horas de trabalho formais e regulares, tem significado um instrumento de pressão para que se cumpram prolongadas jornadas de trabalho e tem colaborado com o desbaratamento das formas coletivas de articulação laboral. Diante dessas condições de trabalho, a formação profissional constitui um motivo de conflito no interior do coletivo da enfermagem. Apresentam-se

estratégias de profissionalização para a manutenção do trabalho, e a não-profissionalização surge como uma espécie de “resistência” na posição atual dos enfermeiros “empíricos” (enfermeiros capazes, sem titulação formal). Os saberes convertem-se em *tesouros que cada um guarda em silêncio* (cf. Cirianni e Percia, 1998).

As condições de trabalho, somadas ao silêncio coletivo em relação à própria prática, geram um estado de “desproteção” que culmina em uma forma de trabalho que os enfermeiros identificam como de caráter *institucional*. Nos encontros do dispositivo de co-produção, constrói-se a preocupação, por parte dos trabalhadores, em relação a essas “enfermidades institucionais” de que vão padecendo os trabalhadores da área da saúde, como o isolamento, o aprender a calar, o não poder demonstrar sentimentos, o não se comprometer, o trabalhar de maneira rotineira.

Nesse marco institucional não é possível esquecer o contexto social do trabalho que atualmente questiona as práticas assistenciais em saúde mental: a degradação da relação salarial de importantes setores da população e a influência desse processo na demanda de saúde mental e nas possibilidades de dar respostas às mesmas. Nas palavras de Bauman:

Nas condições atuais o confinamento não é uma escola de capacitação do trabalho nem um método alternativo para aumentar, por meio da força, a disponibilidade de trabalho produtivo quando falham os métodos “voluntários”. Nas circunstâncias atuais o confinamento torna-se uma alternativa ao emprego, um método para neutralizar a condição regressiva de uma parte importante da população, da qual não se necessita mais enquanto produtora, nem para a qual exista trabalho para o qual deva ser preparada (1999, p. 145).

A instituição, então, transforma-se num espaço no qual se desenrolam os processos de segregação, produto de uma violência da ordem de modulação social menos visível. O encontro entre trabalhadores governamentais e aqueles trabalhadores em processo de exclusão dar-se-á como um desencontro, marcado pela violência interna e externa, convergência de processos de patologização, criminalização e segregação social (cf. Bialakowsky *et al.*, 2004).

Sábado tive a oportunidade de ir trabalhar no setor de cirurgia do meio-dia à meia-noite. E, casualmente, me deixaram sozinho. Mas o curioso desse dia foi que, ao entrar no setor de atendimento, um paciente me cumprimentou – “oi Santillán”. Em outra

4. Bairro localizado na zona oeste de Buenos Aires (N. T).

oportunidade, esse paciente tinha estado internado no meu setor e em muito pouco tempo havia causado vários incidentes... A doutora então o encaminhou ao setor 30 [setor dos pacientes em crise]... Enquanto eu o medicava, ele me pedia cigarros insistentemente. Ele estava amarrado à cama por indicação médica. Por volta das 18:30, desamarrou-se. Consegui-lhe um cigarro e esperei que o fumasse tranqüilo, depois o acompanhei à cama e o tornei a amarrar. Por volta das 20:30, comecei a medicar, e o mesmo paciente tornou a me perguntar: “Como faço para encontrar a mim”... Em meio a tudo isso, esse rapaz que se criou na rua, quase como um animal, me perguntou se eu gostava de contos e de sonhos. Eu procurava saber até aonde ele ia, onde havia nascido, algum ponto de referência. Mas ele não parava de perguntar. A única coisa que consegui arrancar dele, em vão, é que era de “La Tablada”⁴, e isso de algum modo era terrível... Escrevo tudo isso para que possamos enxergar o outro (ou a nós mesmos)... Os pacientes apresentam-se como eu vi o paciente da cirurgia, fraco, com um olhar que me pareceu inteligente, e de onde não sabia se estava enlouquecendo, porque jamais encontrei alguém em quem a teoria [de Freud] estava tão encarnada. Mas... eu, invertendo princípios, estava me aproximando dele, tendo companhia, e não em solidão... Ah! Antes de chegar em casa me ligou o advogado (pelos acidentes ocorridos com pacientes) para prestar depoimento, tenho cinco dias... Se no [Hospital] Borda o suspense e o terror parecem ser uma forma de vida... não (Relato escrito por um enfermeiro coprodutor no âmbito do dispositivo).

Em cada espaço institucional instala-se o contínuo que perpassa todo o sistema capitalista. Assim, o contínuo exclusão-extinção social se faz presente de forma reticular, em cada espaço apresenta-se essa luta estrutural, como havia desvelado Foucault, de alguma maneira o poder constitui um estalo produtivo dentro das instituições disciplinares. Na contemporaneidade esse sentido construtivo-desconstrutivo da dominação complexificou-se pela existência de um duplo limite: um referente à relação entre instituições e outro referente à relação entre as instituições e a sociedade, ambos transformados pelo contínuo. *Não há destino para os pacientes*: reconvertê-los, reeducá-los, reabilitá-los como trabalhadores na sociedade do capitalismo fordista, como outrora, é somente parte de um artifício institucional e social fictício.

Tragicamente, os corpos “abandonados” – sem que isso signifique um “abandono da vigilância” – constituem uma população errante dentro do prédio hospitalar, absolutamente aterrorizados, sem saída, condenados a um paradigma, um método e um processo de trabalho que encontraram seus limites. Os corpos enclausurados, os corpos no parque, os corpos me-

dicados, os corpos sentados e deitados nos corredores... e as equipes médicas, os vendedores de laboratórios farmacêuticos e os visitantes transitando entre eles de maneira esquiva. As palavras repetidas dos internos que se aproximam atrevidamente ficam sem sentido, lançadas ao vazio, os corpos encontraram *a era do vazio* (cf. Lipovetsky, 2003), constituem-se como metáfora do trabalhador universal *subnormalizado*.

A distribuição dos corpos e a distribuição dos gestos

Os pintores têm dez minutos de descanso a cada duas horas em uma suposta sala de descanso (umas quantas cadeiras de ferro num canto sujo, um pouco mais afastado dos vapores químicos) e um copo de leite por dia, para simular alguma luta contra a destruição fisiológica que todos sabem ser inelutável.

LINHART (1996, p. 104)

Os corpos entram em ação (cf. Foucault, 2000), a linha de montagem fabril exige corpos dóceis, disciplinados, distribuídos em fila. Mas esse corpo deve ser útil (*população economicamente ativa, produtiva*), para ingressar num emprego deve cumprir os prerequisites sanitários que lhe permitam executar sua tarefa *saudavelmente*. Nesse ritual de iniciação produz-se um duplo movimento, um em direção ao exterior, de consentimento, e outro em relação ao interior, de obediência. O ato de alienação (cf. Marx, 1984 [1844]*) inicia-se com esse “investimento” dual de cessão da própria força de trabalho e da autonomia subjetiva sem a qual a cooperação organizativa (cf. Naville, 1963), a cadeia de produção não pode concretizar-se. Por meio dessa dualidade objetiva-subjetiva modula-se o homem trabalhando, o trabalhador-enfermeiro trabalhando sobre homens. A dualidade reificadora perpassa o enfermeiro, com o método produtivo, e culmina no interno, eternizando o conjunto de uma alienação (a do trabalhador) sobre outra alienação (a do paciente), e reinicia-se a cadeia em sentido inverso sobre o corpo do enfermo e o sistema correcional. O método, desde o início, supõe sujeitos reificados.

A condição do enfermeiro encarna uma duplicidade entre a subordinação auxiliar e o permanecer a cargo de um setor, trabalhando de forma isolada, sem uma equipe de apoio, deixando o trabalhador dividido entre a auto-responsabilidade e a alienação gerada a partir do reconhecimento desse outro (hierárquico) no trabalho (cf. Dejours *et al.*, 1998), aqueles outros que, inclusive, não podem testemunhar a verdade que os atravessa.

O método impõe uma distribuição de corpos, espaços e tempos que, no processo de trabalho taylorista fabril, mesmo nas suas formas mais avança-

* A data entre colchetes refere-se à edição original da obra, indicada na primeira vez em que a obra é citada. Nas demais ocorrências indica-se apenas a data da edição utilizada pelo autor (N. E.).

das, combinam-se para eliminar obsessivamente o *tempo morto* (cf. Slaughter, 1998). Estranhamente, no interior dessas instituições, e sobretudo ao longo do dia, esse parece não adquirir valor ou, inversamente, *o estar imóvel* constitui-se em um recurso do método. A instituição instaura um sistema de reclusão sedentário e, nessa lógica, paciente e assistente (enfermeiro) compartilham a mesma condição. Nos momentos de vigília, o enfermeiro vê passar as horas:

É muito difícil agüentar isso porque as atividades diminuem ao meio-dia... a enfermaria suspende [o atendimento para] que, depois do meio-dia, não haja confusão e, quando haja confusão, sejam atendidas, digamos, as urgências. Ao não haver uma dinâmica institucional e vital, tampouco a enfermaria a tem... Eu creio que o problema não é a enfermeira somente, mas sim uma dinâmica institucional que faz com que aqui, na realidade, se trabalhe [apenas] estas horas pela manhã... (Enfermeira no dispositivo, primeiras elaborações conjuntas, fins de 2003).

Esse tempo morto que se instala cotidiana e metodicamente na instituição acaba sendo um componente na relação do trabalhador-enfermeiro com o paciente, que em algumas oportunidades instala o risco de uma explosão ou o temor e a culpa nos trabalhadores. Os enfermeiros também encontram limitações nas funções prescritas – o regulamento que formata sua atividade – e na responsabilidade que implica ter a seu cargo vinte, trinta e até mesmo quarenta pacientes. A responsabilidade sobre essa acumulação de corpos instaura uma tarefa rotineira e desumanizadora.

Tenho medo do desespero que significa para o paciente ficar tanto tempo preso no setor de atendimento... que sei eu [...]. Os pacientes do meu setor estão perdidos, não sabem o que fazer. Tem um que sempre aparece na sala [dos enfermeiros] e nos pede para olhar um pouco, e o deixamos. Ele nos olha, coitado, já se cansou de olhar todo o setor de doentes e então vem nos olhar (Enfermeiro co-produtor em encontro do dispositivo).

O enfermeiro é, ao mesmo tempo, quem convive diariamente com os internos e quem atua em situações de crise e violência. Novamente, cuidado e custódia combinam-se. No hospital, evidenciam-se formas explícitas de regulação do padecimento social da população *descartada*. Nos seus extremos, o interno representa a *vida nua* (cf. Agamben, 1998) como objeto de intervenção. Nessa modulação, trabalhador e paciente defrontam-se, configurando-se como corpos *marcados*.

Na instituição total, pacientes com espaços ínfimos de resistência produzem incêndios⁵, põem em risco a própria vida e a dos profissionais da enfermagem, que se vêem presos no serviço para impedir a fuga, assediados pelo risco de manifestações do *não-dito*, do contido. “Faz mais de um ano que o atendimento vem pegando fogo” (Enfermeiro co-produtor no dispositivo, 2005).

No hospital, as queimaduras expressam também a dificuldade do trabalho institucional diante do encargo da assistência e da ausência de perspectiva de reabilitação pela prática. Para compreender essa contradição deve-se mergulhar na lógica subjacente à prática. A instituição possui um método; essa sistematicidade conforma uma ordem.

O passado do paradigma psiquiátrico poderia ser interpretado, a partir de uma perspectiva crítica, como construtor da normalidade (cf. Foucault, 1989), como reparador da força de trabalho (cf. García, 1981-82), como inclusão dos imigrantes (cf. Vezzetti, 1983). Poderia deduzir-se alguma afinidade entre o emprego das massas no fordismo e a continuidade da reparação dos corpos. No momento atual, no qual o sistema capitalista alcança um alto grau de contradição autodestrutiva com a produção da *mão-de-obra supérflua* (cf. Mészáros, 1999) e a criação de uma *população excedente*, a pergunta que fica pendente é qual o futuro das instituições destinadas à reparação dos corpos para o mercado de trabalho. Assim, no cotidiano institucional, o paciente que recebeu alta apresenta-se sem saída, ou com saídas “sem redes”, sem significado social. “Tem uma pichação escrita por um paciente que dizia: ‘Se não voltar ao Borda, está morto’” (Enfermeiro em encontro do dispositivo, 2003).

No interior do processo de trabalho hospitalar e em relação à dinâmica social em geral, descobre-se uma lógica subjacente na qual o poder regulador médico, disciplinar e biopolítico (cf. Foucault, 2000) modula a vida, ao mesmo tempo em que se transforma em política da morte, tanatopolítica (cf. Agamben, 1998), na medida em que não evita a reprodução da extinção social em espaços institucionais.

Notas finais, rompendo limites

Este ensaio procura por meio de uma hipótese metodológica avançar em duas direções: uma, usualmente já utilizada, de registro e transcrição do discurso dos trabalhadores; outra, da operação que busca recuperar não só tal discurso, mas também a interpretação pelos trabalhadores de diferentes

5. É usual na análise das condições de trabalho em saúde a referência à síndrome do *burnt-out*, termo em inglês que significa “acabar queimado” no trabalho. O *queimar-se* é utilizado aqui em termos metafóricos, em relação às exigências psíquicas do trabalho. No interior do hospital e da fábrica, pode-se observar como a metáfora concretiza-se no próprio corpo dos trabalhadores.

espaços: hospital, fábrica, centros de saúde de bairro, no sentido da co-produção de conhecimentos. Esse objetivo, por sua vez, parte de duas hipóteses básicas: a) a crítica à alienação do saber do trabalhador; b) os limites do pensamento individual e a materialidade do coletivo produtor de conhecimento sobre o processo de trabalho.

Um ponto de partida bastante lógico é pensar que os conhecimentos sobre os processos de trabalho podem ser obtidos por múltiplas vias: a via gerencial, os registros públicos ou o trabalhador mesmo, como fonte de informação. Em qualquer um desses casos, permanece pendente a exigência de que a produção do saber do trabalhador lhe seja devolvida de alguma forma. Pois bem, ainda que esse ponto de partida ético seja necessário, ele permanece insuficiente na hora de refletir sobre a subtração do saber operário como um processo de alienação (cf. Braverman, 1980). Portanto, recursivamente, se a pesquisa pode ser vista também como um processo de trabalho, a alienação do saber operário pode ser utilizada para interpelar o trabalho do próprio pesquisador. É a partir disso que surge a proposta da co-produção investigativa, como forma de começar a saldar essa dívida e esse destino do conhecimento com os trabalhadores. É possível que essa proposta altere os padrões científicos de compreensão tradicionais, e também que seja muito difícil colocá-la em prática, mas a hipótese tenta abarcar essa práxis.

Em segundo lugar, deparamo-nos com uma tensão entre o pensamento individual e o pensamento coletivo, uma entrada – por que não? – no *general intellect* (cf. Virno, 2003). Transpassar o marco do pensamento individual e romper suas próprias limitações implica, dentro da metodologia proposta, dirigir-se ao encontro discursivo entre trabalhadores, o trabalhador investigador-trabalhador investigado. A distribuição do conhecimento não é suficiente, é preciso distribuir também a interpretação, e esse nível exige, sem dúvida, a construção de um coletivo produtor de conhecimento. A hipótese metodológica subjacente a essa estratégia é a de que o ganho produtivo na atividade de conhecimento sobre o trabalho é equivalente ao ganho oferecido pela *cooperação* (cf. Marx, 1973 [1867]). Mas há aqui, novamente, duas questões relevantes: primeiro, que a cooperação nesse sentido clássico é essencial à produção e característica do sistema capitalista; e, segundo, que o traço relevante dessa cooperação é o *projeto despótico de produção*. Logo, não restam dúvidas de que, para além dos materiais e das próprias forças produtivas ordenadas em série para o trabalho, o essencial do método produtivo é obter esse adicional fornecido pela cooperação. É possível então sustentar que a cooperação social no processo de trabalho é um elemento vital da produtividade,

mas, ao mesmo tempo, um plano maquinal que domina os trabalhadores (cf. Hardt e Negri, 2002; Gaudemar, 1991).

Deduzimos assim que, diante dos desafios de conhecer os significados do trabalho alienado, é necessário produzir conhecimentos coletivos, o que não é possível sem um método que compreenda a cooperação e que supere, ao mesmo tempo, o método taylorista (despótico). Concluindo, deparamo-nos com uma complexidade dentro da complexidade, conhecer o processo de trabalho requer um conhecimento em si e para si, portanto o encontro discursivo se constitui na ferramenta de descoberta e de distribuição da interpretação.

Até aqui o passo dado foi co-produzir com trabalhadores-enfermeiros e co-descobrir a história do trabalho na própria história institucional, co-descobrir o padecimento e suas fontes de dominação no entrecruzamento do destino como construtores-desconstrutores de homens. Cabe dar um passo metodológico adicional: o que opinam outros trabalhadores diante do espelho do trabalho em enfermaria em saúde mental e diante do trabalho co-produtivo?

O trabalhador fabril que compartilha as reflexões com o dispositivo de enfermeiros do hospital testemunha:

Um vai a uma reunião e vê que alguns conversam por aqui, outros estão por ali... por outro lado, isso é diferente, isso tem que ser a base. A fábrica, quando a transformamos em cooperativa, mudou bastante... antes tínhamos a vigilância, tínhamos o patrão do lado. Hoje, tudo depende da base, dos que estão na máquina, de cada um... Mas antes podíamos fazer reuniões, estávamos fazendo reuniões informativas, para conversar, para unirmos e defender a fábrica... para que ninguém venha atrás de cada um. Tínhamos tempo porque não haviam pedidos. Depois, quando houve mais pedidos, já não foi possível juntar-se tanto. Os mesmos companheiros diziam: para que perder tempo de produção se podemos dirigir, por meio dos conselheiros, a reunião... Logo aconteceu que os conselheiros somente informavam aos que se aproximavam, porque os companheiros não perguntavam... (Trabalhador de fábrica cooperativada).

Essa declaração fala sobre a dominação, sobre a produção e a reprodução da máquina. O olhar de outros trabalhadores abre possibilidades de um diálogo e do descobrimento das lógicas comuns num mesmo processo de modelação-modulação de homens.

O sistema político, econômico e social trabalha sobre os homens que produzem (para eles), sejam os que produzem alumínio ou os que intervêm em saúde, atinge a todos

nós, trabalhadores. Prêmios à produção ou módulos para que produzamos mais (para eles) são dados. A fragmentação atinge a todos nós para debilitar e não chegarmos a ser um coletivo que reverta esta situação... Senti-me surpreendido quando descobrimos que o trabalhador que produz alumínio está na mesma situação do trabalhador que trata da saúde... como trabalham os homens com a saúde do homem? (Enfermeiro co-produtor).

Este ensaio transitou por vários leitões, desejamos que sua leitura convide a percorrer outros múltiplos caminhos. Basicamente, tentou-se introduzir em cena três trilhos e transmutá-los em sua complexidade: o trabalhador-enfermeiro em saúde mental, os métodos de trabalho e o processo do conhecer laboral. Habitualmente, esse papel auxiliar do trabalhador-enfermeiro encontra-se subsumido em visões que ofuscam seu papel no processo de trabalho da equipe de saúde; ao mesmo tempo, as histórias institucionais resultaram particularmente homologáveis à história do trabalhador universal fabril que tem sido privilegiado pela atenção dos pesquisadores de sociologia do trabalho. Nessa direção, o pesquisador deparar-se-á com o obstáculo de compreender e conhecer a história ininterrupta que acumula camadas tectônicas que refluem e subsumem-se ao infinito. Trabalhadores trabalhando sobre trabalhadores, método, sistema e paradigma compõem um jogo de verdade, vida e morte. Dilemas que recursivamente nos interpelam e nos animam, por que não?, a avançar novas fronteiras para investigar o trabalho.

Referências Bibliográficas

- AGAMBEN, Giorgio. (1998), *Homo Sacer I. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia, Pretextos.
- BASAGLIA, Franco. (1985), "La institucionalización psiquiátrica de la violencia". In: SUAREZ, A. (coord.). *Razón, locura y sociedad*. México, Siglo XXI.
- BAUMAN, Zygmunt. (1999), *La globalización: consecuencias humanas*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- BIALAKOWSKY, A. & HERMO, J. P. (1995), "¿Puede la sociología del trabajo dar cuenta de las nuevas articulaciones laborales?". *Revista de Trabajo*, año 2, n. 8, julio/diciembre, MTSS, Argentina.
- BIALAKOWSKY A.; LUSNICH, C. & FARAONE, S. (2002). "Proceso de trabajo en instituciones de salud mental: soportes laborales, sociales y subjetivos". In: BIALAKOWSKY, A.; LEZCANO,

- A. & SENÉN GONZALEZ, C. (coords.). *Unidad en la diversidad: estudios laborales en los 90*. Buenos Aires, Eudeba.
- BIALAKOWSKY, A.; REYNALS, C.; ZAGAMI, M. *et al.* (2004): "Procesos sociales de exclusión-extinción: comprender y coproducir en las prácticas institucionales de núcleos urbanos segregados". In: MOTA DÍAZ, L. & CATTANI, A. (coords.) *Desigualdad, pobreza, exclusión y vulnerabilidad en América Latina*. Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública, UAEM/Centro de Estudios sobre Marginación y Pobreza del Estado de México/Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Asociación Latinoamericana de Sociología.
- BIALAKOWSKY, A.; PERSANO, H.; FRANCO, D.; BARDI N. *et al.* (2005), "Acerca de negar o inventar la práctica de enfermería en salud mental". Ponencia presentada en XXI Congreso Argentino de Psiquiatría, Mar del Plata, 21 al 24 de abril de 2005.
- BOURDIEU, Pierre. (1999), *La miseria del mundo*. Buenos Aires, Fondo de la Cultura Argentina.
- BRAVERMAN, Harry. (1980), *Trabajo y capital monopolista*. Barcelona, Amorrortu.
- CIRIANNI, M. & PERCIA M. (orgs.) (1998), *Salud y subjetividad: capacitación con enfermeras y enfermeros en un psiquiátrico*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- DEJOURS, C.; DESSORS D. & MOLINIER, P. (1998), "Para comprender la resistencia al cambio". In: *Organización del trabajo y salud: de la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Asociación Trabajo y Sociedad Piette – Lvmen – Humanitas, Argentina.
- FOUCAULT, Michel. (1980), *Microfísica del poder*. Madrid, Ediciones La Piqueta.
- _____. (1986), *Historia de la locura en la época clásica*. México, FCE, tomos I-II.
- _____. (1987), *El nacimiento de la clínica*. México, Siglo XXI.
- _____. (1989), *Vigilar y castigar*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- _____. (2000), *Defender la sociedad*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- GALENDE, Emiliano. (1994), *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires, Paidós.
- GALÍN, Pedro. (2002), "Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la argentina". *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, año 8 (15).
- GARCÍA, Juan César. (1981-82), "La medicina estatal en América Latina (1880-1930)". *Revista Latinoamericana de Salud*, 1-2, México.
- GAUDEMAR, Jean-Paul. (1991), "Preliminares para una genealogía de las formas de disciplina en el proceso capitalista del trabajo". In: FOUCAULT, Michel (org.). *Espacios de poder*. Madrid, La Piqueta.
- GOFFMAN, Irving. (2001), *Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu.
- HARDT, M. & NEGRI, T. (2002), *Imperio*. Buenos Aires, Paidós.
- HOSPITAL BORDA. (1965), "Historia del Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres". *Cuadernos de ACHON*, ago.

- LEY NACIONAL de ENFERMERÍA n. 24.004 (1991).
- LINHART, Robert. (1996), *De cadenas y de hombres*. México, Siglo XXI.
- LIPOVETSKY, Pilles. (2003), *La era del vacío*. Barcelona, Anagrama.
- MARX, Kart. (1973), *El Capital*. Capítulo XI: "Cooperación". 1ª edição 1867. México, Fondo de Cultura Económica.
- _____. (1984), *Manuscritos de 1844*. Capítulo "El trabajo alienado". 1ª edição 1844. Buenos Aires, Cartago.
- MÉSZÁROS, István. (1999), *Más allá del capital: hacia una teoría de la transición*. Caracas, Vadel Hermanos.
- NAVILLE, Pierre. (1963), "División del trabajo y distribución de las tareas". In: FRIEDMANN, G. & NAVILLE, P. *Tratado de sociología del trabajo*. México, Fondo de Cultura Económica.
- SLAUGHTER, Jane. (1998), "La producción depurada y los buenos empleos". In: OIT. *Reestructuración, integración y mercado laboral: crecimiento y calidad del empleo en las economías abiertas*. Santiago, Chile, OIT.
- SOUZA SANTOS, Boaventura de (2003), "Entrevista", no *site* www.comminit.com/la/entrevistas/laint/entrevistas-23.html.
- ULLOA, F. (1995), *Novela clínica psicoanalítica: historial de una práctica*. Buenos Aires, Paidós.
- VÁSQUEZ, Javier & CALDAS DE ALMEIDA, José Miguel. (2004), "DOSSIER OMS. Salud Mental y Derechos Humanos: un nuevo enfoque". *Revista Átopos*, 2 (1), out. (www.atopos.tv).
- VEZZETTI, Hugo. (1983), *La locura en la Argentina*. Buenos Aires, Folios.
- VIRNO, Paolo. (2003), *Gramática de la multitud*. Buenos Aires, Colihue.
- VISACOVSKY, Sergio. (2002), *El Lanús: memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires, Alianza Editorial.
- WAINERMAN, C. & GELDSTEIN, R. (1990), "Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en Argentina". *Cuadernos CENEP*, 44, Buenos Aires.

Resumo

Uma sociologia do trabalho contrastada

O artigo propõe uma leitura sistêmica do trabalho e dos processos de trabalho institucionais que intervêm nos esquemas de exclusão social. Centra-se especificamente no processo de trabalho institucional dentro de um hospital de saúde mental, propondo uma analogia com os das fábricas. O trabalho de enfermagem e sua história possibilitam, como modelo paradigmático, a releitura da história do trabalhador em geral, uma vez que nessa área eles atuam sobre os companheiros que se encontram em processo de degradação social. As dimensões abordadas a partir desse eixo são: a intervenção institucional e os processos de trabalho; o macroprocesso de exclusão/extinção social; e a epistemologia da co-produção

de pesquisa para a análise dos processos sociais de trabalho. Nossa abordagem gnosiológica baseia-se na pesquisa co-produzida, a qual se constitui de dispositivos de intervenção transdisciplinares, entrevistas semi-estruturadas, histórias de vida focalizadas, observações de campo, relatos de co-pesquisadores trabalhadores e intertextos.

Palavras-chave: Epistemologia do trabalho; Pesquisa co-produzida; Hospital; Exclusão social.

Abstract

A contrastive sociology of work

The article proposes a systematic reading of work and the institutional work processes involved in patterns of social exclusion. It specifically centres on the institutional work process in a mental health hospital, proposing an analogy with the process of factory work. As a paradigmatic model, nursing work and its history enable a re-reading of the history of workers in general, since in this area workers are dealing first-hand with comrades who find themselves in a process of social degradation. The dimensions approached from this angle include: institutional intervention and work processes; the macro-processes of social exclusion/extinction; the epistemology and co-production of research for the analysis of the social processes of work. Our gnosiological approach is based on co-produced research, formed by transdisciplinary intervention devices, semi-structured interviews, focused life histories, field observations, accounts from co-researcher workers and intertexts.

Keywords: Epistemology of work; Co-Produced research; Hospitals; Social exclusion.

Texto recebido e aprovado em 11/4/2006.

Alberto L. Bialakowsky, Delia E. Franco, Mercedes Patrouilleau são, respectivamente, diretor e integrantes da equipe do projeto de pesquisa UBACyT S015, "Exclusão-extinção social e processos de trabalho institucionais. Dispositivos de intervenção transdisciplinares", do Instituto de Pesquisas Gino Germani, Faculdade de Ciências Sociais, Universidade de Buenos Aires. E-mail: albiala@mail.fsoc.uba.ar.

Nora Bardi é enfermeira co-produtora do projeto de pesquisa UBACyT S015.

Cecilia Lusnich, Constanza Zelaschi e José M. Grima são integrantes da equipe do projeto de pesquisa UBACyT S015.