

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL**

Desirée Luzardo Cardozo Bianchessi

**TRABALHO, SAÚDE E SUBJETIDADE NA DIVERSIDADE DE
UM HOSPITAL GERAL, PÚBLICO E UNIVERSITÁRIO**

**Porto Alegre
2006**

Desirée Luzardo Cardozo Bianchessi

**TRABALHO, SAÚDE E SUBJETIDADE NA DIVERSIDADE DE
UM HOSPITALGERAL, PÚBLICO E UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre em
**Psicologia Social e Institucional. Programa de
Pós Graduação em Psicologia Social e
Institucional. Instituto de Psicologia.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.**

Orientadora Prof^a Dr^a Jaqueline TITTONI

Porto Alegre

2006

Dedico este trabalho a todo trabalhador do hospital, que independente do lugar que ocupe e da função que desempenhe, é um trabalhador na saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que de maneira direta ou indiretamente contribuíram para que este estudo pudesse se realizar, de maneira especial:

- Aos trabalhadores participantes da pesquisa, tanto do grupo, como quando das visitas às áreas de trabalho, pela sua disponibilidade;
- Ao hospital por ter permitido que esta pesquisa se realizasse, apostando na produção deste conhecimento;
- Às colegas do Serviço de Psicologia, pelo apoio. De maneira mais especial à Márcia Z. Ramos, amiga e colega de trabalho há tantos anos, parceira na construção de um trabalho singular.
- À minha orientadora Prof^a Dr^a Jaqueline Tittoni, que, mais uma vez, disponibilizou-se a percorrer os labirintos do hospital.
- Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, de maneira mais especial ao Prof^o Henrique Nardi, pelos ensinamentos e acolhida.
- Às colegas Laize Guazina pelos momentos de compartilhamento das intensidades vividas no mestrado e Tatiana Baierle, pela sua participação no grupo da pesquisa e riqueza nas discussões.
- Enfim, à minha querida família que pode tolerar momentos difíceis em que tive a complicada tarefa de conciliar vários papéis: o de mulher, o de mãe, o de filha, o de irmã, o de tia, o de trabalhadora, o de mestranda. Ao Rick, pelo seu amor e companheirismo incondicional. Aos meus filhos Bernardo e Frederico, pela ternura, pelo amor que nos une, compensando os momentos, necessários, de ausência.

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece?

(Michel Foucault)

RESUMO

Este estudo se insere no campo de discussão sobre subjetividade e trabalho, buscando compreender as experiências dos trabalhadores num hospital geral, público e universitário. Problematiza-se o sofrimento dos trabalhadores da área administrativo-operacional, por apontarem a ocorrência freqüente de adoecimentos. O campo conceitual articula os conceitos de trabalho, saúde e subjetividade, buscando a ampliação da análise e investigação deste campo complexo de estudo, dos aspectos centrados no diagnóstico clínico. Nas estratégias metodológicas percorrem-se os pressupostos da pesquisa-intervenção, utilizando o grupo-dispositivo para operar no campo, aliado ao método da intervenção fotográfica. As informações são analisadas à luz da genealogia proposta no pensamento foucaultiano. Os modos de viver e trabalhar no hospital, trazem a compreensão deste espaço como campo da diversidade, onde os discursos articulam saberes e poderes, produzindo verdades que reafirmam o lugar legitimado dos profissionais que fazem a assistência direta ao paciente, enfocando-se principalmente a figura do médico, e invisibilizam o trabalho daqueles que fazem a rede de apoio para que aconteça o trabalho complexo em que hoje se constitui o hospital. Juntamente com os tensionamentos da vivência da impotência frente às demandas dos pacientes e familiares, considerando as limitações impostas pelas políticas públicas na área de saúde, surgem estratégias de lutas, como aspectos ligados à produção da saúde e o enfrentamento do cotidiano de trabalho no hospital.

PALAVRAS-CHAVE: trabalho hospitalar; subjetividade e trabalho; saúde mental e trabalho; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

This study takes part in the discussion about subjectivity and work, looking for understanding of workers' experiences in a public university general hospital. Suffering of workers in the administrative-operational area is problematized due to frequent occurrence of illnesses among them. Conceptual field articulates the concepts of work, health and subjectivity, in order to broaden analysis and investigation on this complex study area of aspects focused on clinic diagnosis. Methodological strategies scan presuppositions of interventionist research, by use of group-device for field work, together with photographic intervention. Data has been analyzed through genealogy proposed by Foucault's thinking. Ways of living and working in a hospital bring comprehension concerning this space as diversity place, where speeches articulate knowledge and power to produce truths that reassure the legitimated position of professionals who directly assist patient— focusing mainly on doctors'— and make invisible the work of those who are the supporting net for the complex work that constitutes hospitals nowadays. Together with tensions around living the impotence towards patients and family requirements—considering limitations imposed by public health policies— struggle strategies come up as features linked to health production and facing of daily work in a hospital.

KEY WORDS: hospital work; subjectivity and work; mental health and work; worker's health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA: O CAMPO CONCEITUAL ..	11
2.1 Sobre o trabalho: centralidade, tensões e transformações	11
2.2 Saúde: para além do conceito de normalidade	16
2.3 O Sujeito e os Modos de Subjetivação	29
2.4 Modos de trabalhar e vivenciar o hospital	38
3 SOBRE AS ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	46
3.1 Um caminho percorrido.....	46
3.2 Pesquisa-intervenção: ferramentas	49
3.3 Análise das informações.....	53
3.4 Caracterização do campo de pesquisa	56
3.4.1 O Hospital	56
3.4.2 Os sujeitos da pesquisa.....	58
3.5 O acontecer no campo da pesquisa	61
4 PRODUÇÕES DO GRUPO: CAMPO DE INTENSIDADES	71
4.1 O grupo em si	71
4.1.1 Trabalhadores na saúde e fora da saúde: o jogo da visibilidade e da invisibilidade	80
4.1.2 Tensionamentos das relações saber X poder: a sutileza da dominação	91
4.1.3 O encontro com os pacientes: reconhecimento X impotência	99
4.1.4 As transgressões: modos de lutas e enfrentamentos	104
4.2 A fotografia no trabalho hospitalar: ampliando olhares	106
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICES	128

INTRODUÇÃO

Este estudo é fruto da inquietação e conseqüente interesse em discutir e conhecer mais as questões relativas à saúde mental do trabalhador hospitalar. Temos presenciado, em nossos dias, o adoecimento freqüente dos trabalhadores no hospital, acompanhado pelo crescente e constante número de afastamentos do trabalho. Este fato não se restringe ao local estudado, mas, tristemente, é uma realidade para muitos trabalhadores brasileiros.

O hospital tornou-se o lugar social e cientificamente reconhecido para tratar das pessoas que estão doentes e, dessa maneira, os profissionais da saúde lidam cotidianamente com os limites tênues entre vida e morte (PITTA, 1990), confrontando-os com a fragilidade inerente ao ser humano e, certamente, com a sua própria fragilidade.

Estudos (PITTA, 1990; OSÓRIO,1998). apontam que os adoecimentos e sofrimentos de trabalhadores do hospital são decorrentes da própria natureza do trabalho e dos modos de organização deste trabalho essencial e continuado, marcados pelo controle e disciplinarização dos corpos.

Tendo em vista estas considerações, buscamos informações no Serviço de Medicina Ocupacional do Hospital onde o estudo se desenvolveu, a respeito de quem são os trabalhadores que têm adoecido com mais freqüência e quais as áreas de trabalho mais freqüentes. Sendo que as áreas de maior prevalência são as administrativo-operacional e de enfermagem. Assim como, os diagnósticos com maior prevalência são os relacionados às doenças osteomusculares e psiquiátricas.

A revisão de literatura indica vários estudos com a área de enfermagem (BENINCÁ, 2002; MORAES, 2004; WAINBERG,2004; TAFFE, 1997), dessa forma,

tornou-se interessante e relevante a investigação com a área administrativa-operacional, possibilitando a discussão desde uma perspectiva pouco explorada.

A questão norteadora desta pesquisa foi definida da seguinte forma: como se configura o sofrimento nos trabalhadores da área administrativo-operacional de um hospital geral, público e universitário? Buscamos saber como esses trabalhadores **percebem** o sofrimento produzido pelo trabalho hospitalar e como **vivenciam** esse sofrimento. Buscamos, assim, uma ampliação do olhar sobre o trabalho, a saúde e a doença, focando as experiências e as vivências dos trabalhadores.

O trabalho é focado como produtor de **modos de viver**, de saúde e de adoecimento (TITTONI, 2004). Coloca a problematização da saúde no campo da subjetivação, e não tão somente, no campo da formulação dos diagnósticos e dos nexos causais. Neste estudo, focado desde o trabalho hospitalar.

Do ponto de vista da saúde, buscamos romper com a dicotomia saúde-doença, destacando os limites tênues entre um estado e outro e focando saúde e doença como não sendo uma bi-polaridade (CANGUILHEM, 1998; LAURELL e NORIEGA, 1989). Nessa perspectiva compreendemos saúde e doença como processo que não pode ser dissociado do contexto onde ele se dá. A discussão sobre subjetividade e trabalho (TITTONI, 2004) justamente permite ampliar a visão de saúde dos aspectos da doença e de seu diagnóstico, para compreender as experiências dos trabalhadores no hospital. Dessa maneira, discutimos a saúde e o trabalho através dos modos de viver e de trabalhar, assim como dos modos de viver as situações de adoecimento.

Este estudo, assim, integra a discussão sobre saúde mental e trabalho através da discussão sobre os modos de subjetivação no trabalho hospitalar, focando os modos de trabalhar no hospital como aspecto central de análise. As

noções de trabalho, saúde e modos de subjetivação constituem a base conceitual para o desenvolvimento do estudo. Dessa maneira acreditamos possibilitar uma melhor compreensão desse campo complexo, ampliando as possibilidades de analisar e investigar esta temática.

Os caminhos metodológicos percorrem os pressupostos da pesquisa-intervenção (ROCHA e AGUIAR, 2003), utilizando o grupo-dispositivo (BENEVIDES DE BARROS, 1997) para operar no campo, além de alguns recursos da produção de fotografias, baseado na metodologia da intervenção fotográfica (TITTONI, 2004), como ampliação do olhar. Analisamos os dados à luz da genealogia proposta por Foucault (1995).

Os modos de viver e trabalhar no hospital, indicam o hospital como campo de diversidade, onde os discursos articulam saberes e poderes, produzindo verdades sobre saúde, doença e trabalho. Estas verdades, reafirmam o lugar legitimado dos profissionais que fazem a assistência direta ao paciente, focando principalmente a figura do médico, e invisibilizam o trabalho daqueles que fazem a rede de apoio para que aconteça o trabalho complexo no hospital

Os tensionamentos da vivência da impotência frente às demandas dos pacientes e familiares, considerando as limitações impostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foram elementos importantes nas produções dos grupos, assim como a identificação de estratégias de lutas, que surgem como aspectos de saúde, para o enfrentamento do cotidiano no hospital.

O grupo-dispositivo e a intervenção fotográfica mostraram-se como estratégias metodológicas profícuas na saúde do trabalhador, onde nos fluxos de tensionamento, agencia o protagonismo dos trabalhadores.

2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA: O CAMPO CONCEITUAL

2.1 Sobre o trabalho: centralidade, tensões e transformações

Nossa abordagem da noção de trabalho busca os aspectos sócio-econômico-culturais e seu lugar na construção de possibilidades de exercício da subjetividade, extrapolando, dessa forma, as concepções que enfatizam os aspectos econômicos do trabalho e as formas técnicas de organização do processo de trabalho (TITTONI, 1994).

Para tanto, partimos da análise das transformações do trabalho na contemporaneidade através da discussão sobre a sociedade de controle e a sociedade disciplinar.

Deleuze (1992, p.223), refere que as modificações do capitalismo anunciam periodicamente as mudanças nos modos de viver, dando às sociedades características diferentes, embora ainda conservem características das anteriores. Nas ditas sociedades disciplinares situadas nos séculos XVIII, XIX e tendo seu apogeu no século XX, operou-se a organização dos grandes meios de confinamento, a prisão, o hospital, a fábrica, a escola, a família. A partir da Segunda Guerra Mundial começa a se instalar a crise dessas sociedades e com ela a gestão de novas forças que vão dando contornos para o surgimento das sociedades de controle. Estas se caracterizam pelos controles contínuos que se dão a todo tempo em todos os lugares, fazendo surgir as chamadas máquinas de terceira espécie, as máquinas de informática e computadores. Conforme o autor, nas sociedades disciplinares não se parava de recomeçar, de um lugar para outro; já nas sociedades de controle nunca se termina nada, os fluxos são dispersos. Desde essas concepções é possível também fazer as distinções entre os modos de viver e se

relacionar nos dois tipos de sociedade, onde “o homem da disciplina era um produtor descontínuo de energia, mas o homem do controle é antes ondulatório, funcionando em órbita, num feixe contínuo”.

Juntamente com as transformações no capitalismo, na sociedade, ocorrem mudanças nos modos de trabalhar. Antunes (1999) aponta que desde as últimas décadas do século passado se vem acompanhando e vivenciando transformações significativas no mundo do trabalho. Na década de 80 nos países de capitalismo avançado, como também nos ditos do Terceiro Mundo, com industrialização em desenvolvimento, essas transformações atingem as formas de inserção na estrutura produtiva, bem como as formas de representação sindical e política. Esse período é marcado por grande salto tecnológico, onde a automação e as mudanças organizacionais invadiram os modos de produção do trabalho. A partir daí outros processos de trabalho emergem: o cronômetro e a produção em série são substituídos pela flexibilização da produção, por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação da produção à lógica de mercado. O autor chama a atenção que essas transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, de acordo com as condições econômicas, sociais, políticas, culturais, étnicas, têm atingido fortemente o universo da consciência, da subjetividade dos trabalhadores, das suas formas de representação.

De acordo com Antunes (1999), as transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, não consideram a perda da centralidade do trabalho numa sociedade produtora de mercadorias, pois, ainda que haja uma redução quantitativa no mundo produtivo, a criação de valores de troca se dá pelo trabalho abstrato.

Como criador de valores de uso, coisas úteis, forma de intercâmbio entre o ser social e a natureza, não me parece plausível conceber,

no universo da sociabilidade humana a extinção do trabalho social. Se é possível visualizar, para além do capital, a eliminação da sociedade do trabalho abstrato - ação esta naturalmente articulada com o fim da sociedade produtora de mercadorias -, é algo ontologicamente distinto supor ou conceber o fim do trabalho como atividade útil, como atividade vital, como elemento fundante, protoforma da atividade humana. (ANTUNES, 1999, p.215)

Castel (1998) discute as profundas modificações, que presenciamos na contemporaneidade, na relação dos sujeitos sociais com o trabalho. Frente à contínua degradação da condição salarial e da precarização do trabalho, trazendo à tona a crise da sociedade salarial que se desencadeou a partir da década de 70, sustenta a hipótese de que possa se assistir ao final da civilização do trabalho. A crise da sociedade salarial traz como conseqüência o aumento do número de trabalhadores sem trabalho – os supranumerários, que passam a sofrer e ter como efeitos a desestabilização e dessocialização. O desemprego, hoje, representa o risco social mais grave. Diante disso, o autor reforça a idéia de que a dignidade social de uma pessoa indica sobre os modos como ela participa da produção da sociedade. Lembra-nos de que a sociedade salarial é uma construção histórica, tendo sucedido a outras formações sociais. O autor afirma a partir de análises realizadas na França, que o trabalho continua sendo uma referência não só econômica, mas também psicológica, cultural e simbolicamente dominante. O trabalho, e, principalmente, o trabalho assalariado reconhece e remunera as atividades potencialmente úteis para todos na sociedade contemporânea, tornando-se o fundamento da cidadania econômica e social. Dessa forma constroem-se direitos e deveres sociais, responsabilidades e reconhecimento, como também sujeições e coerções.

Sendo assim, depreende-se que o trabalho, do ponto de vista desses autores, é fundante da atividade humana e ocupa lugar central na vida humana. A

contemporaneidade evidencia transformações tecnológicas (Castel, 1998), o que passa a exigir empregos qualificados e também altamente qualificados. Esta configuração define a “sociedade pós-industrial” (grifo do autor) pela preponderância de indústrias novas como a da informação, da saúde, da educação, o que leva a difusão maior de bens simbólicos do que materiais, exigindo competências profissionais bem maiores.

Baumgarten (2002) refere que ao final da década de 60 o regime de acumulação fordista¹ dava sinais de limitações sociais e técnicas, o que esteve associado ao endurecimento das lutas de classe, dificultando a valorização das relações de produção organizadas nesse tipo de processo de trabalho. Aliado a isso houve também o choque do preço do petróleo e a ascensão das taxas de juros, levando as empresas a diminuir sua lucratividade, desencadeando problemas quanto ao emprego e a renda. Nesse contexto anuncia-se o crescente declínio da lógica do fordismo, assim como da organização científica do trabalho (taylorismo), instalando-se gradativamente o processo de reestruturação produtiva e industrial. As garantias de lucratividade têm se firmado na busca das transformações na organização do processo de trabalho e na introdução das tecnologias informatizadas, que atendem a exigência do mercado mais instável e competitivo, podendo se observar que:

Quanto aos ganhos de produtividade, a introdução das novas tecnologias informatizadas tem desempenhado um papel fundamental, tanto através da redução do tempo de produção (os ritmos alcançados com esses equipamentos são muito mais elevados que os obtidos com máquinas eletromecânicas), quando através da maior integração do conjunto do processo produtivo, o que permite uma redução

¹ Sistema produtivo desenvolvido e vigente durante todo o século XX (ANTUNES, 1999) baseado na produção em massa de mercadorias. Para tanto, utiliza-se ao máximo da racionalização das operações realizadas pelos trabalhadores, reduzindo tempos, aumentando o ritmo e intensificando as formas de exploração.

significativa do tempo de produção total das mercadorias (BAUMGARTEN, 2002, p269).

Alves Filho citado por Baumgarten (2002), refere que no Brasil tem sido difícil localizar em algum setor produtivo a introdução plena do modelo flexível. O caminho das mudanças parece não estar numa única direção, podendo ser encontrado diferentes estratégias tecnológicas num mesmo setor. Muitos estudos têm sido produzidos nos últimos anos em decorrência das transformações no trabalho no Brasil, evidenciando os impactos das novas tecnologias e estratégias de gestão na saúde dos trabalhadores (LIMA, 2000; MERLO e BARBARINI,2002).

No âmbito das transformações nas formas de organização do trabalho (NARDI, TITTONI; BERNARDES, 2002, p.305) o processo de reestruturação do trabalho criou a necessidade de um novo “modelo” de trabalhador, capaz de lidar com tecnologias e processos mais flexibilizados, passando a lhe ser exigido também maior flexibilidade [grifo dos autores]. Esta flexibilização redefine a qualificação para o trabalho, assim como as formas de sujeição e adaptação do trabalhador aos objetivos da empresa. Estas novas formas de gestão têm como alvo a gestão das subjetividades, provocando a internalização das metas e objetivos da empresa, ao mesmo tempo negando a exploração da força de trabalho e o conflito capital/trabalho.

Estas discussões sobre o trabalho, de um modo geral, o enfocam como campo de tensão complexo, constituído por componentes e significações muito diversos, marcado por transformações técnicas e subjetivas. Ao mesmo tempo, que se tem tecnologia avançada de trabalho, com estrutura física e de equipamentos sofisticados, também se tem precariedade das condições de trabalho e, acima de

tudo, deteriorização das relações de trabalho caracterizada pela competição desmedida, que é incitada, sobretudo pelas leis de mercado instável. Dessa maneira forjando modos de subjetivação onde a palavra de ordem é “do salve-se quem puder”, característica dos modos de trabalho contemporânea. Entendendo-se que “os processos de subjetivação estão intrinsecamente associados ao trabalho, uma vez que, na sociedade capitalista, o trabalho é suporte central de manutenção da vida e significação do eu no coletivo” (NARDI, 2004, p.47).

Com essas considerações, cabe apontar o que nos dizem Laurell e Noriega (1989), sobre a necessidade de recuperar o trabalho como atividade especificamente humana, no sentido de ser uma atividade consciente orientada para um fim, onde o ser humano emprega sua criatividade. É um ato de criação de novos objetos, como também de novas relações entre as pessoas.

Segundo Nardi (2004, p.47), “o capitalismo transforma-se, assim como se transformam as fontes de sofrimento, os prazeres possíveis, os perfis de adoecimento, os riscos, as inovações tecnológicas e as formas de resistências.” Desta forma, inclusive a complexidade das relações entre saúde e trabalho, assim como as especificidades das configurações de cada contexto sócio-histórico e os arranjos políticos e culturais, a partir das relações Capital/Trabalho.

2.2 Saúde: para além do conceito de normalidade

A partir da concepção de trabalho enquanto estratégia de produção da vida por um lado, e de trabalho limitante das capacidades humanas, adoecedor, por outro, podemos pensar estas formulações na articulação com a saúde mental do

trabalhador. Para tanto, tomamos como referência a contribuição de Tittoni (2004), quando afirma que:

...a discussão sobre a saúde mental e o trabalho está atravessada por inúmeros agenciamentos que implicam modos de resistência e de fuga, lutas entre poderes de conservação e de mudança, não se referindo exclusivamente à existência ou não do adoecimento. Sobretudo a noção de saúde implica a possibilidade de se inventarem modos para se enfrentarem as situações de adoecimento. Nessa perspectiva, esse campo conecta-se à problemática da subjetividade e dos modos de subjetivação, de modo a instrumentar noções de saúde que busquem, no cotidiano e nas vivências dos trabalhadores, recursos para abordar os processos de saúde e doença relacionados ao trabalho (p.74 e 75).

Nessa perspectiva abre-se uma outra possibilidade de olhar e compreensão no campo da saúde mental, pois como coloca a autora (TITTONI, 2004,), não deve mais estar restrito aos domínios da mente, nem às determinações sociais e históricas, mas deve compreender os movimentos que agenciam fatores dispersos nas diferentes situações, cristalizando sentidos e significações, assim como sujeitando de modos particulares e/ou singulares. Nesta concepção, estão presentes as idéias discutidas por Canguilhem (1982), a respeito do processo de saúde-adoecimento, o qual fala:

a saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais (p.163).

O pensamento do autor contém a idéia de que estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar. Sentir-se com boa saúde ultrapassa o sentir-se normal. O normal refere-se à capacidade de manter-se adaptado ao meio e suas exigências,

enquanto a saúde está relacionada a ser normativo, isto é, ser capaz de buscar novas normas de vida. É poder ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, podendo tolerar as infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas.

Segundo Goldstein citado por Canguilhem (1982, p.156) ser sadio é ser capaz de comportar-se ordenadamente, para além dos impedimentos de realização do que antes era possível. Portanto, a nova saúde não é a mesma que a antiga. A cura caracteriza-se por perdas importantes para o organismo, assim como o reaparecimento de uma ordem, isto é, uma nova norma individual. Refere que é importante reencontrar uma ordem durante a cura, tendo em vista que o organismo parece querer conservar ou adquirir certas peculiaridades que lhe possibilitarão construir esta nova ordem. Nesse sentido a busca é de novas constantes, apesar das transformações decorrentes dos déficits que persistem. No sentido biológico o autor reafirma a impossibilidade da vida conhecer a reversibilidade, contudo admite reparações que consistem em inovações fisiológicas.

Canguilhem (1982) propõe pensar a doença como uma espécie de norma biológica, dessa maneira o estado patológico não pode ser chamado em si de anormal. Ele é anormal somente em relação a uma situação determinada. O autor faz uma analogia entre o ser sadio e ser normal como não sendo totalmente equivalentes, pois o patológico também é uma espécie de normal. Na medicina o normal é o estado que é desejado restabelecer, sendo este o objeto da terapêutica. Salienta que o estado normal é visado pelo tratamento, a partir do ponto de vista do doente que assim o considera, identificando como patológicos certos estados ou comportamentos que são tomados como valores negativos em relação à polaridade dinâmica da vida (estado de saúde-estado de doença). Dessa forma, o ser humano

estabelece uma luta contra aquilo que se constitui num obstáculo à manutenção e desenvolvimento de sua vida.

Um objeto ou um fato é considerado normal, em referência a uma norma externa ou imanente, quando possibilita ser tomado como referência em relação a objetos ou fatos que estão à espera de serem classificados como tal. Sendo assim, o normal é, ao mesmo tempo, extensão e exibição da norma, multiplicando a regra e no momento que a indica. A palavra *norma* do latim significa esquadro e *normalis* quer dizer perpendicular. Então, norma é regra, é aquilo que serve para retificar, por de pé, endireitar. Normalizar é impor uma exigência a uma existência, a um dado que se apresenta variado e dísparo. O normal é a norma manifesta no fato. Esta fixa o normal a partir de uma decisão normativa (CANGUILHEM, 1982, p.95).

A medicina até o século XVIII (FOUCAULT, 1998) dedicou-se mais à saúde do que à normalidade, buscando as qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder, buscando sua restauração. Nessa abordagem dava ênfase ao regime, à dietética, a toda uma regra de vida que a pessoa se impunha. Já na medicina do século XIX regulava-se mais pela normalidade do que pela saúde, apoiando-se na análise de um funcionamento regular do organismo para identificar onde se desviou, o que lhe causou distúrbio, e, a partir daí formulavam-se seus conceitos e prescreviam-se suas intervenções. Com isso o autor nos diz que os modos de fazer da medicina e seus preceitos norteadores foram se modificando, levando em consideração a variação das doenças de acordo com as épocas e lugares.

A medicina moderna nasce no final do século XVIII, com uma reorganização do espaço manifesto e secreto que se abriu para olhar o sofrimento dos homens. Os médicos do início do século XIX descreveram aquilo que ficara durante muito tempo

abaixo do limiar do visível e do enunciável. Nesse momento, a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber concreto, mudou de estrutura, fazendo aparecer sob o olhar e a linguagem o que se encontrava aquém e além de seu domínio. Ver consistia em deixar a experiência na maior opacidade corpórea, contendo a verdade proveniente do olhar atento. Este é fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível, possibilitando a organização de uma linguagem racional. O sujeito passa a ser também objeto do discurso. Dessa forma foi criada a experiência clínica sob a qual tornou-se possível pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica (FOUCAULT, 1998).

Assim, retomamos na perspectiva de Foucault, como foi se construindo o olhar clínico sobre o paciente e sua doença, através de uma visão individualizante, de um olhar voltado especificamente para os sintomas. Desta forma, o discurso da medicina enquanto reveladora de todo o sofrimento que antes não era possível descrever, muito menos qualificar. Partimos de conceitos de saúde que buscam romper com a dicotomia saúde-doença, destacando os limites tênues entre um estado e outro, não se constituindo numa bi-polaridade. Nessa perspectiva o compreendemos como processo que não pode ser dissociado do contexto onde ele se dá.

Laurell e Noriega (1989) referem que coube a medicina social problematizar a relação da saúde com o processo de produção, entendendo a saúde-doença não somente como um processo bio-psíquico, mas, sobretudo um processo social. Isto é se propõe a identificação da historicidade dos processos biológico e psíquicos humanos. No mesmo sentido Nardi (2004) afirma que o processo saúde-doença deve ser analisado no contexto onde acontece, como também não se pode excluir dele o sujeito que sofre.

Na perspectiva de ampliação da abrangência do olhar sobre o processo saúde-doença, que se coloca a saúde do trabalhador a partir da década de oitenta no Brasil, sendo enfocada como um conjunto de conhecimento proveniente de diversas disciplinas, que aliado ao saber do trabalhador, busca uma nova compreensão da relação saúde-trabalho. A saúde do trabalhador surge em meio ao movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, adquirindo maior visibilidade a partir das intervenções em políticas públicas, as quais buscam criar espaços de re-integração dos trabalhadores que adoeceram ou se acidentaram. Opõe-se aos modelos hegemônicos das práticas de intervenção e regulação das relações saúde-trabalho, tendo como diferencial a concepção do trabalhador como sujeito ativo do processo saúde-doença e não apenas como objeto de atenção à saúde. Sua ação principal é a modificação dos ambientes e da organização do trabalho, em conjunto com os trabalhadores (NARDI, 1999 e 2004).

Tittoni (2004, p.77) destaca que a saúde do trabalhador foi um importante acontecimento, no sentido de trazer uma ampliação do olhar sobre o trabalho, a saúde e a doença, focando as experiências e vivências dos trabalhadores. Dessa forma, o trabalho passa a ser tomado não só como produtor da saúde e do adoecimento, mas de modos de viver. Isto possibilitou a problematização da saúde no campo da subjetivação, e não tão somente, no campo da formulação dos diagnósticos e dos nexos causais. “Pensar-se a saúde e a doença a partir da discussão sobre a subjetividade permitiu que se firmasse as primeiras bases sobre as quais seria possível pensar-se o trabalho através dos modos de sujeição e de resistência”.

Neste estudo, enfocamos a saúde e o trabalho através dos modos de viver e de trabalhar, assim como dos modos de viver as situações de adoecimento. Desta

forma, buscamos, também, a ampliação da visão da saúde dos aspectos da doença e de seu diagnóstico, buscando elementos da discussão sobre subjetividade e trabalho para compreender as experiências dos trabalhadores no hospital.

Os modos de trabalhar contemporâneos, como já vimos, têm sido impostos pelas transformações no capitalismo que exige velocidade para dar conta dos novos modos de produção. Fonseca, Engelman e Giacomel (2004) discutem que essas mudanças no âmbito da economia capitalista e de suas estratégias para estimular a produção e o consumo, dão origem, também, a dispositivos poderosos no sentido de controle dos corpos e de políticas de subjetivação. As autoras apontam que isso tudo implica na modificação dos ritmos das pessoas em todos os âmbitos de sua vida: conhecimento, produção e afetivo, bem como na transformação dos modos de adoecimento.

Na correlação do sofrimento com o trabalho, Dejours (1994) é o autor contemporâneo que tem trazido contribuições importantes para esse campo. Buscando resguardar as devidas especificidades nas concepções de sujeito entre Dejours, Canguilhem e Foucault, julgamos importante considerar as contribuições dos autores nas análises que propomos. Pois, enquanto Foucault e Canguilhem nos fazem pensar sobre os modos como a discussão de saúde se produz na história e os sentidos que se produzem em torno do tema, Dejours problematiza o sofrimento no trabalho.

Para Dejours e Abdoucheli (1994), o sofrimento contém duas acepções: uma designa o campo que separa a doença da saúde e a outra, corresponde a um campo pouco restritivo, a saber, aquele que destaca a dimensão dinâmica do sofrimento e envolve, sobretudo, **um estado de luta** do sujeito contra as forças que o empurram em direção à doença mental. Os autores compreendem o sofrimento

como “vivência subjetiva intermediária entre a doença mental descompensada e o conforto (ou bem-estar) psíquico” (p.127). O surgimento do sofrimento é localizado na injunção do sujeito com a organização do trabalho² e às pressões daí decorrentes.

Considerando o sofrimento como um estado de luta, aproximamo-nos do entendimento de saúde proposto por Canguilhem, a qual implica a condição de ser normativo. Isto é, o estado de luta, representa o enfrentamento que poderá fazer surgir novas normas para dispor da vida.

Na concepção dejouriana o sofrimento suscita estratégias defensivas³ associadas a processos reguladores que têm por fim, basicamente, manter a adaptação às situações vivenciadas, ao meio. Neste sentido está relacionado ao conceito de normalidade. Sendo assim entendemos que as estratégias defensivas não proporcionarão o surgimento do sofrimento criativo.

Para os autores aos quais estamos nos referindo, o sofrimento criativo constitui-se um desafio para a psicopatologia do trabalho, pois depende de ações suscetíveis para modificar o destino do sofrimento e favorecer sua transformação (e não sua eliminação). Dessa forma, ele traz uma contribuição que beneficia a identidade, aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. Desta forma, o trabalho pode funcionar como um mediador para a saúde.

No sofrimento patogênico, todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho, já foram utilizadas. Nessa situação, o trabalho funciona como mediador de desestabilização e fragilização da

² Compreende (DEJOURS e ABDOUCHELI, 1994) duas acepções: a divisão de trabalho (divisão de tarefas, cadência, modo operatório prescrito e divisão de homens (divisão de responsabilidades, hierarquia, comando, controle). Age em termos de repercussões psíquicas, pois envolve as relações entre as pessoas mobilizando os investimentos afetivos.

³ Segundo Dejours (1994) as estratégias coletivas de defesa são construídas coletivamente e sustentam através de consensos entre os trabalhadores.

saúde.

Quando não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou o sentimento de impotência. Quando foram explorados todos os recursos defensivos, o sofrimento residual, não compensado, continua seu trabalho de solapar e começa a destruir o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o lentamente ou brutalmente para uma descompensação e para a doença. (DEJOURS, 1994, p.137)

Dejours (1999, p.28) faz uma crítica à imagem vendida pela indústria e empresas em geral, de que com a mecanização e robotização dos processos de trabalho o sofrimento dos trabalhadores teria sido atenuado ou completamente eliminado. Refere-se a isso como efeito de “fachada” ou de “vitrine”, pois os trabalhadores continuam assumindo inúmeras atividades arriscadas para a saúde e em condições pouco diferentes daquelas de antigamente. Por vezes, essas condições de trabalho são agravadas por freqüentes infrações das leis trabalhistas em diferentes ramos de atividades, como na construção civil, em serviços de manutenção e limpeza, entre outras. Além disso, o autor também constata o sofrimento daqueles que enfrentam riscos como radiações ionizantes, vírus, fungos, amianto, dos que se submetem a horários alternados, dos que temem não satisfazer, isto é, não estar à altura das imposições da organização do trabalho. Imposições estas relativas, por exemplo, ao horário, ritmo, formação, informação, aprendizagem, nível de instrução e de diploma, experiência, rapidez de aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, adaptação às exigências do mercado e às relações com clientes ou o público. O autor complementa dizendo, que o sofrimento provocado por essas situações de trabalho afeta não só o corpo, mas também gera apreensão e angústia nos que trabalham.

Dejours (1999) analisa algumas formas típicas como o sofrimento ocorre no trabalhador, tais como: o medo da incompetência, a pressão pra trabalhar mal, sem esperança de reconhecimento e defesa. A concepção sobre o medo da incompetência parte da defasagem inevitável entre a organização prescrita do trabalho e a organização real do trabalho⁴. Sendo impossível nas situações comuns de trabalho cumprir os objetivos da tarefa, respeitando escrupulosamente as prescrições. São freqüentes os acidentes e incidentes no trabalho, cuja origem não é entendida, trazendo abalo e desestabilização aos trabalhadores, por mais experientes que sejam. Nessas situações, não conseguem detectar se suas falhas se devem à sua incompetência ou a anormalidade do sistema técnico. Diante desses fatos, a angústia e o sofrimento tomam a forma de medo de ser incompetente, de não estar à altura ou de se mostrar incapaz de enfrentar adequadamente situações incomuns ou incertas. Outra situação típica que causa sofrimento é a pressão para trabalhar mal, onde não está em questão a competência e a habilidade, pois mesmo que o trabalhador saiba o que deve fazer, não pode fazê-lo porque as pressões sociais do trabalho o impedem. Nestes casos, colegas criam obstáculos, o ambiente social é péssimo, cada um trabalha por si, enquanto todos sonegam informações, prejudicando a cooperação. O autor comenta que, ser constrangido a executar mal o trabalho, atravancá-lo ou agir de má-fé é uma fonte importante e freqüente de sofrimento no trabalho, tanto na indústria, nos serviços ou na administração.

A terceira situação típica de sofrimento é denominada, pelo autor, como - sem esperança de reconhecimento, onde o esforço que o trabalho exige é entendido

⁴ O trabalho prescrito corresponde aos elementos previstos para o trabalho, portanto teórico. É o que está definido formalmente como deve ser executado. O trabalho real está relacionado ao modo operatório, considerando as adaptações que o trabalhador faz para que possa executá-lo. Esta diferença é comum encontrar em trabalhos caracterizados por uma divisão de trabalho que separa a concepção da execução (DANIELLOU, LAVILLE; TEIGER, 1989).

através de aspectos de personalidade e de inteligência e não através do esforço de quem o realiza. Diante de tais esforços é esperado reconhecimento e, quando isso não acontece, pelo contrário se sobrepõe a indiferença ou a negação dos outros, acarreta sofrimento. Do reconhecimento depende o sentido do sofrimento, isto é, quando meu trabalho é reconhecido, também meus esforços, minhas angústias, dúvidas, decepções, desânimos também são reconhecidos. Dessa forma, o reconhecimento do trabalho pode ser reconduzido pelo sujeito⁵ ao plano da construção de sua identidade, traduzindo-se afetivamente por um sentimento de alívio, de prazer. Quando o trabalhador não pode gozar dos benefícios do reconhecimento de seu trabalho, nem alcançar assim o sentido de sua relação para com o trabalho, o sujeito se vê reconduzido ao seu sofrimento e somente a ele. Por último, o autor enfoca as defesas, destacando a importância do emprego destas para a manutenção do equilíbrio psíquico.

A análise das defesas torna-se importante na discussão sobre sofrimento e trabalho, a partir de estudos em psicopatologia do trabalho que demonstraram que a maioria dos trabalhadores em atividade, permaneciam em um nível de tolerância ao sofrimento, próximo ao que se poderia chamar de “normalidade” (grifo do autor). Dessa forma, a normalidade é compreendida como um equilíbrio precário (equilíbrio psíquico) entre constrangimentos do trabalho, desestabilizantes ou patogênicos, e defesas psíquicas. As defesas estão, assim, implicadas nos modos de produzir esta normalidade.

⁵ Dejours (1999, p.29) define o termo sujeito para falar de quem vivencia afetivamente a situação em questão. Sob a forma de uma emoção ou de um sentimento que não é apenas um conteúdo de pensamento, mas sobretudo um estado de corpo. Entende a afetividade como o modo pelo qual o próprio corpo vivencia seu contato com o mundo. A afetividade está na base da subjetividade, e esta é dada, acontece, não é uma criação. O essencial da subjetividade é da categoria do invisível. O sofrimento, a dor e o prazer não se vêem, são vivenciados de “olhos fechados” (grifo do autor).

Outra contribuição importante de Dejours (1996), quanto ao dinamismo e repercussões do sofrimento no trabalho, diz respeito a sua dimensão temporal, articulando a história singular do trabalhador e a situação atual do trabalho. O sofrimento no trabalho se desdobra além do espaço, pois além de implicar processos construídos no interior do espaço da fábrica, da empresa ou da organização, convoca processos que se desenrolam fora da empresa, no espaço doméstico e na economia familiar do trabalhador. O “fora” também está “dentro”: “trabalho por amor aos filhos”, por exemplo.

O trabalho no hospital, por exemplo, caracteriza-se por ser hierarquizado e cada um ocupar um lugar bem definido. Essa característica parece invadir outros terrenos como no modo do trabalhador “organizar” seus sentimentos. Neste local de trabalho são comuns comentários como “as coisas do trabalho eu deixou aqui, quando bato o ponto, e as coisas de casa, do mesmo jeito, não trago para cá”. Neste estudo, a preocupação em reafirmar continuamente essa separação e essa fragmentação instigou-nos no sentido de pensar se estaria, aí, funcionando um recurso de “proteção” que funcionaria como que escondendo ou escamoteando algum sofrimento. Esta atitude, de esconder ou escamotear, poderia estar ligada ao medo de ser discriminado no trabalho ou ao medo de perder seu lugar no trabalho. Assim o sofrimento pode ser considerado ameaçador a ponto de não poder aparecer no trabalho. Poderia, então, este sofrimento ser denunciador de alguma fragilidade? Mas que fragilidade é essa que não pode aparecer?

Estas situações revelam aquilo que Tittoni (2004) refere sobre o silenciamento dos sofrimentos e dos adoecimentos podendo estar à serviço da proteção do trabalhador evitando que ameacem seu emprego.

Desde as primeiras formulações sobre o problema deste estudo, as questões

sobre a visibilidade e invisibilidade do sofrimento já se colocavam. No acompanhamento das diversas situações de trabalhadores no hospital, tanto individualmente quanto em trabalhos em grupo e com equipes, o sofrimento aparece por vezes sutil, maquiado, revestido de um esforço para que não apareça. Nestes casos o sofrimento parece ter um sentido vergonhoso ou ameaçador, como se o pensamento fosse: “tenho que esconder meu sofrimento, pois se demonstrá-lo poderei parecer frágil, incompetente e, com isso, perder meu emprego.” Em outras circunstâncias, o sofrimento se escancara, chegando inclusive ao extremo das descompensações, exigindo baixas psiquiátricas.

Dejours (1992), em estudos com trabalhadores que exerciam atividades perigosas, afirma que o medo é algo que precisa ser negado, pois ao ser reconhecido pode agir como impeditivo na realização da atividade, explicitando a impotência e a fragilidade dos trabalhadores. De forma semelhante podemos pensar na situação dos trabalhadores da saúde, dos quais são exigidos, cotidianamente, o enfrentamento do sofrimento do outro, diante dos adoecimentos e da morte. Se sofrer, poderá estar demonstrando sua incapacidade para trabalhar nesse ambiente, sendo, então, melhor não demonstrá-lo, não deixar aparecer. O autor entende que este mecanismo acontece, em geral, individualmente, pois a ideologia da organização do trabalho sustenta que o sofrimento mental não tem o direito de expressar-se no trabalho, somente o sofrimento físico e a doença mental caracterizada.

2.3 O Sujeito e os Modos de Subjetivação

Este estudo parte da preocupação com a saúde mental dos trabalhadores do hospital buscando pensar os modos de subjetivação, proposto por Foucault e a noção de sofrimento, proposto por Dejours para analisar os modos como estão se constituindo esses sujeitos-trabalhadores do hospital, neste trabalho marcado por lidar com o sofrimento alheio.

Foucault (1999) compreende que o sujeito constitui-se a si mesmo através de um determinado número de práticas que são jogos de verdade e práticas de poder. Não compreende o sujeito como uma substância, pois o que lhe interessa é a composição histórica das diferentes formas do sujeito, em relação com jogos de verdade. Interessa como o sujeito se constrói de forma ativa, mediante as práticas de si. Estas práticas de si não são inventadas pelo indivíduo, mas, ao contrário, são esquemas que encontra na cultura e que lhe são propostos, sugeridos e/ou impostos. Sendo assim, jogos de verdade, práticas de poder e constituição do sujeito, andam intimamente relacionados.

Segundo Eizirik (2002), Foucault sustenta que o sujeito constitui-se no campo histórico. Complementando essa idéia, com o pensamento do próprio Foucault em Dreyfus e Rabinov (1995), onde diz que seu objetivo foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais, os seres humanos tornam-se sujeitos em nossa cultura. Os estudos sobre o poder, assim, tinham como foco pensar o sujeito. Estes estudos foram amplamente desenvolvidos, pois compreende que enquanto os sujeitos humanos são colocados em relações de produção e de significação, são ao mesmo tempo, colocados em relações complexas de poder.

Foucault (1995,p.235) esclarece que a palavra sujeito tem dois significados:

“sujeito a alguém pelo controle e dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou auto-conhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito a”. Sendo assim, o autor entende que se estabelece três tipos de lutas, quais sejam: contra as formas de dominação (étnica, social e religiosa): contra as formas de exploração, separando os indivíduos daquilo que produzem e contra aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete aos outros (como as lutas contra a sujeição, contra as formas de subjetivação e submissão).

Os jogos de verdade para Foucault (1999) são produzidos, através de um conjunto de regras, por indivíduos livres que organizam certos consensos e que se encontram inseridos em uma determinada rede de práticas e de instituições coercitivas. É utópico pensar que os jogos de verdade circulem em um estado ótimo de comunicação sem que existam obstáculos, coações e efeitos coercitivos. A verdade (Foucault, 1989) não existe fora do poder ou sem poder. A verdade se produz no mundo graças a múltiplas coerções, produzindo nele efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade produz seu regime de verdade, isto está relacionado aos tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros, aos mecanismos e instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, às técnicas e procedimentos que são valorizados para obtenção da verdade, ao estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro. Em síntese, a verdade está vinculada a sistemas de poder que a produzem e a apóiam, como também a efeitos de poder que ela induz e que a reproduz.

Quanto às relações de poder Foucault (1999) considera que não pode haver sociedade sem relações de poder, se as entendemos como estratégias através das quais os sujeitos tentam conduzir e determinar a conduta dos outros. Argumenta que

as relações de poder não são em si mesmas algo mau, da qual deveríamos nos livrar. O problema não consiste, portanto, em tentar dissolvê-las na utopia de uma comunicação perfeitamente transparente, mas em preocupar-se das regras de direito, das técnicas de gestão e também da moral, da *éthos*, das práticas de si que permitem, nesses jogos de poder, jogar com o mínimo possível de dominação.

Conforme Foucault (1999) o poder está sempre presente nas relações humanas, independentemente de quais forem: amorosas, institucionais ou econômicas. São relações móveis, isto é, podem modificar-se, não estando dadas de uma só vez. É importante a distinção que faz com as relações de violência, onde existem ações sobre um corpo, sobre coisas, forçando, submetendo, quebrando, destruindo, fechando todas as possibilidades. Dessa maneira, não encontra junto a si um oponente, senão a passividade. Ao se deparar com uma resistência a única escolha é tentar reduzi-la. Então, numa relação de poder existem dois elementos indispensáveis: - o outro sobre o qual é exercido o poder, devendo ser inteiramente reconhecido e mantido até o final como sujeito de ação e, um segundo elemento, a abertura de todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis.

Foucault (2003, p.89) deixa claro que não entende o poder como um sistema geral de dominação de um elemento ou grupo sobre outro, cujos efeitos atravessem todo o corpo social. Propõe compreender o poder como multiplicidade de correlações de força imanentes, provenientes do domínio onde se exercem, assim como é constitutiva de sua organização; é o jogo que se estabelece através de lutas e afrontamentos. Refere que a condição de possibilidade do poder não deve ser procurada na existência de um ponto central, mas sim no suporte móvel das correlações de força que, por sua desigualdade, induzem sistematicamente aos estados de poder, sempre localizados e instáveis. Neste sentido ele diz que “o poder

está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provem de todos os lugares”.

Seguindo o autor (Foucault, 2003), o poder não é uma instituição, nem uma estrutura, nem tão pouco a potência que algumas pessoas sejam dotadas, mas sim a referência a uma situação estratégica numa determinada sociedade. Nessa linha de pensamento, ele faz as seguintes proposições: o poder se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis; as relações de poder não se encontram em posição de exterioridade com respeito a outros tipos de relações, mas lhe são imanentes; nas relações de poder não há uma oposição binária e global entre dominadores e dominados, as correlações de força que atuam nos aparelhos de produção servem de suporte a amplos efeitos de clivagem que atravessam o conjunto do corpo social; não há poder que se exerça sem uma série de miras e objetivos, isso não quer dizer que resulte de uma escolha ou da decisão de um sujeito, mas sim que a racionalidade do poder é da ordem das táticas; por último que aonde há poder há resistência. As resistências estão inscritas nas relações de poder e representam o papel adversário.

Esse entendimento sobre as relações de poder, pressupõe uma concepção de sujeito livre.

O poder só se exerce sobre “sujeitos livres”, enquanto “livres” – entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer. Não há relação de poder onde as determinações estão saturadas [...], mas apenas quando ele pode se deslocar e, no limite, escapar. (FOUCAULT, 1995, p.244) [grifo do autor]

O poder para Foucault (EIZIRIK,2002) contém uma positividade, pois o que

faz com que o poder se mantenha e seja aceito é o fato de que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que produz coisas, permeia, induz ao prazer, forma saber, produz discurso.

Poder e saber se articulam no discurso (FOUCAULT, 2003), entendendo este como uma multiplicidade de elementos discursivos, que podem se articular em estratégias diferentes. Assim como os discursos diferentes e contraditórios podem existir dentro de uma mesma estratégia. O autor destaca que:

É preciso admitir um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito de poder, e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta. O discurso veicula e produz poder; reforça-o, mas também o mina, expõe, debilita e permite barrá-lo. (FOUCAULT, 2003, p. 96)

Foucault (1989, p.08) argumenta que se deve considerar o poder como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social, para além de ser uma instância negativa com função de reprimir. Esta é uma concepção puramente jurídica do poder, identificada a uma lei que diz não. Contudo, ele afirma interrogando: “Se o poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não você acredita que seria obedecido?”

Foucault (2003) explica que a organização do poder sobre a vida se desenvolveu a partir de dois pólos: as disciplinas do corpo e as regulações da população. A disciplina do corpo concebe o corpo como máquina, produzindo seu adestramento, ampliando suas aptidões, extraindo suas forças, apostando no crescimento de sua utilidade e docilidade, fazendo sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos. Já, as regulações da população se centraram no corpo-espécie, como ser vivo; dessa forma, agindo como suporte dos processos biológicos como a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a

duração da vida, a longevidade considerando todas as variações que pode afetá-los. Esses dois processos se desenvolvem através de intervenções e controles reguladores, caracterizando uma bio-política da população. Dessa maneira, a época clássica se caracteriza não mais por um poder soberano com função de matar, mas de investir na vida: administrando os corpos e gerindo calculadamente a vida. Inicia-se assim a era do bio-poder, constituindo-se um elemento indispensável para o desenvolvimento do capitalismo. O bio-poder foi possível com a inserção controlada dos corpos no aparelho de produção, e com o ajustamento dos fenômenos da população aos processos econômicos.

As relações de poder, propriamente ditas, se exercem através da produção e da troca de signos. Além disso, são indissociáveis das atividades finalizadas, tanto daquelas que permitem exercer este poder (como as técnicas de adestramento, os procedimentos de dominação, as maneiras de obter obediência), quanto daquelas que recorrem, para se desdobrar, a relações de poder, como na divisão do trabalho e na hierarquia das tarefas (FOUCAULT, 1995).

Neste estudo, analisamos a concepção de sujeito de Foucault - o sujeito se constitui historicamente em jogos de verdade e de poder – juntamente com a noção de subjetividade em Guatarri (1993) onde sugere que a subjetividade depende de uma infinidade de sistemas maquínicos. Com isso ele quer dizer que os campos de opinião, de pensamento, de imagens, de afectos, de narrativa, não conseguem escapar da invasão da telemática, dos processos informatizados, dos bancos de dados. Dessa maneira, os modos de viver, sentir, pensar são produzidos na teia do social, entendendo-se assim que a “subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. [...] a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social.”(ROLNIK & GUATTARI, p.321,1996). Concordando

com as idéias dos autores, Nardi, Tittoni e Bernardes (2002), propõem que:

...pensar a subjetividade nas suas conexões com o trabalho implica pensar os modos como as experiências do trabalho conformam modos de agir, pensar, sentir e trabalhar amarrados em dados momentos –mais ou menos duráveis – que evocam a conexão entre diferentes elementos, valores, necessidades e projetos. Do mesmo modo, implica em diferentes possibilidades de invenção e criação de outros modos de trabalhar, na forma de transgressões ou mesmo de resistências-potências na conexão dos diversos elementos e dos modos de produzir e trabalhar. (p.304).

Neste estudo, pensamos o trabalho como ocupando um lugar central na sociedade e, desde este pressuposto, indissociável dos processos de subjetivação. Conforme diz Nardi (2004) o trabalho na sociedade capitalista tem a função de suporte central tanto para manutenção da vida , como de significação do eu no coletivo.

Transpondo essas questões para o âmbito do hospital, resgatamos Foucault (1999) que nos fala sobre o exercício de poder legitimado da medicina sobre os corpos das pessoas, sua saúde, sua vida e sua morte. Esse modo de pensar e agir prolifera-se no hospital como um todo, não só sobre os corpos dos pacientes, mas sobre os corpos e mentes dos profissionais que lá trabalham. Mas, isso nem sempre foi assim, cabe resgatar um pouco da história do hospital.

O hospital com função terapêutica, data do final do século XVIII (FOUCAULT,1989), até então, constituía-se num espaço de exclusão, assistência e transformação espiritual. Lugar onde ficavam retidos os doentes, os loucos, os devassos, as prostitutas, enfim todo aquele que pudesse de alguma forma ameaçar a sociedade. Embora os hospitais existissem há muitos anos com o objetivo de curar, nesta época, verificou-se que não curavam tanto quanto deveriam. A transformação e medicalização do hospital começaram quando buscou-se controlar

a desordem de que era portador. Desordem esta, que se referia às doenças que o próprio hospital acabava por suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade onde estava situado.

A reorganização do hospital se deu, essencialmente, a partir da tecnologia política da disciplina. É importante que se diga que a disciplina é uma técnica de exercício do poder, sendo aperfeiçoada durante o século XVIII, embora já tivesse sido inventada e empregada muito antes. A disciplina caracteriza-se pela individualização através dos espaços, inserindo os corpos em um espaço individualizado, classificatório e combinatório. Exerce seu controle sobre o desenvolvimento de uma ação e não sobre seu resultado. A vigilância é constante e perpétua sobre os indivíduos, vigiando todo o tempo sua atividade, mantendo-os sob vários olhares e continuamente registrando seus movimentos. Dessa forma, a disciplina tem como alvo e resultado os indivíduos em sua particularidade (FOUCAULT, 1989).

Com a disciplina nasce uma arte do corpo humano (FOUCAULT, 1991) que para além do aumento das habilidades e do aprofundamento da sujeição, visa a formação de uma relação que, no mesmo mecanismo, o torna tão obediente quanto é mais útil, e, também, inversamente.

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica de poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis. (FOUCAULT, 1991, p.127)

Então, a origem do hospital terapêutico encontra-se no deslocamento da

intervenção médica e na disciplinarização do espaço hospitalar. Portanto, a disciplina hospitalar tem por função assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso e disperso do doente e da doença, como também de transformar as condições do meio em que os doentes são colocados.

Toda a transformação pela qual passou o hospital, no final do século XVIII, atende a razões econômicas, ao valor atribuído ao indivíduo e ao desejo de controlar as epidemias que se propagavam (FOUCAULT,1989).

Com a concepção do hospital como instrumento de cura e a distribuição dos espaços como instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. Os registros sistemáticos dos acontecimentos e das informações geram um campo documental no interior do hospital, trazendo outros sentidos além da cura: o acúmulo e formação do saber.

Carapinheiro (1998) em seus estudos em Portugal, diz que na concepção do sistema de saúde o hospital ocupa lugar principal da produção de cuidados médicos, e de sua reprodução. Os poderes que lhe são conferidos derivam de saberes centrais, necessários para o desenvolvimento de suas atividades. Esses saberes centrais correspondem aos conhecimentos médicos que organizam os sistemas de tratamentos e aos conhecimentos de gestão hospitalar que têm a incumbência de planejar e racionalizar as atividades hospitalares para o melhor aproveitamento dos recursos materiais, técnicos e humanos.

Na atualidade, o hospital permanece definindo estratégias de gestão das pessoas, através de técnicas de poder disciplinar, demarcando os espaços e os tempos, através de uma hierarquia de dispositivos disciplinares para organizar e fazer funcionar esta “máquina” complexa que se tornou o hospital.

Os estudos foucaultianos discutem que todo o tipo de conhecimento se dá a

partir de condições políticas, as quais também são condições para a formação do sujeito, e dos domínios do saber. Nessa perspectiva os saberes são constituídos por relações de poder.

O fundamental da análise é que saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. É assim que o hospital não é apenas local de cura, “máquina de curar”, mas também instrumento de produção, acúmulo e transmissão do saber” (MACHADO In FOULCAULT, 1989, p. XXI)

Como vimos, nosso campo conceitual está fundamentado nas noções de trabalho, saúde e subjetividade. A noção de trabalho o toma como campo de tensões e relações de poder, a noção de saúde implica pensar a normalidade e a ampliação dessa problematização no campo da subjetivação. O sofrimento, é discutido desde o pensamento de Dejours, onde o sofrimento no trabalho pode ser manejado, mas não eliminado. Nosso olhar direciona-se para o trabalho como campo de tensões e relações de poder, podendo-se pensar como o poder opera para pressionar a produção de sofrimento através do controle, da disciplina e na produção de resistências.

2.4 Modos de trabalhar e vivenciar o hospital

O homem moderno, pelo horror de adoecer e de sua própria morte, necessita do saber e da técnica como refúgio para o seu medo e precariedade. Outros homens vendem a sua força de trabalho, administrando tais incômodos, construindo histórica e socialmente um processo de trabalho onde o poder e a técnica se encarregam

de diluir o impacto e o sentimento de impotência desconcertantes.
(ANA PITTA, 1990, p.25)

A complexidade do trabalho hospitalar é instigante. Em nossa contemporaneidade o hospital é a instituição legitimada e estruturada para que ocorram os dois acontecimentos cruciais na vida de uma pessoa – seu nascimento e sua morte. Acontecimentos estes que anteriormente aconteciam nas casas, sob o cuidado dos familiares, hoje estão ao encargo de trabalhadores que vendem sua força de trabalho.

Podemos dizer que o hospital é um campo de intensidades de forças, lugar destinado, ao cuidado e tratamento das pessoas que estão doentes – é o lugar da cura, da luta permanente entre vida e morte. No estudo desenvolvido Carapinheiro (1998) o hospital é concebido como

uma organização moderna e complexa, local de ancoragem de processos socio-históricos recentes, incorporando progressivamente a noção moderna de serviço público e constituindo-se como campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina moderna (p.45).

Lugar complexo que lida com uma tarefa difícil, a saber: cuidar e tratar da saúde da população. Para tanto, os campos de saber⁶ aí reunidos buscam tecnologia⁷, que é constantemente renovada e requintada. Para além das necessidades específicas trazidas pela tecnologia, o trabalho hospitalar exige a relação constante e permanente com outras pessoas.

⁶ Como a medicina, a enfermagem, a farmácia, a psicologia, a nutrição, entre outros.

O hospital reúne uma gama diversificada de trabalhadores, desde o médico , como já vimos, que historicamente, passou a ocupar lugar central neste território, enfermeiras(os), farmacêuticos(as), bioquímicos(as), nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos(as), fonoaudiólogos(as), assistentes sociais, administradores(as), engenheiros(as), pedagogas, recreacionistas, atendentes de alimentação, auxiliares administrativos, atendentes de lavanderia, auxiliares de higienização, seguranças. Estas são algumas das profissões e ocupações que habitam o espaço hospitalar, mas, com certeza, a lista é bem maior.

Entre estes profissionais constitui-se uma rede de relações necessária para realizar as diferentes atividades hospitalares, cujo caráter essencialmente coletivo tem como objetivo principal, a assistência ao paciente que ali se encontra. A partir da consulta médica desencadeiam-se várias outras atividades profissionais, que se entrelaçam, como, por exemplo, os cuidados e procedimentos de enfermagem, os exames laboratoriais, os registros e controles administrativos, a limpeza adequada dos ambientes e dos leitos, a alimentação, procedimentos cirúrgicos sofisticados, entre tantas outras. Não tem como fazer isso sem envolver essa gama diversificada de profissionais, diante da complexificação desse trabalho.

O cenário hospitalar como está configurado hoje, contém aspectos extremamente contraditórios. Por um lado está inserido num sistema de saúde constantemente em dificuldades políticas e econômicas, por outro é portador de uma potência representada pela tecnologia e pelos profissionais capacitados tecnicamente para enfrentar situações de doenças gravíssimas, superando limites antes não imaginados, restabelecendo a saúde e prolongando vidas.

⁷ Segundo Corrêa (Cattani,1997), tecnologia são os meios de intervenção no real. É o conhecimento científico transformado em técnica, que, por sua vez, irá ampliar a possibilidade de produção de novos conhecimentos científicos. Pressupõe ação, transformação, é plena de ciência, mas é também técnica.

Pitta (1990) em seu estudo sobre o trabalho hospitalar aponta que a permanente exposição a um ou mais fatores que produzam doenças ou sofrimento no trabalho hospitalar, decorre da própria natureza deste trabalho e de sua organização. Para a autora, o próprio objeto de trabalho - a dor, o sofrimento e a morte do outro - e as formas de organização desse trabalho essencial e continuado, contém as determinantes principais desse sofrimento, agindo dinamicamente e com eficiência entre si e com outros possíveis fatores. Paradoxalmente, esse mesmo objeto de trabalho é capaz de produzir satisfação e prazer, através de mecanismos defensivos de natureza sublimatória, quando há condições facilitadoras que permitam aos trabalhadores terem suas tarefas socialmente valorizadas.

Existem vários estudos com trabalhadores hospitalares que têm focado os profissionais da área de enfermagem (BENINCÁ, 2002; MORAES, 2004; WAINBERG, 2004; TAFFE, 1997), justificados em geral, pelo fato de que a enfermagem trabalha de maneira mais próxima e constante ao paciente, sofre maiores impactos psíquicos, pela carga emocional desse trabalho.

O trabalho hospitalar para o profissional da saúde está associado a valores sociais e éticos de grande alcance, relacionados à vida, alívio de sofrimento e recuperação da saúde. Sendo assim, esse trabalho tem como significado para estes profissionais, o fortalecimento da identidade e, conseqüentemente, tem um caráter positivo para a sua saúde (SELIGMANN-SILVA, 2003). Ao mesmo tempo, a assistência direta ao paciente impõe um fluxo contínuo de atividades, que envolve a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas e aterrorizadoras muitas vezes, que requerem para o seu exercício, ou uma adequação prévia à escolha da ocupação (refiro-me aos ajustes que o psiquismo de cada um estabelece para alcançar um grau mínimo de satisfação com as profissões escolhidas) ou um

exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho das tarefas (PITTA, 1991, p.62).

Podemos dizer quanto a organização do trabalho hospitalar que reproduz o modelo taylorista, com a divisão clássica entre quem concebe o trabalho e quem o executa. Assim é a divisão, por exemplo, entre as atividades de médicos(as) e enfermeiras(os), entre enfermeiras(os) e auxiliares/técnicas(os) de enfermagem, entre chefias em geral e seus subordinados. Dessa forma, cabe aos primeiros a atribuição de pensar, refletir, criar o trabalho e, aos segundos seguir as prescrições, cumprir o que já está definido. Neste contexto, o trabalho é marcado por relações de saber-poder, hierarquizadas e disciplinares, contendo um matiz forte de controles, cobranças e competitividade. No hospital onde a pesquisa foi realizada, as cores dos uniformes demarcam, visualmente e simbolicamente, os lugares de cada um, num jogo de saberes e de forças. Os profissionais usam uniformes diferentes com cores diferentes, por exemplo: os médicos, as enfermeiras, as psicólogas, as nutricionistas, os farmacêutico-bioquímicos usam jalecos brancos, os auxiliares de enfermagem usam uniforme rosa, os técnicos de enfermagem usam uniforme azul, os auxiliares administrativos usam jaleco azul-marinho, os auxiliares de higienização usam uniforme bege.

Esta abordagem da organização do trabalho hospitalar baseada em características do modelo taylorista-fordista, é reafirmada por Osório da Silva (2002):

O processo de trabalho hospitalar, múltiplo e parcelado, apresenta algumas características importantes da organização do trabalho industrial, e produz trabalhadores ora compromissados, ora desesperançados. O tempo da vida e do sonho (dos projetos, da utopia) parece estar fora de seu alcance. O processo de trabalho real, institucionalizado, repete, de uma forma por vezes caricata, a lógica do trabalho industrial, taylorizado, parcialmente ocultada pelo discurso valorativo do “trabalho em equipe”, tornando a análise deste processo mais complexa. O corporativismo - expresso na

competição entre as diversas profissões presentes - e o individualismo constituem-se em obstáculos importantes à invenção de novos caminhos (p.36).

No trabalho hospitalar, a série de ações que se desencadeia a partir do diagnóstico do médico nem sempre é entendida pelos trabalhadores, sendo que muitos não sabem o motivo e a necessidade de determinadas tarefas, ou mesmo, tampouco sabem o sentido do que estão fazendo. Outros, ainda, estão ali apenas executando as tarefas sem preocupação com o lugar de sua atividade na rede produtiva do trabalho hospitalar. As atividades desenvolvidas pelos trabalhadores que têm um nível de formação técnica e administrativo-operacional, localizando na base da escala hierárquica, estão mais subordinadas ao fazer sem questionar, às regras pré-estabelecidas, aos dogmas, às verdades inquestionáveis. Nessas atividades técnicas as prescrições das atividades estão freqüentemente descritas com pouca, ou quase nenhuma, possibilidade de flexibilização. As ações são muitas vezes automatizadas para poder dar conta da produção.

A gestão taylorista-fordista faz parte do que é conhecido como Organização Científica do Trabalho (O.C.T)⁸, a qual pode reforçar a alienação no trabalho. No hospital esta forma de gestão esta associada ao conteúdo próprio desta atividade, a saber, lidar com o sofrimento do outro. A pratica de lidar com o sofrimento leva a que os trabalhadores criem formas de distanciar-se das fontes de sofrimento, produzindo uma barreira de proteção para poder prosseguir com sua tarefa. Como exemplo, podemos indicar o fazer rápida a tarefa, para acabar o mais depressa possível o que tem de ser feito. Essa necessidade também colabora para os automatismos, que

⁸ O Taylorismo é um sistema de organização do trabalho baseado na separação das funções de concepção e planejamento das funções de execução. É uma estratégia de gestão que, juntamente com fordismo, integra a Organização Científica do Trabalho (CATTANI, 1997, p.247).

fazem o trabalhador estar “desconectado” de si e do outro para poder agir, ou enxergar a realidade parcialmente, ocorrendo uma negação do “humano” do paciente e seu. É freqüente, no hospital, os pacientes serem chamados como se fossem apenas um número, uma bexiga, um joelho, um câncer ou uma veia a ser puncionada.

Osório da Silva (1998, p.30) aponta a “falta de comunicação” e a “falta de tempo” (grifo da autora) como justificativas e “desculpas” para tudo. Estas “desculpas” garantem a manutenção da naturalização da organização do trabalho, a qual não é posta em questão. A autora refere que a pressa para acabar logo uma tarefa entediante tem por objetivo poder fazer outra que dê mais prazer, ou não fazer nada, ou fazer algo não definido previamente. Argumenta, ainda, que a pressa que se instaura nos processos de trabalho revela um pacto entre as exigências da produção na lógica taylorista, e as formas encontradas pelos trabalhadores para reduzir a angústia do trabalho insatisfatório. Assim, pode ocorrer as formas encontradas pelos trabalhadores na redução da angústia oriunda do trabalho insatisfatório, dando-se dessa maneira um menor envolvimento e investimento afetivo nas atividades.

No trabalho hospitalar, na maioria das funções, tem-se muita pressa, é “uma corrida contra o tempo”, para que a ciência vença a doença, a morte e os trabalhadores tenham a recompensa merecida. Contudo, essa pressa, muitas vezes, é imposta “de fora para dentro”, por necessidades econômicas e financeiras sob o imperativo de que o hospital precisa sustentar-se economicamente para que possa sobreviver.

Osório da Silva (1998) aponta que o desgaste intenso da saúde dos trabalhadores do hospital está relacionado à impotência frente a uma estrutura

hierárquica centralizadora, à impossibilidade de agir criativamente na relação cotidiana de trabalho e às dificuldades quanto ao uso de seu saber. Além disso, produz-se conflitos entre o ideal de trabalho em equipe e a organização do trabalho que gera soluções individualizadas, corporativismos e competição acirrada entre os especialismos. Assim, como este estudo, outros têm freqüentemente focado a enfermagem, por serem considerados os profissionais que sofrem mais diretamente o impacto da sobrecarga psíquica advinda dos pacientes.

Carapinheiro (1998) partilha da idéia de que o hospital possui traços marcantes de uma organização burocrática, baseada no modelo da burocracia racional de Weber. Para este, segundo a autora, a burocracia consiste na organização racional de posições hierárquicas, que funciona a partir da autoridade hierárquica, na divisão do trabalho baseada nas competências especializadas, regras sistemáticas e impessoalidade.

Talvez, possamos dizer que hajam mesclas de modelos administrativos na organização do hospital, a exemplo do que já mencionamos com relação a introdução do modelo flexível, onde o mais comum é encontrar diferentes estratégias de gestão e administração num mesmo setor.

3 SOBRE AS ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1 Um caminho percorrido

Só uma constelação de métodos pode captar o silêncio que persiste entre cada língua que pergunta. (Santos, 1997, p.448)

Esta pesquisa caracteriza-se por um estudo de caráter qualitativo, visando, conforme propõe Eizirik (2003, p.09) “ir ao encontro da realidade, dos outros, misturar-se com o mundo, fazendo um recorte, focando um aspecto, investigando um problema, analisando uma questão, descrevendo um processo” A autora salienta que essas ações, ao serem traduzidas em metodologias, implicam ter as teorias e conceitos como eixos condutores, comprometimento com a realidade e os sujeitos que estão sendo investigados, assim como vigilância epistemológica e comportamento ético. A autora argumenta que na pesquisa qualitativa não há uma busca pela verdade, mas o esforço para conhecer as múltiplas verdades que habitam o segmento da realidade que está sendo investigada. A lógica é da descoberta e não da verificação.

Para realizar a pesquisa utilizamos a metodologia da pesquisa-intervenção (ROCHA e AGUIAR, 2003) que consiste em uma tendência das pesquisas participativas, buscando investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa, assumindo um caráter de intervenção sócio-analítico. As autoras afirmam que o qualitativo está ligado à análise dos sentidos que vão gradativamente ganhando consistência nas práticas. O sentido é a virtualidade que pulsa nas ações, é processualização da vida e atravessa o significado, uma vez que está na ordem das intensidades. Coloca-se, assim, como um desafio aos pesquisadores na busca de ir além do reconhecimento das representações estabelecidas na comunidade

investigada, dos consensos que dão forma e apresentam a vida como uma estrutura definida nos seus valores, produções e expectativas. O qualitativo se refere à possibilidade de **recuperar as histórias dos movimentos dessa comunidade**, sendo percebido nos conflitos, nas divergências, nas ações que fazem diferença, que facultam a produção de sentidos outros, frente ao hegemônico, para um futuro indeterminado. Essa postura exige escapar do crivo que serve para diagnosticar os desvios na funcionalidade cotidiana das organizações sociais, afirmando a diferença como um modo de ser possível nas relações do coletivo. Com a pesquisa-intervenção busca-se acompanhar o cotidiano das práticas, estabelecendo-se um campo de problematização e buscando sentidos que possam ser extraídos das tradições e das formas já estabelecidas. Deste modo, instaura a tensão entre representação e expressão, permitindo novos modos de subjetivação.

Nesse sentido, a pesquisa-intervenção que nasce no Brasil, inspirada na corrente da Análise Institucional Socioanalítica⁹, tem como perspectiva interrogar os múltiplos sentidos cristalizados nas instituições¹⁰. A mudança da ação instituída é vista como consequência da produção de uma outra relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto. No âmbito da Psicologia requer a recusa da individualização e da psicologização dos conflitos (ROCHA e AGUIAR, 2003).

A pesquisa-intervenção, segundo Rocha e Aguiar (2003), vem sendo norteadada por três aspectos centrais: 1) mudança paradigmática quanto à

⁹ Esta corrente foi desenvolvida, principalmente, por Lourau e Lapassade, na França nas décadas de 60/70. Segundo Barembliit (1992), a Análise Institucional propõe a criação de dispositivos que possibilitem que os coletivos se reúnam e discutam suas problemáticas. Seu fim último é propiciar a auto-análise e autogestão.

¹⁰ Para a corrente da Análise Institucional, instituição é compreendida como “um sistema lógico de definições de uma realidade social e de comportamentos humanos aos quais classifica e divide, atribuindo-lhes valores e decisões, algumas prescritas (indicadas), outras proscritas (proibidas), outras apenas permitidas e algumas, ainda, indiferentes. Essas lógicas podem estar formalizadas em leis ou em normas escritas ou discursivamente transmitidas, ou podem ainda operar como pautas, quer dizer, como hábitos não-explicitados.” (BAREMBLIT, 1992, p.88)

neutralidade e objetividade do pesquisador, acentuando-se o vínculo entre gênese teórica e social, como também a produção concomitante de sujeito e objeto; 2) questionamento dos especialismos instituídos, processando-se um deslocamento do lugar historicamente destinado ao psicólogo; 3) ênfase à análise de implicação, entendendo-se como a análise que se deve realizar com as instituições que atravessam o processo de formação do conhecimento.

Uma importante ferramenta para a intervenção é a construção e/ou utilização de analisadores¹¹. Conceito criado pelo institucionalismo francês, que funciona como catalisador de sentidos, desnaturalizando o existente e suas condições e, desta forma, possibilitando a realização da análise proposta (ROCHA e AGUIAR, 2003).

Rocha e Aguiar (2003) têm caracterizado como dinâmica a relação entre pesquisador e objeto pesquisado na pesquisa-intervenção. Este caráter dinâmico, vai determinando os próprios caminhos da pesquisa, constituindo-se numa produção do grupo envolvido. Dessa maneira, a pesquisa é ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio-históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações.

¹¹ Analisador, segundo Barembliit (1992) pode ser um fenômeno cuja função é exprimir, manifestar, declarar, evidenciar, denunciar, como também é um produto, uma materialidade. Por exemplo, pode ser um discurso, um monumento, um arquivo, pode ser a distribuição do tempo e do espaço numa organização. Podem ser espontâneos ou construídos. Os espontâneos são produzidos pela própria vida histórico-social-libidinal e natural, como resultado de suas determinações e de sua margem de liberdade. Os analisadores construídos são inventados pelos analistas institucionais para propiciar a explicitação dos conflitos e sua resolução. Pode servir-se de qualquer recurso que ponha em manifesto o jogo de forças, os desejos, interesses e fantasmas dos segmentos organizacionais.

3.2 Pesquisa-intervenção: ferramentas

A estratégia metodológica principal deste estudo está relacionada aos modos como concebemos a pesquisa em saúde do trabalhador, a saber, dando relevância às experiências dos trabalhadores e às produções coletivas de modo a enfatizar as produções de sentido, o questionamento das situações vividas de adoecimento e sofrimento no trabalho, e o agenciamento de “novos” fluxos que possibilitem reinventar novos modos de viver e estar no trabalho.

No contexto da pesquisa qualitativa e com metodologias participativas, o grupo assume uma função importante, na medida em que ressalta o caráter coletivo das experiências de trabalho e sugere relações de co-autoria, implicando pesquisadores e pesquisados no processo de produção – e de transformação - destas idéias. Desde as etapas iniciais da pesquisa estabelece-se esta relação de co-autoria, transformando-se num processo contínuo de análise da situação-problema e a construção de estratégias que possibilitem o enfrentamento e resolução das questões colocadas. Rocha e Aguiar (2003) apontam vários pesquisadores, tais como Oliveira e Oliveira, Rodrigues e Souza, Saidon e Kankahagi, Coimbra entre outros, como referências nessa abordagem de pesquisa, destacando a pesquisa-intervenção como prática transformadora, exigindo para tanto novas concepções de sujeito e de grupo.

Neste sentido, busca atingir o objetivo de pesquisar transformando, intervindo no campo de pesquisa não só para coletar dados, mas para modificar as situações problematizadas, buscando novas maneiras de ver, entender e agir na realidade que se apresenta.

É nessa visão de pesquisa que nos propusemos a trabalhar, acreditando na potencialidade desse dispositivo para a transformação da realidade, a partir da participação efetiva dos pesquisados e da interação entre os mesmos. Não tem a característica de uma co-autoria pela questão de ser uma pesquisa para dissertação de mestrado, mas o fato de ser uma pesquisa-intervenção proporcionou atingir um dos objetivos que é o de pesquisar transformando. Isto é, intervindo no campo de pesquisa não só para coletar dados, mas, com os sujeitos, através da problematização buscar a modificação, novas maneiras de ver, entender e agir na realidade que se apresenta.

A noção de grupo enquanto dispositivo, (BENEVIDES DE BARROS,1997) constitui-se em um aspecto fundamental de nossa intervenção. A autora aponta o grupo como um emaranhado de linhas de muitas histórias que aí se cruzam, constituído pelos regimes de enunciação e visibilidade. Refere que o trabalho com o dispositivo-grupo ocorre no desembaraçamento das linhas que o compõem: linhas de visibilidade, de enunciação, de força e de subjetivação.

O que caracteriza um dispositivo é sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado de criar, é seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos que procuram explicar dando a tudo o mesmo sentido. O dispositivo tensiona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos. (BENEVIDES DE BARROS, 1997, p.189)

Para Foucault (1989) dispositivo é um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Consiste na rede que pode se estabelecer entre esses elementos, ditos ou não

ditos, sendo uma formação que surge num determinado momento histórico, com função de responder a uma urgência. Está sempre inscrito num jogo de poder e ligado a configurações de saber que dele nascem e que, também, o condicionam.

Faz-se necessário, ainda, esclarecer com a ajuda de Benevides de Barros (1997, p.187), como se dão no grupo, as linhas que compõem o dispositivo. Nas linhas de visibilidade e nas de enunciação está presente a idéia de que não há o invisível oculto, ele está presente e, está pedindo passagem. Para isso, se fazem necessárias incisões nos estratos para produzir rachaduras nas palavras, nas coisas, no próprio grupo. Nas linhas de força se destaca a dimensão do poder-saber, são as lutas das palavras e das coisas por sua afirmação. O rastreamento dessas forças que estão por todo o dispositivo, se faz através do mapeamento da manutenção/desmanchamento das instituições, da naturalização/desnaturalização dos modos de viver/sentir, do acompanhamento dos fluxos que se deslocam no tempo, produzindo modificações no que está instituído. As linhas de subjetivação são compreendidas como sendo aquelas que inventam modos de existir. No trabalho grupal podem estabelecer-se conexões para além das pessoas, buscando modos de existencialização diferentes, impondo deslocamentos, principalmente dos modos individualista da existência contemporânea.

Enquanto grupo dispositivo não há uma proposta de estruturação do encontro do grupo, no sentido de ter uma direção a seguir, de ter que responder a determinadas questões. O que guia o coordenador é a problematização dos dispositivos a partir da contextualização do estudo, no caso da produção acadêmica. Neste estudo, considerando o tema central da pesquisa enfocaremos o trabalho no hospital e suas implicações com a saúde do trabalhador.

Dessa forma, após as apresentações e explicação geral sobre a pesquisa,

lançou-se a pergunta: como é trabalhar no hospital?

Aliada ao grupo, a ferramenta da fotografia nesta pesquisa entra como a possibilidade de uma outra linguagem, e da ampliação das possibilidades do “falar”, na medida em que o contexto de grupo e de discussão poderia estar muito atravessado pelas relações de trabalho do grupo, tanto do pesquisador, quanto dos pesquisados. A proposição de que os participantes fizessem fotos fora do hospital a partir de situações que lembrassem o hospital “fora” dele, tinha o objetivo de buscar outras leituras possíveis do trabalho no hospital, ampliando os recursos do próprio grupo para produzir suas idéias.

A introdução da fotografia nesta pesquisa está baseada em estudos recentes (MAURENTE, 2005; TITTONI, 2004) na área social, que inclui a fotografia não apenas como ilustração de alguma situação de estudo, mas ligada a ampliar os modos de expressão dos sujeitos da pesquisa e das discussões propostas nos grupos. Poderíamos definir duas dimensões do uso da fotografia nesta perspectiva: o de redimensionar o olhar dos sujeitos no sentido de demonstrar sua autoria na produção das imagens e, de outra forma, no sentido de ser um modo de intervenção, explorando o processo de concepção das fotografias e as reflexões advindas daí.

Maurente (2005) em sua revisão bibliográfica considera que as pesquisas de paradigma positivista quando utilizam a fotografia, o fazem no sentido de registro do real. A autora, contudo, enfatiza que as análises semióticas têm ganhado força em pesquisa. Neste sentido a fotografia toma a forma de interpretação do real, abertura para o invisível e o indizível.

Tittoni (2004) sugere o termo intervenção fotográfica, no sentido de identificar os processos de concepção, produção e discussão das imagens produzidas. Ambas

as referências à utilização da fotografia, compõe um mesmo campo de trabalho, onde o procedimento básico consiste em solicitar fotografias aos sujeitos de pesquisa, a partir de um tema ou questão que proporciona um modo de construir informações muito rico, despertando reflexões, tanto a partir do processo de fotografar, quanto a partir da foto revelada.

Seguindo a experiência e a proposta das autoras, nesta pesquisa utilizamos a fotocomposição como recurso metodológico, consistindo em:

- entregar uma câmera fotográfica simples descartável com um filme colorido de vinte e sete poses para os trabalhadores. Cada um deles tinha a possibilidade de utilizar 13 a 14 poses, passando a seguir a máquina para o outro.
- solicitar que tirassem fotos de tudo aquilo que fora do hospital fizessem lembrar o hospital.
- discussão e análise de todas as fotografias com os trabalhadores

3.3 Análise das informações

A genealogia é cinza; ela é meticulosa e pacientemente documentária. Ela trabalha com pergaminhos embaralhados, riscados, várias vezes reescritos. (FOUCAULT, 1989, p.15)

Para análise do material produzido no campo de pesquisa utilizamos a referência da genealogia proposta por Foucault e, inclusive, adotada por Rocha e Aguiar(2003) na pesquisa-intervenção.

O conceito de genealogia foi construído por Nietzsche, trazendo uma nova concepção para a história da filosofia, propondo conhecer os saberes menores, as forças que atuaram na gênese dos acontecimentos, fazendo isso através de escavações no seu passado e no seu presente. Dessa forma a genealogia não está preocupada com a evolução dos fatos dominantes, mas acredita que o fato social acontece no encontro de múltiplas forças presentes e, sua configuração é resultante da dominância de determinadas forças sobre outras (ROCHA e AGUIAR, 2003).

Foucault (1989) entende que a genealogia exige a minúcia do saber, exige paciência e a acumulação de materiais, uma certa obstinação na erudição. Explica porque Nietzsche se opõe à pesquisa da origem (*Ursprung*), pois esta se encarrega de buscar a “essência exata da coisa, sua mais pura possibilidade, sua identidade cuidadosamente recolhida em si mesma, sua forma imóvel e anterior a tudo que é externo, acidental, sucessivo” (p.17). Refere que os termos *Entstehung* ou *Herkunft* definem melhor o objeto da genealogia do que *Ursprung*. *Herkunft* é traduzido como origem, contudo alerta que é preciso reconstituir a sua própria articulação, dizendo que é o tronco de uma raça, é a proveniência. Entende que proveniência é manter o que se passou na dispersão que lhe é própria, demarcando os acidentes, os infinitos desvios, os erros, as falhas na apreciação.

A pesquisa da proveniência não funda, muito pelo contrário: ela agita o que se percebia imóvel, ela fragmenta o que se pensava unido; ela mostra a heterogeneidade do que se imaginava em conformidade consigo mesmo. (FOUCAULT, 1989, p.21)

Dreyfus e Rabinow (1995, p.119) compreendem a genealogia como um

diagnóstico que se concentra nas relações de poder, saber e corpo na sociedade moderna. A genealogia busca descontinuidades onde estão existindo movimentos contínuos, evitando a busca da profundidade, pois acredita que não há essências fixas, nem leis subjacentes, nem finalidades metafísicas. Sendo assim, interessa-se pela superfície dos acontecimentos, os mínimos detalhes, as menores mudanças e os contornos sutis. Isso quer dizer que o significado das coisas pode ser encontrado nas práticas superficiais e não em profundidades misteriosas. Os autores afirmam ser possível observar na distância correta e com o olhar apropriado, uma “profunda visibilidade em cada coisa”.

Tomaremos como analisadores os relatados do grupo que surgem como expressão do sofrimento no trabalho, que poderão ou não estar vinculados aos adoecimentos e modos de vivenciá-los.

A interpretação dos fatos (DREYFUS E RABINOV,1995), não é um desvelamento de um significado que está escondido ou a busca por uma origem, mas tornar visível as relações de força funcionando em acontecimentos particulares ou não, em movimentos históricos e na história. Com a genealogia Foucault se propõe a escrever a história do presente, o que significa começar de maneira explícita e auto-reflexiva com um diagnóstico da situação atual. Tal fato significa concentrar a análise exatamente nas práticas culturais em que poder e saber se cruzam. Para tanto, introduziu um outro termo técnico chamado dispositivo, o que corresponde a dizer que os conceitos são utilizados como ferramentas para análise e não como fins em si mesmos.

3.4 Caracterização do campo de pesquisa

3.4.1 O Hospital

O campo de pesquisa ocorre em um hospital geral, público e universitário, vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Sua criação foi aprovada, pelo governo federal, em 1970, a partir da necessidade de campo de prática e estudo para a Faculdade de Medicina desta Universidade. Enquanto empresa pública, o hospital está ligado ao Ministério de Educação.

Hoje além de ser campo de ensino para a medicina, também atende a demanda de outros cursos de graduação desta Universidade, como enfermagem, psicologia, nutrição, odontologia, farmácia, pedagogia, ciências biológicas e educação física. Além dos alunos da UFRGS, também recebe alunos de outras universidades com as quais mantém convênio, tendo recebido em 2005, 1315 alunos de graduação. Seu programa de residência médica abrange 42 especialidades, atingindo 300 médicos residentes.

Seu corpo funcional conta hoje com 3.978 funcionários contratados pelo regime da CLT, e além deste, atuam dentro do hospital, sistematicamente, 275 professores da UFRGS.

Quando as pessoas estão ingressando no hospital para trabalhar, com as quais geralmente mantém-se contato desde o Serviço de Psicologia, é muito comum escutar espontaneamente afirmações como estas : “Este hospital é muito grande, como vou conseguir me localizar?” “Isso aqui é um labirinto!” É habitual, as pessoas relatarem que se perderam para chegar em determinado local. Estas experiências indicam sobre a realidade de um grande hospital: é um prédio de 13 andares, ocupando hoje uma área física de 125.256,38 m².

Para dar idéia ao leitor, de seu gigantismo é interessante destacar alguns dados¹², tais como: o hospital possui 749 leitos, sendo que destes, 67 são de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). Destes 67 leitos, 34 são de UTI adulto, 13 pediátrica e 20 neonatal. Em termos de produção assistencial, destacamos alguns dados referentes ao ano de 2005: 528.520 consultas, 27.033 internações, 333.755 procedimentos cirúrgicos, 3.971 partos, 331 transplantes.

Podemos, ainda, destacar dentro de sua infra-estrutura: centro de diagnósticos (tanto clínico, como de imagens), unidade de radioterapia, unidade de quimioterapia, unidade de hemodiálise, centro de atenção psicossocial, unidade básica de saúde, banco de sangue, centro de pesquisas, casa de apoio para pacientes e familiares, creche para filhos de funcionários.

Para finalizar essa visão geral sobre o hospital é importante ressaltar que o hospital atua dentro de uma visão institucional de **“Ser um referencial público de alta confiabilidade em saúde”**, tendo como negócio: **“Assistência, Ensino e Pesquisa em saúde”**. Sua missão é: **Prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania.**

O desempenho do hospital tem sido reconhecido em várias instâncias, recebendo certificados e prêmios em virtude disso. Citaremos alguns, entre outros:

- Top of Mind – Revista Amanhã. Consagrou-se como o estabelecimento de saúde mais lembrado na comunidade, nas pesquisas realizadas entre 2000 e 2004.

- Acreditação Hospitalar – Em 2001 foi o primeiro hospital gaúcho, o primeiro

¹² Referência do Relatório Anual do Hospital de Clínicas de Porto Alegre de 2005.

hospital universitário brasileiro e o primeiro hospital de grande porte do país a receber este certificado. Em 2004 foi o segundo colocado como Destaque de Boa Prática de Gestão.

- Prêmio Responsabilidade Social – Em 2002 e 2003 foi lhe conferido esse prêmio, pelo balanço publicado, pela Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul.

3.4.2 Os sujeitos da pesquisa

O ponto de partida para definição dos sujeitos da pesquisa deu-se a partir dos dados obtidos através de registros do Serviço de Medicina Ocupacional (SMO) que apontavam para uma freqüência significativa de adoecimentos e afastamentos do trabalho do pessoal que ocupa os cargos compreendidos como administrativo-operacional¹³, decidindo-se operar no campo com esses trabalhadores.

Os documentos analisados no SMO relativos aos tipos de diagnósticos nos afastamentos de trabalho, no período de 2002 à 2004 (intervalo de tempo de dois anos que antecedeu o projeto desta pesquisa), revelaram que: entre as doenças mais prevalentes encontravam-se as doenças psiquiátricas (estando incluídos aí os casos que tanto apresentavam algum sofrimento psíquico, como adoecimento mental), juntamente com as osteomusculares. Observando-se esses registros encontramos no transcurso deste dois anos, 204 ocorrências registradas com diagnóstico de doença psiquiátrica podendo ter outras patologias associadas.

¹³ Cargos administrativos-operacionais, no Plano de Cargos e Salários do Hospital (1985) ao qual estamos nos referindo, dizem respeito aos cargos reconhecidos por desenvolverem atividades rotineiras, como não tendo relação direta com o paciente. São auxiliares administrativos, auxiliares de higienização, atendentes de lavanderia, atendentes de alimentação, os vigilantes, ascensoristas, entre outros.

Destes, 10 haviam se aposentado, 66 estavam afastados pelo INSS e 128 haviam retornado ao trabalho, podendo ter passado por afastamento do trabalho em algum momento anterior. Analisando estes 128 encontramos que: 56 eram da enfermagem, distribuídos nas mais diversas unidades do hospital, e os outros 72 estavam distribuídos nos mais diferentes cargos ocupados no hospital. Estes cargos correspondiam a: técnico em secretariado, auxiliares administrativos, operadores de métodos não invasivos, atendente de alimentação, auxiliar de higienização, vigilantes, práticos de laboratório, bioquímico, auxiliar de processamento de roupas, recreacionista, técnico em radiologia. Numericamente, as maiores prevalências ocorreram nos cargos de auxiliar administrativo perfazendo 14 casos, e nos de auxiliar de higienização, totalizando 10 situações; sendo seguidos pelos cargos de vigilante e de atendente de alimentação. Dessa forma definimos que esses seriam os quatro cargos convidados a participar da pesquisa.

A definição destes cargos no Plano de Cargos do hospital é muito vaga, por isso fomos buscar uma definição mais descritiva nos documentos que registram o perfil do cargo¹⁴, encontrando-se o seguinte como descrição sumária da função:

- **Auxiliar administrativo:** prestar atendimento ao público interno e externo, informando e orientando nas áreas de recepção, emergência, ambulatórios, centros cirúrgicos, unidade de internação e tratamento intensivo; realizar registros de dados de pacientes; organizar e encaminhar documentos diversos, visando assegurar melhores resultados para a promoção do bem estar e saúde dos pacientes do Hospital.

- **Vigilante:** prestar informações ao público externo e interno; realizar a segurança patrimonial e física do corpo funcional; controlar a saída de materiais, fluxo de

¹⁴ Estes documentos foram cedidos pelo Serviço de Capacitação da Coordenadoria de Gestão de Pessoas.

peças e óbitos; efetuar a contenção de pacientes, visando a agilização e manutenção da qualidade dos serviços prestados pela Instituição.

- **Auxiliar de Higienização:** executar com eficiência e qualidade as atividades e rotinas do Serviço de Governança e Higienização, visando oferecer condições de limpeza e higiene dos ambientes para os clientes internos e externos do Hospital.

- **Atendente de Alimentação:** atender aos usuários do refeitório; realizar a higienização do ambiente de trabalho; processar os gêneros alimentícios; conferir a entrega dos gêneros alimentícios e inventariar o material de expediente do refeitório.

Um outro dado importante é relativo à quantidade de trabalhadores, assim como o setor em que trabalham. Os auxiliares administrativos perfazem um total de 218 pessoas, estando distribuídos por todo o hospital. Observa-se que há uma concentração maior no Serviço Administrativo de Emergência e Ambulatório, assim como no Serviço Administrativo de Internação. Os vigilantes são no total 62, e também interagem em todo o hospital. Os auxiliares de higienização também estão por todo o hospital, totalizando 221 trabalhadores. Os atendentes de alimentação são, ao todo, 178, estando na sua maioria nas copas das unidades, realizando a distribuição de alimentos e na área de produção de alimentos, aonde, na verdade, a alimentação é feita.

Estudar estes trabalhadores constitui-se em um aspecto curioso e motivador para realizar a pesquisa, pois a revisão bibliográfica em estudos com trabalhadores no hospital, apontam que estes vêm sendo feitos, na sua maioria com a área de enfermagem e médica, por entender-se que estes sofrem o impacto psíquico direto no atendimento aos pacientes. O que é uma realidade. Mas, os trabalhadores da área administrativo-operacional, embora diferentemente, também não sofrem o impacto do objeto de trabalho do hospital, que é o atendimento às pessoas doentes?

A partir dessas definições preliminares, decidimos que convidaríamos para participar da pesquisa representantes das diferentes áreas onde são realizadas as atividades administrativo-operacionais, como o ambulatório, a internação e serviços administrativos. Embora o ponto de partida tenha sido norteado pelo índice de afastamentos do trabalho por diagnóstico de ordem psi, decidiu-se intervir junto aos trabalhadores independentemente de estarem afastados ou não do trabalho. Isto é, consideramos importante ouvir estes trabalhadores, a respeito de como vivenciam o trabalho e as configurações do sofrimento aí produzidas, enquanto estão trabalhando, tenham tido ou não histórias de afastamento do trabalho por adoecimento.

O projeto de pesquisa passou por análise e aprovação no Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do Hospital, na data de 18/05/2005, sob inscrição de Nº 05-133.

3.5O acontecer no campo da pesquisa

Decorridos os trâmites, a divulgação e o convite para participar da pesquisa foram feitos através de um cartaz – **Apêndice A**, que também passou por análise e aprovação no GPPG. A idéia foi de despertar o interesse nos trabalhadores, expondo o tema central e como se realizaria, buscando uma maior liberdade de escolha por parte dos participantes, como também aqueles trabalhadores que tivessem interesse pelo tema. A primeira proposta do cartaz foi aprovada pelo GPPG, contudo ao ser solicitado apoio junto à área de Gestão de Pessoas para divulgação, foi questionado sobre deixar claro que a pesquisa seria para dissertação

de mestrado, o que não estava escrito. Dessa forma, ficaria explícita a desvinculação de um pedido da administração do hospital, o que poderia inibir as pessoas de participarem. Isso fez com que tivesse que ser elaborado um novo cartaz e novamente passar por avaliação no GPPG.

O cartaz-convite foi, então, afixado em diversos murais dentro do hospital, tanto naqueles dos corredores com grande circulação de funcionários, quanto nos murais das áreas específicas onde trabalham os trabalhadores que estávamos buscando para a pesquisa. Concomitante a isso, decidimos que eu percorreria essas áreas, apresentando-me como a pesquisadora daquela pesquisa, divulgando-a, explicando seu objetivo e como se realizaria, fazendo uma aproximação mais efetiva com os trabalhadores.

Este momento foi curioso e instigante para mim, pois me apresentava agora não só como psicóloga do trabalho, mas como pesquisadora. Ao mesmo tempo, bastante exigente, pois precisava conciliar a minha rotina diária com o trabalho de campo da pesquisa. Neste lugar experimentava outras possibilidades do meu fazer no hospital. Por mais que esse lugar me seja familiar, pois o conheço há muitos anos, também tinha o objetivo de aguçar meu olhar e meus ouvidos com a veia de uma pesquisadora, e tentar ver o que já tinha visto, ouvir o que já tinha ouvido, para buscar uma leitura diferente daquela feita até então. Ao mesmo tempo precisava estar atenta ao impacto de que eu estava buscando conciliar os dois papéis, de psicóloga do trabalho neste local e de pesquisadora. Como eles se imbricariam e que efeitos produziriam? Como psicóloga do trabalho, certamente, tenho um lugar instituído, talvez já cristalizado pelos anos de trabalho no hospital. Este lugar provavelmente sugere, um imaginário construído pelo lugar do Serviço de Psicologia no hospital, bem como pelas diferentes atividades profissionais que exercemos

desde este Serviço, tais como o acompanhamento de funcionários e a assessoria às equipes de trabalho. Assim, imbuída desse espírito crítico com relação à minha própria implicação neste estudo, inicio minhas incursões pelo hospital. Comecei pelo ambulatório, tentando me experimentar nesse lugar “novo”, o de pesquisadora no campo. Seria um lugar “novo”? Enquanto psicóloga do trabalho que se propõe a ter uma prática fundamentada na Análise Institucional, não estaria já impregnada dessa vertente constante da pesquisa? Provavelmente sim, contudo enquanto pesquisadora, penso que o fato de produzir uma pesquisa sistematizada e legitimada academicamente pode provocar outros impactos na Organização. O desafio desde o início foi o de juntar esses papéis e, ao mesmo tempo, através do mestrado poder pensar o trabalho no hospital e o meu lugar desde outros olhares, buscando ampliar o campo de visão.

Ao percorrer algumas zonas¹⁵ do ambulatório, fui me aproximando dos auxiliares administrativos, perguntando se tinham visto o cartaz da pesquisa e me identificando como a pesquisadora. Procurava ao mesmo tempo observar o que ali estava acontecendo, o que de novo e diferente poderia encontrar, mesmo já tendo um conhecimento considerável por este trabalho. Ficar ali presenciando o trabalho que realizam proporcionou-me sentir de perto o ritmo intenso do mesmo, o que não é peculiar apenas nas suas funções, mas do hospital em geral. Para falar diretamente com os trabalhadores, somente era possível nos espaços intersticiais dos constantes atendimentos que prestam às diferentes pessoas que chegam até eles buscando alguma informação, querendo a resolução de algo. Eles realizam várias atividades e algumas são feitas concomitantemente. Eles marcam consultas, dão informações a diversas pessoas (pacientes, profissionais do hospital, da própria

¹⁵ Nomenclatura usual para designar as áreas de atendimento no ambulatório do hospital.

área e de outras), atendem telefone, entre outras, e têm como instrumento de trabalho o uso permanente do computador. Quando falamos sobre a proposta da pesquisa ouvi por parte deles que era interessante e necessário, dizendo que iam pensar em participar. A maioria mostrou interesse. Em uma das zonas, as duas auxiliares administrativas, reagiram mostrando desinteresse e desconfiança, não dando abertura para conversarmos a respeito da pesquisa. Percebia por um lado um interesse, e até um certo elogio pela pesquisa ter chegado, mas ao mesmo tempo um clima de interrogação, algo que não podia ser falado. Deduzia de suas atitudes uma pergunta que não era feita claramente, mas que poderia ser assim formulada: que pesquisa é essa? Para o que vai servir? Penso que estas “reações” estavam associadas ao fato de ser, ao mesmo tempo, pesquisadora e psicóloga do trabalho no hospital. Nesse momento já se enunciavam indicativos daquilo que na Gestão de Pessoas havia sido apontado de forma hipotética, a saber, a possibilidade de que este estudo fosse marcado pela desconfiança entre funcionários e administração.

Na visita à Nutrição, no mesmo dia em que levei o cartaz procurei falar com os atendentes de alimentação. Era meio da tarde e a maioria deles, por volta de umas dez pessoas, estavam sentados a uma grande mesa, fazendo lanche. Ao falar sobre a pesquisa e convida-los a participar, alguns reagiram fazendo brincadeiras uns com os outros, dizendo: “tu é que precisa, fulano, vai lá.” “Ela ali que é meio louquinha, oh.” O clima foi de que “isso não tem nada a ver comigo”, Estas afirmações indicam sobre os modos como o preconceito com o tema proposto, estão fortes neste contexto de trabalho, bem como indicam, também, de uma certa relação de desconfiança.

Neste percurso pelo hospital, abordei vigilantes procurando apresentar a pesquisa e convidar para participar dela, como nas outras situações relatadas. Um deles me disse: “fiquei pensando em participar quando vi o cartaz, mas resolvi primeiro perguntar à psicóloga com quem me trato o que ela achava de eu participar. Ela me disse que seria bom, então vou participar”. Percebia uma certa insegurança, quem sabe até um certo medo e receio: que pesquisa é essa? Será que devo participar? No que vai dar? Ao mesmo tempo fiquei entusiasmada por ter abordado, provavelmente a pessoa certa e saber que começava a organizar um grupo, pois a esta altura já me encontrava preocupada com a aderência à pesquisa. Toda vez que falava com algum funcionário pedia a colaboração na divulgação, sugerindo que convidassem colegas a participar.

Em outros momentos estive em diversas unidades da internação de pacientes, tanto nas de internação clínica e cirúrgica de pacientes adultos, como na internação pediátrica. O ritmo de trabalho diferencia-se muito entre as unidades. Apesar de que têm em comum a realização de diversas atividades ao mesmo tempo. Eles lidam com documentos que registram a vida dos pacientes dentro do hospital, organizando-nos nos prontuários. São responsáveis por “cobrar” dos profissionais que assistem aos pacientes a documentação que precisa constar no prontuário, tanto para o controle hospitalar do que está acontecendo com o paciente, como também para gerar o faturamento que será cobrado do SUS, do convênio do paciente ou do próprio paciente. Além disso, fazem diversas outras atividades como prestar informações aos pacientes, familiares e profissionais, atendem ao telefone e trabalham diretamente com o computador. Encontram-se na secretaria do posto de enfermagem que localiza-se no meio das unidades, fazendo, literalmente, o meio de campo, pois na prática os fluxos da unidade passam quase todos por ali. No contato

com os auxiliares administrativos, alguns me ouviam com atenção, demonstrando interesse em participar, outros nem tanto. Ouvi comentários que falavam sobre a importância desta pesquisa, pois vários colegas haviam adoecido.

A discussão com a nutrição teve um desdobramento diferente dos demais setores, em razão de que o ritmo de trabalho é bastante intenso e contínuo, de modo que necessitaria uma estratégia específica para organização dos grupos da pesquisa. Assim, retornei à Nutrição, no mesmo setor da Produção, no qual já havia estado e que, na verdade, é a cozinha do hospital. Falei com a nutricionista responsável pelo setor que prontamente me permitiu circular na área e falar com os funcionários, orientando-me para que colocasse uma toquinha no cabelo. Paramentada entrei na cozinha, onde tudo se mostra em grandes proporções: as panelas são enormes, assim como a quantidade de alimentos que preparam. Era por volta das 16h. e o ritmo de trabalho era intenso, sendo que alguns trabalhadores preparavam pratos dos pacientes, enquanto outros preparavam os ingredientes para as refeições do dia seguinte assim como o cozinheiro preparava a janta. Eu tinha a sensação de que podia estar atrapalhando, pois minha presença colocava a necessidade dos trabalhadores prestarem atenção ao que eu estava falando e não ao trabalho em realização. E assim, eles escutavam, mas não paravam de fazer o que estavam fazendo, pois não havia tempo para isso!

Em um outro dia, retornei a este setor pela manhã, mas os fluxos de trabalho eram ainda mais intensos, de forma que eles procuravam ouvir o que eu dizia, mas sem parar os movimentos necessários para executar o trabalho de preparar a alimentação. Estas visitas tiveram, também, o objetivo de observar o trabalho e, neste sentido, ficou evidente a intensidade do ritmo de trabalho e do fluxo das tarefas na área de nutrição.

Com o pessoal da higienização o contato foi diferente, tive a preocupação de conferir que o cartaz-convite havia sido fixado na sala de lanches. Contudo, não foi possível, por minha disponibilidade de tempo, ir nesta sala nos momentos em que haviam mais pessoas em intervalo do trabalho. Eles ficam bastante dispersos por todo o hospital, então procurei fazer como com a vigilância, na medida que encontrava com alguns auxiliares de higienização, procurava abordar divulgando e explicando a pesquisa. Suas reações eram de escuta atenta ao que eu falava, contudo não obtive comentários, a não ser que iriam pensar.

Conforme orientação no cartaz, os interessados deveriam se inscrever na secretaria do Serviço de Psicologia e, para tanto, foi confeccionada uma ficha de inscrição – **Apêndice B**, com dados de identificação e sugestão de dia da semana e horário para a realização do grupo.

No final do prazo estipulado, a saber, 10 dias, tínhamos seis pessoas inscritas: três auxiliares administrativos, um vigilante e dois auxiliares de higienização, não tendo nenhuma inscrição dos atendentes de alimentação.

A partir das fichas de inscrição foi realizado contato telefônico com cada inscrito, discutindo o horário que era comum a todos. Após termos chegado num consenso, foi marcada a data para início do grupo.

Convidamos para o papel de observadora no grupo uma colega do mestrado, que também realizará pesquisa na linha da saúde mental do trabalhador, a qual havia tido uma passagem no hospital, anos atrás, como estagiária, atendendo funcionários no ambulatório em psicoterapia.

No dia 15 de julho de 2005, iniciamos as atividades com o grupo. Participaram deste primeiro encontro três pessoas, dois auxiliares administrativos e um vigilante, permanecendo aberto para o ingresso de novos participantes durante as duas

próximas semanas. Ao final deste prazo, o grupo ficou constituído por quatro participantes: três auxiliares administrativos, sendo duas mulheres e um homem e um vigilante do sexo masculino. Estes trabalhadores têm entre um ano e meio a dez anos de trabalho no hospital. Dois auxiliares administrativos trabalham na secretaria de serviços médicos especializados, que atendem pacientes com doença terminal e o outro em internação pediátrica. Os dois auxiliares de higienização estavam afastados do trabalho no momento que o grupo iniciou sua atividade, tendo sido avisados da data e o local de realização do grupo, sendo que poderiam ingressar assim que pudessem. Uma delas não fez mais contato e a outra referiu impedimentos para comparecer no horário definido.

Os encontros deste grupo ocorreram no período de 15 de julho à 21 de outubro, com um encontro semanal de 1 hora e 30 minutos. Foram realizados treze encontros, podendo se observar no quadro abaixo como eles aconteceram e a frequência dos participantes¹⁶:

Encontros \ Participantes	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°#	12°	13°
1	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
2	•	•	•	•			•				•			
3		•	•	•		•	•	•	•		•		•	•
4	•	•		•	•	•			•	•	•		•	•

Este encontro foi remarcado por ter comparecido somente um participante.

Além da realização dos encontros com este grupo, foram realizadas entrevistas individuais com os dois auxiliares de higienização, bem como retornou-se

¹⁶ Optamos por não usar nomes, mesmo que fictícios, nem letras para identificar os participantes do grupo, pelo fato de terem sido apenas quatro pessoas, dessa forma acredita-se proteger mais o funcionário.

ao Serviço de Nutrição para conversar sobre possibilidade de participar da pesquisa através de entrevista individual ou outra estratégia sugerida pelos trabalhadores do setor.

O retorno à Nutrição ocorre em dois momentos diferentes. O primeiro, à tarde próximo do horário que havia ido, quando da divulgação da pesquisa, encontrando a mesma cena: várias pessoas estavam sentadas em volta a uma grande mesa (não é que seja grande, o fato é que eles reúnem umas três mesas do refeitório para poderem sentar juntos), fazendo lanche. Identifico-me novamente e pergunto se eles lembravam que eu tinha estado lá em julho divulgando uma pesquisa sobre a saúde mental dos trabalhadores do hospital e a relação com o trabalho. Vários deles lembravam. Conto que nenhum atendente havia participado no grupo da pesquisa e achamos importante conversar com eles sobre pensar outros modos para sua inserção no estudo. De imediato, referem **a rotina de trabalho que não lhes permite se afastar do trabalho, a falta de tempo, o medo de “começar a falar e começar a vir outras coisas”** (sic). Uma pessoa disse que entendeu que iriam chamar, então ficou esperando. No início da conversa haviam umas treze pessoas, aos poucos alguns foram pedindo licença para sair, pois tinham que **voltar a rotina**. Pergunto a eles o que imaginam que colabora para os adoecimentos e respondem que a **carga física de trabalho** e as **cobranças**. Uma pessoa conta que estava trabalhando na distribuição da alimentação aos pacientes (nas copas) e não gostava, achava ruim, dizendo que isso acaba sendo um dos motivos que leva as pessoas a sentirem-se mal. Contudo, na situação dela, **conseguiu negociar com a chefia** e voltou para a produção. Ela dizia que o contato com os pacientes lhe trazia desconforto, mal estar, e que, na medida que foi possível estar num lugar em que sentia-se bem, ficou bem e passou a trabalhar melhor. Contudo, comenta: “isso nem

sempre é possível!” Combino de retornar outro dia, sugerem entre 10 e 11h para falar com os trabalhadores que distribuem a alimentação.

No horário proposto, retorno à Nutrição para conversar com os trabalhadores que distribuem a alimentação aos pacientes. Busco individualmente aqueles que foram se dispondo a falar comigo. Todos estavam **muito ocupados**, preparando os carros térmicos o que exige muita atenção e rapidez, eu tinha uma preocupação em não atrapalhá-los. **Seus movimentos eram compassados, rítmicos, não havia tempo a perder.**

Comecei a conversa perguntando se tinham visto o cartaz de divulgação de uma pesquisa sobre saúde mental e trabalho e discutindo sobre possíveis motivos que poderiam ter levado os trabalhadores deste setor a não participar deste estudo. A maioria refere à **falta de tempo**, mas algumas também comentam que a chefia não incentivou, isto é, não sugeriu ou não indicou que participasse, então não foram. Alguns trabalhadores referem não ter entendido o objetivo da pesquisa ou mesmo afirmam que não iriam participar, pois “não adiantaria nada...” ou “como sempre, dá em nada...”.

Dos relatos destes trabalhadores, nestas conversas rápidas durante a realização de suas atividades, pode-se perceber que o ritmo e a intensidade do trabalho, a falta de confiança na pesquisa e na sua potencialidade de mudança, assim como a relação de submissão à chefia foram fatores importantes ligados ao não envolvimento destes trabalhadores com os grupos propostos neste estudo.

Seguiremos apresentando e discutindo as produções a partir do campo de pesquisa, constituído como, já descrevemos, pelas visitas-observação às áreas de trabalho, o grupo com os trabalhadores, as duas entrevistas individuais com os auxiliares de higienização e por fim as fotografias.

4 PRODUÇÕES DO GRUPO: CAMPO DE INTENSIDADES

Fazer genealogia do sofrimento dos trabalhadores da área administrativo-operacional do hospital, nos coloca a fazer a genealogia do próprio trabalho hospitalar. Pois, conhecer como se configura o sofrimento destes trabalhadores, para poder compreender os adoecimentos, pressupõe-se, a partir da noção de sujeito foucaultiana, fazer escavações no presente e no passado a respeito do trabalho hospitalar. Para tanto, é imprescindível percorrer os fluxos do campo da pesquisa, seus pontos de fixidez, de fuga, fazer um mapa. Nessa tarefa que por um tempo, ou um longo tempo é confusa, coloca o pesquisador imerso nesses fluxos para poder fazer a tessitura dessa genealogia a partir dos fios/elementos que se mostram tensionados. Além disso, é importante ter presente a questão que norteou essa pesquisa: como se configura o sofrimento nos trabalhadores da área administrativo-operacional de um hospital geral, público e universitário?

O campo da pesquisa é constituído por fluxos intensos, desde aqueles descritos nas visitas às áreas como: o ritmo intenso de trabalho, o fato de estarem sempre muito ocupados, a falta de tempo. Assim como, no acontecer grupal, o que se mostrava através das vivências e experiências que eram trazidas para a discussão. Dessa forma nossa análise vai se produzindo da maneira como apresentamos a seguir.

4.1 O grupo em si

O primeiro encontro acontece com a participação de três pessoas, a

pesquisadora e a observadora. Esse primeiro encontro caracterizou-se pelo contrato de trabalho, explorando as expectativas, explicando os objetivos da pesquisa, contratando o sigilo entre todos os participantes do grupo, assim como a leitura, esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado –

Apêndice C.

Após, foi lançada uma questão ampla: falar como é trabalhar no hospital. Pela forma intensa como iniciou a discussão, pensamos que estes trabalhadores tinham “sede de falar”. A proposição foi suficiente para que falassem com muita riqueza e propriedade como vivenciam o trabalho no hospital, começando a interagir e trocar idéias sobre suas inquietações, gratificações com o que fazem, suas angústias, insatisfações, sofrimentos.

Os participantes do grupo vêm convocados pela preocupação consigo e com colegas que têm tido adoecimentos e afastamento do trabalho com problemas de ordem psicológica. No caso dos participantes do grupo, nenhum deles teve alguma internação psiquiátrica, mas tiveram colegas que passaram por essa situação. Uma das participantes já teve afastamento do trabalho devido a um momento maior de desgaste, passando a tomar medicação¹⁷ por um determinado período.

Trazem a expectativa de mudar a situação de adoecimento dos trabalhadores do hospital e referem a pesquisa como um olhar do hospital para eles, segundo suas palavras: “ninguém pára e olha pra gente.”

O grupo, embora pequeno, realizou um trabalho intenso. Interessante a composição do grupo. São quatro pessoas que vivem o hospital desde lugares diferentes e, principalmente, com enfrentamentos das adversidades de seu cotidiano de trabalho de forma diferente. Encontram-se casualmente, através da escolha

¹⁷ referiu ter tomado fluoxetina

espontânea em participar da pesquisa, a partir do cartaz e da abordagem da pesquisadora. Duas pessoas se conheciam um pouco mais pela proximidade do tipo de paciente que suas áreas de trabalho atendem, contudo entre elas não haviam laços de amizade ou de qualquer tipo de convivência mais próxima. Houve a construção de um vínculo entre eles, com a coordenadora e com a observadora, estabelecendo uma relação de confiança. Quando alguém estava ausente havia referência no sentido de preocupação com o motivo da ausência e, suas contribuições eram lembradas nos assuntos tratados. E quando aquele que estava ausente retornava no próximo encontro, também revelava que saiu do encontro e ficou pensando no colega e nas situações discutidas, trazendo suas reflexões e contribuições.

Não no sentido de individualizar, mas para dar visibilidade à heterogeneidade do grupo descrevemos algumas características de cada um, as quais foram mencionadas, destacadas no grupo por eles próprios. As características individuais foram discutidas no sentido de provocar reflexões sobre os modos como cada um enfrenta as situações de trabalho no hospital.

Um deles chamava a atenção dos outros participantes porque demonstrava não se abalar com o que vivenciava nos hospital, era como se “tirasse todas de letra”. Parecia não se deixar abalar, nada o acometia, balançava, ele “estava protegido” das intempéries do hospital. Outra trabalhadora, sentia-se profundamente abalada, mexida, incomodada. Passava por mais um momento, de sofrimento intenso entre outros que já havia tido, relacionado aos modos de vivenciar a hierarquia no trabalho e, neste momento, buscava uma “solução” para a saída dessa encruzilhada em que volta e meia se encontrava. Pensava que a única alternativa que lhe restava era a saída do setor. Outro trabalhador, mostrava-se

crítico perante os acontecimentos no hospital, aspirava dias melhores, apostava no desenvolvimento do conhecimento das pessoas como maneira de melhorar as condições de vida e de trabalho. Mostrou para o grupo, todo o tempo, sua habilidade com as saídas astuciosas diante das pressões que enfrenta no seu trabalho. A quarta trabalhadora, revelava-se sensibilizada pelas questões dos pacientes, trazendo para conhecimento do grupo as dificuldades que os pacientes enfrentam para conseguir consulta, a situação social e econômica que vivem. Aliado a isso trazia críticas às atitudes dos médicos para com os pacientes. Foi a pessoa do grupo que trouxe questões familiares difíceis, mas que também mostrou-se conhecedora dos enfrentamentos necessários, demonstrando que, geralmente, encontra uma saída inteligente para as situações de tensão junto aos pacientes e aos médicos.

Essas maneiras singulares como cada um mostrou-se no grupo, foram sendo apontadas por eles e entre eles, no decorrer dos encontros, e nas discussões dos temas, como uma forma de revelar o quanto o encontro com o(s) outro(s) estava provocando ressonâncias, fazendo refletir, pensar e buscar outras maneiras de enfrentar os impasses/embates das situações de trabalho. Isso porque a diferença do outro aparecia com perguntas respeitadas de como ele conseguia fazer as coisas, daquele determinado jeito. Ou a dúvida, o questionamento sobre se a condução da tal questão não poderia ser diferente. No transcorrer do trabalho do grupo, eles foram construindo alternativas para o enfrentamento das situações de trabalho, gerando o que podemos chamar de **aquisições coletivas**, pois referiam o que estavam descobrindo e aprendendo com os outros. Na avaliação sobre o processo do grupo no último encontro, uma das coisas apontadas foi que o grupo ajudou a reformular maneiras de conduzir situações com os pacientes, por exemplo, a partir do que foi sendo discutido. Foi possível ter uma visão mais ampla sobre os

pacientes e o trabalho dos outros, ao mesmo tempo em que, não mais se sentiam sós com seus dilemas e problemas.

Pesquisas com trabalhadores têm apontado que a compreensão do adoecimento tem sido vinculado, por parte destes, assim como também pelos especialistas, como atrelado às características pessoais, desencadeando fatalmente um processo de culpabilização do trabalhador (HOEFEL et al, 2004). Desse modo, não ocorre uma análise crítica do trabalho como fator relacionado ao adoecimento. Para Nardi (1999), a vivência do adoecimento profissional está marcada principalmente pela individualização da doença, caracterizada pela fragilização do corpo devido à patologia. Esses aspectos também são discutidos por Ramos (2005), que aponta sobre a repercussão nos modos de vida do trabalhador. A partir dessas problematizações, estudos como os acima mencionados têm abordado a utilização dos grupos como recurso metodológico valioso no sentido de diminuir a individualização e culpabilização do trabalhador frente ao cotidiano laboral ou da doença.

Tendo em vista estes aspectos, acredita-se que o grupo na pesquisa sobre saúde do trabalhador não se justifica apenas como técnica, mas como estratégia política. Essa estratégia seria capaz de provocar rupturas na individualização e culpabilização, assim como de reconhecer as produções coletivas.

No processo grupal da pesquisa observa-se um movimento que revela essa expressão do individualismo nas questões vivenciadas no trabalho e de ter que dar conta solitariamente dos enfrentamentos dessa realidade.

Com o avançar no trabalho do grupo, percebe-se que a partir do que puderam falar e escutar, despertaram outros movimentos. Em torno do quinto encontro um dos participantes comenta logo no início do encontro: **“fiquei pensando em ti**

(referindo-se uma outra participante) **durante a semana, no que tu falou lá do teu setor, das coisas que acontecem...acho que tu tinha que fazer diferente...**” Esse momento é marcado por um interesse genuíno pelo que o outro está vivenciando e vice-versa, com o intuito de querer buscar outras formas de encaminhar e resolver suas questões. O grupo continua nesse sentido sua produção, quando em encontros posteriores, por volta do oitavo/nono, eles discutem que tem sido muito interessante a discussão que têm conseguido fazer, e trazem o desejo de que outros colegas estivessem participando. Gostariam de estar pensando com os auxiliares de higienização e atendentes de alimentação que, eles sabem, também têm tido afastamentos freqüentes do trabalho por motivos de adoecimento. A discussão nesse encontro leva-os a formular hipóteses sobre os motivos de mais colegas não estarem participando, referindo-se ao o medo que as pessoas têm de falar e dos efeitos que este “falar” traria em termos de ameaça ao emprego e afirmação do preconceito com a psicologia.

A partir destas afirmações, pode-se pensar no quanto as ações da psicologia são entendidas pelos trabalhadores do hospital como vinculadas à administração e também com uma conotação de punição, de perseguição, de ameaça ao seu emprego, pois verbalizam: “Quando vim participar da pesquisa, a primeira coisa que pensei foi que a administração estava querendo fazer uma ‘caça às bruxas’. Apostei.” Este fato associa-se com as precauções sugeridas pela Coordenadoria de Gestão de Pessoas quando da liberação do cartaz para divulgação da pesquisa, sobre a importância em destacar que se tratava de um estudo para mestrado. São jogos de verdade produzidos na instituição, relacionados à determinada época ou fatos, como por exemplo, a discussão trazida no grupo sobre este hospital ter surgido na época da ditadura brasileira e os efeitos disso na definição das relações

de trabalho. Também é importante considerar o lugar da psicologia e o mito em torno de si, por haver uma crença no seu poder de desvelamento dos mistérios da vivência humana, o que também pode assustar e afastar as pessoas principalmente dentro de uma empresa. Contudo, os trabalhadores que puderam vir ao grupo de pesquisa tiveram uma vivência completamente diferente desta que imaginavam, avaliando que com esta experiência de grupo essas idéias foram redimensionadas. Além disso, produziram-se outros sentidos ao se verem co-autores no grupo, referindo que neste espaço foi possível pensar o trabalho de todos, reformulando maneiras de pensar e trabalhar.

Para dar uma idéia mais clara do trabalho deste grupo, destacamos um analisador espontâneo que surgiu a partir da constituição do grupo, quando estes trabalhadores passaram a se sentir pertencentes ao grupo, com vínculo e confiança suficientes para tratar de assuntos que exigiam saber de antemão com quem estavam conversando e que podiam contar efetivamente com o sigilo que o grupo havia contratado. Esse analisador natural surgiu a partir do modo intenso com que o grupo se mobilizou ao conhecer a situação vivenciada por uma das participantes marcada pelo sofrimento e pelas dificuldades de lidar com aspectos de seu trabalho. Nesta situação, o grupo envolveu-se eticamente, demonstrando uma escuta cuidadosa e a vontade de, com ela, buscar alternativas que vislumbrasse a saída desse lugar de tanto desconforto.

O trabalho do grupo a partir da situação trazida por esta trabalhadora, propiciou problematizar uma série de questões: relacionamento com chefia, centralização do trabalho, autonomia, capacidade de enfrentamento. Questões estas relacionadas não exclusivamente à situação que ela vivenciava, mas a partir dela, pensar as situações que cada um enfrentava no seu dia a dia de trabalho. Ao final

do grupo, esta trabalhadora, informa sobre algumas mudanças no seu trabalho, contando que conseguiu negociar aspectos importantes de sua atividade com a chefia, o que antes não era nem cogitado, pois suas atitudes eram em geral de submissão às condições impostas por esta. Neste dia em que conta ao grupo suas “conquistas”, demonstra um estado de um bem-estar, um certo alívio e gratificação com o que pode fazer, reconhecendo no grupo o espaço onde ela pôde ganhar forças e reconhecer-se capaz de tomar atitudes diferentes daquelas conseguidas até então. Interessante, que seu comentário espontâneo é de que sabe que seu chefe não mudou, podendo voltar a ter as mesmas atitudes que sempre teve. Contudo, ela acredita que poderá enfrentar diferentemente, embora ainda permaneça algum temor de não conseguir.

As reflexões desta trabalhadora demonstram o caráter de movimento e de constante construção e desconstrução que identifica esta perspectiva de intervenção e de produção de conhecimento. Esta idéia de movimento, assim, é um pressuposto para o trabalho com e nos grupos.

Quando Schosler (2005) problematiza o processo grupal e propõe modos de poder visualiza-lo, discute que o mesmo nada mais é do que a constante transformação, assim como a construção permanente de novas possibilidades. Enfatiza que o processo grupal não deve ser tomado somente na unidade do grupo, pois

tem origem incerta e que se atualiza na totalização das práticas, criando modos de funcionamento específicos, que envolvem aspectos operacionais e afetivos, possibilitando a emergência de uma especificidade ou identidade do grupo, que é por sua vez transitória e sujeita a transformações. (SCHOSLER, 2005, p.83)

A partir do conceito de dispositivo, o autor entende que o processo grupal não oferece estruturas absolutas e acabadas, mas a permanente possibilidade de significar e modificar a realidade do grupo, produzindo novos discursos e subjetivações.

A possibilidade de falar sobre suas vivências de trabalho no grupo produziu diversos efeitos, sendo que vamos identificar alguns deles, certos das limitações que recortes como estes impõem a análise da experiência. Um dos efeitos importantes é a abertura de um espaço para falar sobre seu trabalho e ser escutado, fato ressaltado pelo tipo de atividade exercida pelos trabalhadores em questão, a saber, os cargos ditos administrativos / operacionais. Estes trabalhadores fazem o trabalho necessário para que a engrenagem do hospital funcione e se mantenha, pois um hospital para funcionar e atender seus pacientes precisa estar limpo, precisa ter aqueles que vigiam e mantêm a ordem, precisa controlar os registros sobre os pacientes, fazer os agendamentos das consultas e exames, dar informações, receber, encaminhar, fazer a alimentação. Estas atividades indicam somente os cargos dos trabalhadores envolvidos neste estudo, mas também envolve outros trabalhadores como por exemplo, as ascensoristas, telefonistas e contínuos.

Abrir este espaço para falar possibilita, também, uma outra leitura do hospital, diferente da habitual, centrada na hegemonia médica.

Como já referimos, eles não precisaram de muito estímulo para que falassem sobre como trabalham e vivenciam o hospital. Quando começam a falar o que se escuta é como se fosse um turbilhão, não só pela quantidade de coisas que são feitas, mas muito mais pela intensidade do que é vivenciado. Esta outra leitura do hospital, mostra experiências e vivências de trabalho marcadas pela intensidade, que se expressa tanto na grande quantidade de informações trazidas no grupo,

quanto pela intensidade da fala e das discussões. O trabalho hospitalar é vivenciado por esses trabalhadores no tensionamento da experimentação do prazer em trabalhar num hospital pelo fato de sentirem-se úteis e valorizados por prestar um trabalho a pessoas que estão doentes, como também pelo fato de sentirem-se orgulhosos por trabalharem num hospital que (como já dissemos anteriormente,) possui um lugar de referência entre os hospitais. Em contraponto, experimentam a tensão da impotência frente às demandas dos pacientes e familiares, considerando as limitações impostas pelo SUS; desvalia nos jogos de saber e poder entre os diversos profissionais dentro do hospital, os assujeitamentos nas relações hierárquicas, levando-os a sentirem-se invisibilizados na organização do trabalho no hospital. Com esse mapeamento identificamos e analisamos os emergentes no grupo, através das seguintes analisadores: trabalhadores **na** saúde e **fora** da saúde: o jogo da visibilidade e da invisibilidade; tensionamentos das relações saber X poder: a sutileza da dominação; o encontro com os pacientes: reconhecimento X impotência; as transgressões: modos de lutas e combates.

4.1.1 Trabalhadores na saúde e fora da saúde: o jogo da visibilidade e da invisibilidade

- Comparo o hospital com uma novela, os astros do hospital são os médicos e enfermeiras, eles são mais em evidência, mas a gente também faz parte dessa história.

Esta fala de um dos trabalhadores que participaram do grupo retrata bem a discussão que fizeram sobre como vivem o hospital e como se reconhecem no

conjunto da organização do trabalho no hospital. Tendo em vista a multiplicidade de sentidos desta expressão, orientaremos nossa análise através da expressão: - **o hospital como novela**. No senso comum, tomando como referência a Rede Globo de Televisão, novela é algo bastante enredado onde existem um herói, um vilão e os coadjuvantes. Estes últimos, darão movimentos, força e realce para esses personagens, na história que está sendo narrada e encenada. Novela no dicionário (Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa, 1999) significa: 1. Narrativa do mesmo gênero que o conto, do qual se distingue por ser mais extensa e menos simples. – 2. Fig. Enredo, engano, mentira. – 3. Filme de televisão ou história radiofônica apresentada em vários episódios de curta duração. – 4. História cheia de peripécias, geralmente inverossímeis; novela romanceada. Bem, dentre os diversos sentidos que pode adquirir a palavra novela, nos parece relevante a relação do hospital com uma **história cheia de peripécias, um enredo**. Se pensarmos que peripécia é algo que está relacionado a mudanças repentinas, surpreendentes, a um fato que muda o rumo de algo que está acontecendo. Periclitante como aquilo que corre perigo. E enredo está associado à idéia, no mesmo dicionário, de embaraço, confusão, como um episódio complicado, misterioso, um tecido embaraçado como o da rede. Podemos dizer, através desta metáfora que o hospital é compreendido como um tecido embaraçado como uma rede, onde mudanças repentinas acontecem todo o tempo, tornando-se muitas vezes periclitante, perigoso.

O hospital pode assim ser assinalado como um campo de intensidades de forças, como uma rede tramada por múltiplos fios que representam a esperança, o medo, a fragilidade, a solidariedade, a potência, o desamparo, o cuidado, a dor, o sofrimento, a impotência, a corrida contra o tempo, a imprevisibilidade, a precisão e os ritmos acelerados de trabalho. Esses múltiplos fios também falam dos diferentes

discursos que constituem o hospital, entre tantos podemos citar: o médico, o da saúde, o econômico, o público, o administrativo.

As mudanças repentinas que acompanham o trabalhador de um hospital, independentemente do lugar que esteja, estão determinadas pelo objeto de seu trabalho, que é lidar com a vida das outras pessoas. Sendo assim, estão sujeitos às oscilações nos ritmos de trabalho de acordo com os acontecimentos, assim como a mudanças de rumo no tratamento das doenças das pessoas que estão internadas no hospital. Poderíamos dizer que essas características perpassam todos os postos de trabalho, pois as reações neste tipo de organização se dão como que em cadeia, onde a ação de um desencadeia ações de outros, podendo agir de maneira direta ou indiretamente na assistência ao paciente. Para que o médico possa executar de maneira adequada a sua função junto ao paciente, necessita do trabalho de muitos outros profissionais: a enfermeira, os auxiliares ou técnicos de enfermagem, os práticos de laboratório, os bioquímicos, as nutricionistas, as técnicas de nutrição, as atendentes de alimentação, as psicólogas, as assistentes sociais, os auxiliares de higienização, os auxiliares administrativos, os vigilantes, os atendentes de lavanderia, os técnicos de raio-x, só para citar alguns dos profissionais, pois com certeza a lista é bem maior. Esta rede de relações de interdependência entre os profissionais sustenta o trabalho no hospital, apesar da visibilidade maior da figura do médico.

Retomando a fala do trabalhador, podemos observar os modos como os diferentes trabalhadores se colocam no contexto do hospital: – **os astros do hospital são os médicos e enfermeiras, eles tão mais em evidência, mas a gente também faz parte dessa história.** Dentre tantos fios que vão constituindo o grupo, com matizes diferentes em alguns momentos, são intensas as falas sobre a

existência de profissionais “próprios” da saúde. Estes profissionais são aqueles que estão vinculados à assistência dos pacientes, sendo identificados como os médicos e enfermeiras (com estes gêneros). Estes são os profissionais legitimados como trabalhando na saúde, tendo um lugar de destaque, como trouxe um trabalhador: o médico é o ser máximo dentro do hospital.

As enfermeiras neste hospital, também demarcam, fortemente, o seu lugar e o seu papel, sendo muitas vezes referenciadas na discussão do grupo como também aquelas profissionais que mandam e que ditam as regras de como as coisas devem funcionar.

O lugar central que o médico ocupa está colocado na história do hospital, sendo que se torna possível ao hospital cumprir sua finalidade de cuidar da saúde das pessoas quando a medicina entrou para o hospital no final do século XVIII (Foucault,1989). O médico, a partir de sua capacidade técnica e acompanhado por todo o arsenal de tecnologia disponível hoje em dia, acaba ocupando um lugar mitificado, chegando a ser concebido como um SER, que tem o poder de salvar vidas. Neste estudo, interessa-nos pensar esta centralidade que o médico produz nos outros profissionais, que também estão trabalhando dentro do hospital, porém não estão relacionados diretamente com a assistência ao paciente. Por não terem este vínculo direto acabam não tendo a legitimação e a formação que lhes permitiriam ser considerados como profissionais da saúde. A sensação, nestes casos, é de estar “fora” do hospital. Segundo as discussões produzidas no grupo, em nossa cultura, quando as pessoas pensam em hospital relacionam diretamente à figura do médico e da enfermeira: “quando tu diz que trabalha num hospital, todo mundo acha que tu é enfermeiro, as pessoas acham que no hospital só tem médicos e enfermeiros. Não tem higienização, não tem cozinheiro, não tem....”.

Expressões como esta indicam os jogos de verdade que constituem os sujeitos do trabalho no hospital, pois são concebidos como profissionais da saúde especificamente aqueles que têm uma qualificação formal para o exercício dessa prática, fazendo, portanto, a assistência dos pacientes. Esses são os profissionais mais valorizados no hospital, pois estão também vinculados aos objetivos fins da Organização. Os trabalhadores que ocupam outros postos de trabalho passam a ser subjetivados pela vivência de sua invisibilidade e pelo que representam, ou pensam que representam, alimentando muitas vezes um sentimento de desvalor. Esta invisibilidade é compartilhada pelos trabalhadores que participaram do grupo de pesquisa, conforme demonstra a expressão: “...no hospital existem os personagens positivos: o médico, as enfermeiras e às vezes a mulher da nutrição; e os personagens negativos: os vigilantes, os auxiliares administrativos...”

No entanto, se pensarmos, quem são os profissionais da saúde, poderíamos integrar aos médicos e enfermeira, os demais profissionais que trabalham no hospital, pois todos estariam envolvidos com o atendimento das pessoas que buscam os serviços de saúde, resguardadas as diferenças das finalidades/objetivos e responsabilidades de cada um, nas especificidades de seus afazeres. Sendo assim, que outros fatores, poderiam estar contribuindo para essa vivência da invisibilidade dos trabalhadores dos setores administrativo-operacionais?

Segundo os próprios auxiliares administrativos há um entendimento naturalizado na Organização de que eles só lidam com papéis, contudo no cotidiano do hospital estão em contato direto com as pessoas doentes, atendendo-os o tempo inteiro. Assim eles falam de seus afazeres no hospital¹⁸:

¹⁸ Seguindo o que já dissemos anteriormente, na parte metodológica, não usaremos nomes para explicitar as verbalizações dos participantes do grupo.

- Nós aqui somos meio assistente social, meio psicóloga, meio relações públicas, tu ouve muito os pacientes. Eles têm mais liberdade de expressão com a gente.
- ...para os pacientes quem usa jaleco branco é Deus, mas com quem eles falam, pedem esclarecimento, pedem ajuda é pra nós...
- Pressupõem que o pessoal administrativo só lida com papel e a gente lida com pessoas doentes, carentes de todas as formas. A gente se apegam, tem vários colegas que não se apegam, mas isso é uma forma de proteção. Eu trabalho lá na [...], tem colegas que não suportam aquilo lá, outros ficam chorosos, irritadiços.
- ...infelizmente nós somos os primeiros a atender, quando eles chegam no médico eles já descarregaram na gente. Eu não discuto com paciente, não posso me igualar a ele, vou estar perdendo a minha razão, mas tem colegas que não pensam assim.
- ...as vezes aqui no hospital nem todas as coisas são bem como a gente gostaria que fosse....a gente tem que estar com a cabeça muito legal para fazer o que a gente faz. A gente recebe muita pressão interior, aqui de dentro do próprio hospital, da chefia e até dos colegas. Muita pressão dos pacientes. A gente trabalha com pacientes muito graves...
- ...na minha função não tenho autoridade nenhuma, não tenho respaldo. Minha opinião não tem peso.
- Eu tô na linha de frente, eu represento o hospital, naquele momento eu sou o hospital. Eu tô na linha de frente, tenho que trabalhar conversar com as pessoas.
- Meu trabalho extrapola minha função. Tenho uma responsabilidade social.
- Trabalhar no hospital é uma cachaça. Esses dias eu tava estressado, tava a fim de pedir demissão, tirei férias descansei, deu vontade de voltar. Deu aquela coisa “sou importante, sou útil”.

Essas falas realmente não nos reportam a um trabalho rotineiro com papéis, nem de um lugar sem valor, pois estes são os profissionais que estão recebendo os pacientes e, em geral, é através deles o primeiro contato que o paciente faz com o hospital. Em sendo assim, eles também recebem uma carga psicológica importante do paciente, pois chegam aflitos e ansiosos, buscando atendimento que às vezes nem sabe qual é, sendo esses profissionais que o ajudam a decifrar. Também são os profissionais que representam a normas, que dizem o que pode e o que não pode, se tem consulta, para quando tem, se pode subir para visita ou não.

Nesse lugar ele acaba tanto representando o lado “bom” do hospital, quando é possível atender a necessidade do paciente e familiar, como também o aspecto negativo, quando seus desejos e necessidades não são atendidos. Neste sentido é

que dizem ficar com a parte pior, a “ruim”. Essa idéia da pior parte, do negativo está atravessada pela questão dos controles que exercem e representam no hospital. As regulações e disciplinarização se dão todo o tempo, através de vários dispositivos e pessoas, mas podemos dizer que especialmente os vigilantes exercem esse papel, sobretudo, com relação aos pacientes e seus familiares.

O outro aspecto a se considerar é que, por estarem na “linha de frente” escutam e presenciam muito os “dramas” das pessoas que vêm buscar o serviços do hospital, assim como ouvem muitas reclamações e entendem que quando os pacientes chegam no médico já “descarregaram” tudo neles. Talvez não seja exatamente assim na prática, mas vivenciam dessa maneira, através de um sentimento de “ficar com a parte pior”. Podemos pensar que pelo fato de que suas atividades serem consideradas “atividades-meio”, não tem a visão do desfecho do atendimento ao paciente, e, conseqüentemente, não vêem os resultados, e ficam, de certa maneira, com a sensação de um trabalho esvaziado. Contudo, esses profissionais têm uma função de acolhimento tão importante e fundamental, que dependendo de como o fizerem trará um determinado efeito na saúde do paciente.

De um modo geral, a atividade destes trabalhadores é entendida como simplesmente administrativa - em suas palavras é como se fizessem tarefas que envolvessem apenas papéis - quando na prática estão em contato permanente com os pacientes. Eles desempenham um papel fundamental no trabalho hospitalar que implica acolher, entender e auxiliar nas necessidades dos pacientes e familiares, de modo a procurar uma solução e um encaminhamento. Requer capacidade e flexibilidade para sair do administrativo-burocrático e se dispor, permanentemente, a enfrentar o inusitado, o inesperado, o ainda não visto, nem imaginado.

Nesse sentido, podemos entender quando afirmam que diante de muitas

situações com os pacientes e familiares fazem papel de assistente social e de psicóloga, pois com isso expressam o quanto escutam e buscam soluções para as diferentes situações. Contudo, entendem que estas atribuições, sua flexibilidade e empenho, não são vistas, nem reconhecidas pela Organização. Quando se referem a essa falta de reconhecimento do hospital, estão se dirigindo aos lugares ocupados pelas pessoas que estão no nível hierárquico mais alto, como os médicos, enfermeiras e chefias.

Estas situações demonstram os modos como se institucionalizam as relações de trabalho no hospital, a saber, marcadas por relações de saber-poder, hierarquizadas e disciplinares. Conforme afirma Foucault (1989; 1991), só foi possível colocar ordem no caos do hospital a partir da tecnologia política da disciplina. Tecnologia essa que perdura até os dias de hoje, com função de organizar, dar limites, ordenar e demarcar espaços.

Embora as relações se dêem dessa forma, é importante nos atermos na vivência própria desse trabalhador com o seu fazer, como se reconhecem enquanto trabalhando num hospital:

- Nesses dois anos que trabalho no hospital envelheci, me tornei uma pessoa mais fria... chego em casa não quero sair. Por outro lado tenho uma atitude mais ativa frente a algumas coisas, se eu vejo alguém precisando de algo, vou logo prestar socorro.
- É automático, né?
- Eu já não consigo ser assim...fico de longe, esses dias teve uma situação lá na unidade, chamei logo a enfermeira.
- Tu disse que envelheceu, sabe que eu não. Eu estou mais feliz depois que entrei pro hospital, comecei a valorizar cada minuto que tenho, valorizo muito mais a minha vida, as pequenas coisas que acontecem. A saúde dos meus filhos, a minha saúde, da minha mãe. Deixei de dar importância para coisas que antes eu transformava num problemão, eles ficaram pequenos diante do que vejo aqui. Ver o que as pessoas passam, que se agarram a qualquer chance mínima que elas têm pra poder viver...eles trazem as fotos dos filhos, do casamento, eles trazem a vida deles pra cá....Em cada novo tratamento eles vêm uma esperança. Eu gosto muito de trabalhar aqui.

- Dá uma agitação na gente. Muita pressão de chefia, colegas e pacientes (estes são muito graves). Tem que criar armas para se defender, a gente acaba levando coisas (preocupações) do hospital para casa.
- Chego em casa não consigo desligar, faço chimarrão, vou na vizinha conversar, faço de tudo. Tu não consegue separar tua vida pessoal do trabalho.

O encontro entre estes trabalhadores e o hospital nos fala dos modos de subjetivação que, conforme Rolnik e Guattari (1996, p.321) “subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. [...] a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social”. Assim, trabalhar no hospital produz maneiras de estar e se colocar no mundo, produz modos de subjetivação. Neste sentido, Nardi (2004, p.56) entende a subjetividade como resultante dos processos de interação entre indivíduos e sociedade, isto é, “da forma como o sujeito constrói-se e é construído na trama do social”. O que é vivido no hospital produz sujeitos que se mostram implicados com sua prática, solidários, sofrentes. É impossível sair intacto. Há um discurso recorrente no hospital, marcado pela disciplinarização, que o bom funcionário é aquele que consegue separar aquilo que vive no hospital, do que vive na sua vida fora dali. Discurso esse que podemos dizer que está a serviço da docilização dos corpos, conseqüentemente a serviço da produção do trabalho. Nas falas acima podemos perceber os modos de subjetivação tanto dentro deste discurso da separação, dicotomização, quanto de que é impossível não ser atravessado pelo que é vivido no trabalho. E não só isso, mas principalmente, que a vivência nesse lugar também modula de um jeito singular, mexendo com seus sentimentos e seus valores de vida.

Neste estudo, importante salientar ser um hospital-escola, o que coloca outros sentidos:

- ...o maior problema daqui é que agente está entre o céu e o inferno. Temos o reconhecimento de fora, a estrutura para trabalhar, mas sofremos todo tempo muita pressão. Pressão das chefias, pressão dos pacientes.
- eu me sinto bem por trabalhar aqui, fora daqui a gente tem uma boa imagem, o hospital tem um alto conceito. Todo mundo que ouve tu falar que trabalha no Clínicas pensa que tu é marajá, tem bom emprego, acho que a gente está melhor na foto lá fora do que aqui dentro!
- orgulho de trabalhar no [...], esse é um lugar que dá visibilidade pra nós lá fora, dá status na sociedade.

Dessa maneira articulam-se sentidos relacionados ao lugar que seu local de trabalho ocupa na sociedade, ao significado que esse hospital tem na comunidade como prestando um serviço com qualidade, de ser o mais lembrado pela comunidade, de estar vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este status que possui o hospital também funciona como uma forma de reconhecimento da importância e de valorização do próprio trabalho. Conforme refere Seligmann-Silva (2003), o trabalho hospitalar para o profissional da saúde está associado a valores sociais e éticos de grande alcance, relacionados à vida, alívio de sofrimento e recuperação da saúde. Sendo assim, esse trabalho tem como significado para estes profissionais, o fortalecimento da identidade e, conseqüentemente, desde este aspecto pode ter um caráter positivo para a sua saúde.

A forma como estes trabalhadores discutem o trabalho no hospital nos faz pensar que se sentem valorizados por trabalharem num hospital, prestando serviço às pessoas que estão doentes, informando, marcando consultas, escutando os pacientes na sala de espera, assim promovendo algum alívio e, sentindo-se úteis. Referem que seguidamente familiares e pacientes dão notícias sobre o estado de saúde, dão-lhes “presentinhos” em reconhecimento à atenção dispensada.

Além disso, eles reconhecem seu papel e sua função para que a engrenagem do hospital funcione, o que fica claro no final da fala sobre o hospital como novela: **a**

gente também faz parte dessa história. Este fato remete ao que Castel (1998) discute sobre a construção da dignidade social estar relacionada à contrapartida de sua utilidade social. Contudo, a sua vivência nos modos hierárquicos como o trabalho hospitalar está organizado, assim como o embate com os outros profissionais faz surgir, em geral, desconfortos, desgaste e gera sentimentos de desvalia. Dessa maneira, conseguem valorizar seu trabalho e indicam que o reconhecimento vem dos pacientes, mas não da organização.

O sofrimento surge pela vivência da dificuldade de reconhecimento institucional do seu trabalho, sendo essa uma das formas típicas de sofrimento reconhecidas por Dejours (1999). Isto fica reafirmado através de uma outra expressão utilizada ao falarem da oportunidade em participar desta pesquisa, dizendo: alguém vai ouvir nossos gritos silenciosos.

Quando eles dizem que seus gritos são silenciosos, estão dizendo que não se fazem escutar, estão silenciados dentro da organização. Neste sentido Tittoni (2004) refere que o silenciamento dos sofrimentos está relacionado com a função de proteção do trabalhador e dessa forma não se transformar numa ameaça ao seu emprego. Emprego esse, através do qual desenvolvem seu trabalho que tem por função, na nossa sociedade, ser o suporte central para manutenção da vida (NARDI, 2004). Esta situação é bem diferente da discutida por Bernardes e Guareschi (2004), onde o silêncio dos trabalhadores da saúde mental é tomado como tecnologia de cuidado de si, como forma de escutar o que se passa consigo.

Tendo em vista estas reflexões, passaremos a discutir as relações de saber/poder no hospital, acreditando que dessa forma conseguiremos avançar nas questões abordadas até aqui.

4.1.2 Tensionamentos das relações saber X poder: a sutileza da dominação

No entrelace dos fios condutores do campo de pesquisa foram sendo realçados os saberes no hospital e suas disputas, as relações sentidas como opressoras ligadas aos profissionais “da” saúde e as chefias.

As relações de poder, conforme Foucault (1995) são analisadas não com o objetivo exclusivo de analisar “o” poder, mas de pensar o sujeito que se produz nelas e através delas. Neste sentido, poder e sujeito estão associados, indicando que as relações de poder que constituem o trabalho no hospital pressionam para a produção dos trabalhadores neste contexto. Foucault (1999), refere que o sujeito constitui-se a si mesmo através de um determinado número de práticas que são jogos de verdade e práticas de poder. Não compreende o sujeito como uma substância e busca a constituição histórica das diferentes formas do sujeito, em relação com jogos de verdade. Analisa como o sujeito se constitui de forma ativa, mediante as práticas de si, as quais não são inventadas pelo indivíduo, mas, ao contrário, são esquemas que encontra na cultura e que lhe são propostos, sugeridos e/ou impostos.

O hospital é um lugar que, como uma organização prestadora de serviços, tem sua prática está calcada na relação entre as pessoas, seja entre trabalhadores ou envolvendo pacientes e familiares. São raros os postos de trabalho em que o trabalhador do hospital poderá estar vinculado, apenas a uma máquina para realizar o seu trabalho, como ocorre, por exemplo, em uma fábrica. No exercício do trabalho hospitalar é desencadeado, permanentemente, uma relação de dependência entre os diferentes trabalhadores, marcada pelas expectativas de uns com os outros e

com os modos de ser de cada trabalhador. Nessas relações de dependência se acirram os jogos de saber/poder, onde todos estão implicados. Por exemplo, mesmo que o médico seja considerado o ser máximo dentro do hospital ou o saber mais legitimado, ele depende dos outros profissionais para exercer o seu trabalho. Além disso, essas relações de dependência também estão marcadas pelo julgamento das ações e pelos lugares de autoridade definidos nas relações de poder. Uma situação relatada no grupo ilustra bem esta discussão: um dos participantes relata que ao agendar a consulta para uma paciente idosa de 80 anos, orientou que trouxesse seu último exame ao vir à consulta, orientação essa que é rotina no serviço. Contudo, ela não trouxe e a reação do médico, segundo o que ela contou, deu-se dessa forma:

- A recepção estava cheia, os pacientes aguardando para serem atendidos e eu e a minha colega correndo para fazer todo o serviço. Ele chegou na recepção aos berros comigo e disse que nós éramos duas incompetentes e que não tínhamos comprometimento com nosso trabalho. Aquilo me tirou do sério, me deixou louca.....a gente se esforça pelos pacientes, corre atrás dos exames, dá, às vezes até passagem do próprio bolso, lanche, faz de tudo pra ajudar os pacientes. Pra mim isso é ser comprometida com o trabalho, procurar da melhor maneira possível dar assistência pro paciente. E o médico chegar na frente de todo mundo e dizer isso pra gente, a gente não aceitou. Ele simplesmente fez a cena e saiu, foi pra chefia administrativa e nós fomos atrás. Eu disse pra ele: o senhor pode nos acusar de qualquer coisa, mas dizer que nós não temos comprometimento o senhor tá errado....

Esta cena nos mostra o campo de forças e os jogos de poder em que todo o dia estão inseridos os profissionais do hospital. Está em jogo a vida das pessoas que estão doentes e junto a isso, os saberes de quem está empenhado em buscar alguma solução, ou pelo menos pensa e/ou busca estar.

Fazendo algumas conjecturas podemos dizer que o fato da paciente não ter trazido o exame, provavelmente incide de maneira direta na agilização de seu tratamento, desencadeando no médico uma reação de extrema indignação e provavelmente frustração no desenrolar de seu trabalho com a paciente. Contudo, neste estudo, enfocaremos os modos como a reação do médico para com as auxiliares administrativas que têm a incumbência de orientar a paciente mostrou-se como um ato disciplinar. A disciplina como foi descrita por Foucault (1991) é uma técnica do exercício do poder que procura individualizar e controlar a ação do outro.

Na situação em discussão, podemos observar que a ação do médico parece ter como objetivo controlar a ação do outro, chamando atenção, individualizando e culpabilizando as duas funcionárias pela paciente não ter feito o que era esperado. Nesta ceara entre os vários jogos de poder que fundamentam e ordenam as práticas no hospital, a figura do médico aparece com mais autoridade para definir as verdades e emitir julgamentos. Nesta dinâmica, o que pode se observar, em geral, é a produção da submissão, o silenciamento pelo medo e pelo respeito à autoridade do médico, o que parece traduzir-se num dito popular que diz: manda quem pode, obedece quem tem juízo.

Uma outra situação que se mostrou propícia a análise do processo de produção da submissão nas relações hierárquicas no hospital, foi trazida por uma trabalhadora que relatava sua relação de submissão extrema com sua chefia, a partir de situações constrangedoras que esta provocava. Podemos dizer que esses relatos caracterizavam uma relação de trabalho permeada por coações da chefia, exigindo tarefas e propondo contra-partidas, caracterizando uma dominação que gerava, conseqüentemente, um silenciamento e sofrimento intenso, por não encontrar maneira de quebrar com o círculo vicioso que havia se instalado. Outro

fator importante era, também, o temor de perder seu emprego. Embora, também soubesse que seu trabalho tinha grande valor e era reconhecido por esta mesma chefia, o que aparecia em relatos que demonstravam sua eficiência e dedicação ao trabalho que faz, o qual demanda tanto em termos de volume quanto de responsabilidade. A sua dedicação e disponibilidade eram tamanhas que, por exemplo, era comum ficar muito além das horas previstas para sua jornada, nas férias seu telefone celular ficava ligado para atender as solicitações do setor diante de sua ausência. Esse estado de disponibilidade permanente, servindo às necessidades das demandas no setor, passou a ser capturado pela chefia, e com isso o exercício de “extrair” o máximo possível de seu potencial, características peculiares do modo de produção flexível (NARDI, BERNARDES; TITTONI, 2003).

Estes lugares de submissão vão se revelando em outros momentos do trabalho do grupo, como por exemplo, em uma situação que discutiam e, um deles falava afirmando para si mesmo: “Tu tem que obedecer é uma ordem”. Em outro momento quando discutiam sobre como as chefias lidam com as situações de adoecimento dos funcionários, eles referem: “..funcionário não é uma pessoa passível de ficar doente. Deve estar sempre pronto para servir.” Ou ainda, quando falam de coisas que precisam fazer sem que seja da sua vontade, alguém diz: “...tu engole sapos o tempo inteiro, tu é totalmente dominado.”

As questões hierárquicas foram uma tônica durante todo o processo do grupo, o que demonstra a relação entre saúde mental dos trabalhadores de um hospital com a disciplina e a vivência de submissão na hierarquia. As relações com os profissionais que estão em níveis superiores da escala hierárquica são traduzidas como autoritárias, coercitivas, permeadas por desconfianças mútuas, assim como baseadas num descrédito do seu saber. Algumas situações trazidas no grupo

demonstram estas experiências:

- Parece que tudo o que tu diz tem que ter o aval de alguém. Parece que o teu trabalho não é sério, não tem valor. Tudo o que tu diz tem que ir alguém atrás e dizer: é verdade. Ela sabe. Ela pode.
- ...as chefias não têm confiança na gente. Lá no meu setor as gavetas ficam todas trancadas, chaveadas. Outro costume do nosso chefe é ficar escondido vendo o que a gente está fazendo.
- ...eles não tiveram essa escola [...], não sabem como trabalhar e ficam fazendo pressão. São pessoas intranquias, insegura, que têm medo de perder seu emprego. Essa insegurança gera desconforto e desunião no grupo.
- A chefia médica muitas vezes me enlouquece. Só quando digo que vou embora ela baixa a bola por um mês. Ao mesmo tempo que ela admira o meu trabalho, gosta do que faço, ela me enlouquece....Aí tu começa a por na balança....ao mesmo tempo tu engole sapos enormes. Muitas vezes penso que a solução seria trocar de setor...e, quem entrar no meu lugar (vai ter que enfrentar essa)?
- ...geralmente as coisas vêm de cima para nós, muitas decisões que a gente tinha que participar, que a gente usa, trabalha diretamente com as coisas, só fica sabendo depois que decidiram as coisas, pô!

Trazer estas situações para o grupo teve como objetivo refletir e buscar alguma modificação nas situações consideradas desfavoráveis ou causadoras de sofrimento. Conforme Foucault (2003) as relações de poder, contém positividade, no sentido que o poder não funciona somente como uma força que diz não, mas que produz coisas, permeia, induz ao prazer, forma saber e produz discurso. Para ilustrar, recorreremos às duas situações anteriormente discutidas. Na situação entre o médico e as auxiliares administrativas, a auxiliar que estava no grupo relatou que quando o médico foi queixar-se para sua chefia sobre a situação ocorrida com a paciente, elas foram junto, para expor, do seu ponto de vista, o que havia ocorrido, descrevendo dessa forma o diálogo que aconteceu:

- O senhor pode nos acusar de qualquer coisa, mas dizer que nós não temos comprometimento, isso está errado.
- Como tu vai dizer que estou errado?

- O senhor está errado, porque a paciente está errada.
- Mas em quem vou confiar, no que a paciente diz ou no que tu diz?
- Doutor à principio, o senhor tem que confiar em mim que trabalho com o senhor, e não numa paciente de 80 anos que descobriu a pouco tempo que está com uma doença terrível. O senhor acha que ela tem noção que tem que carregar algum exame, ela tem 80 anos, não tem 18. Ela não tem mais lembrança, não tem mais memória. O senhor tem que confiar em mim que trabalho com o senhor a [...] tempo, ou numa senhora de 80 anos? Acho que o senhor tem que confiar em mim, né? Se o senhor não confiar em mim então me demita, porque se não estou aqui fazendo nada.

Um dos jogos de verdade típicos nas relações de poder no hospital fundamenta-se na idéia de que a verdade está com o médico. Para Foucault (1989), a verdade produz-se nas relações de poder, a partir das múltiplas coerções, produzindo nas práticas efeitos regulamentados de poder.

Na situação que estamos analisando, também podemos perceber a produção de resistências, que têm o papel de desestabilizar, de produzir outros sentidos (FOUCAULT,2003). A funcionária conta que o médico pôde escutar seus argumentos e, embora tenha dito que foi uma situação bem difícil, onde ela sentiu-se abalada emocionalmente, e sua colega, mais ainda, foi possível buscar um outro tipo de relação, onde ela também pode agir e reconhecer-se como diferente, não apenas no lugar de submissão e de passividade costumeiros.

A outra situação diz respeito a relação ente a funcionária e sua chefia que apontamos anteriormente. Esta trabalhadora chegou ao grupo num nível bastante exacerbado de sofrimento mental, o qual, dentro dos critérios apontados por Dejours e Abdoucheli (1994), poderíamos dizer que caracterizava-se como patogênico, pois parecia não haver perspectivas de transformação de sua condição. Persistia a idéia de ficar contando o tempo de aposentadoria ou, quem sabe, tentar a saída do setor.

Enfim, ver-se livre daquela situação. Não tinha esperança de que houvesse qualquer tipo de mudança, pois sua situação se mantinha já há muito tempo. Esta situação havia provocado crises emocionais, segundo suas palavras, e, à consulta no Serviço de Medicina Ocupacional do hospital, passando a usar medicamento. Refere que já tinha um encaminhamento do médico do trabalho consultar com a equipe da psicologia do trabalho, contudo tinha receio. O trabalho que o grupo conseguiu fazer, proporcionou que ela buscasse outras estratégias para enfrentar a situação com sua chefia, o que efetivamente ela conseguiu como relatamos quando descrevemos o processo do grupo.

Com o relato destas duas situações, queremos explicitar como nos jogos de poder, apesar de todo o sofrimento, foi possível emergir também a positividade das relações de poder, trazendo alguma transformação, ou algum movimento a partir do estágio inicial que parecia tão paralisante. Além disso, o trabalho do grupo relacionado à discussão sobre hierarquia proporcionou refletir sobre o lugar que ocupam as chefias.

Sobre as relações hierárquicas vivenciadas no hospital, surgem no grupo outras referências interessantes, como o fato de existirem muitos cargos de chefia na estrutura gestora do hospital. Este fato leva os trabalhadores a disputarem uns com os outros, criando-se o que eles denominaram de “concurso de beleza” ou, em outros momentos, de “fogueira da vaidade”. Afirmam que: “no hospital tem muito cacique”. Sentem que devem “contentar a gregos e troianos”, segundo suas próprias palavras, em um contexto bastante competitivo.

-eu tenho uma teoria o serviço no hospital não é difícil, o que tem é muita vaidade. Aqui é a verdadeira fogueira da vaidade. Tu vai fazer um trabalho tem que passar pela enfermagem, pelo corpo médico. Quando tu identifica os pontos da vaidade fica mais fácil.

Metaforicamente, continuam a dizer do quanto se sentem num jogo em que faíscas saltam todo o tempo, exigindo que eles aprendam a lutar com as armas que têm, conforme suas próprias palavras, para poder enfrentar as situações em que se vêm colocados. Estes modos de enfrentamento foram denominando de saber usar a fraseologia, no sentido de buscar formas de lidar com as situações sem envolver-se tanto nelas, aspecto que discutiremos adiante.

As discussões sobre as relações hierárquicas também produziram outros sentidos, relacionados ao lugar de quem está nas chefias. Eles discutiram o peso da responsabilidade dos trabalhadores que estão num nível hierárquico superior, ou mesmo ocupando cargos de chefia, tendo que responder a muitas coisas. O foco foram as pressões que recaem sobre estes trabalhadores, transformando-os em pessoas diferentes do que eram antes de ocuparem tal cargo. Chegam a atribuir, para aqueles que se transformaram “negativamente”, adjetivos como mal humoradas, intempestivas, cobradoras.

Esta discussão faz pensar que algo do lugar de chefia opera no sentido do controle e da pressão – talvez até a responsabilidade por não cometer erros, tão característica do hospital – independentemente das pessoas que ocupam os cargos. Quando estes trabalhadores deixam estes cargos, também sofrem mudanças. Na discussão feita no grupo, aparecem referências a perceberem a pessoa mais leve, mais à vontade, sem aquela “carga” do cargo. É interessante a relação, que uma das pessoas do grupo fez, dessa situação com sua própria experiência, pois durante o período de realização do grupo passou a ter um papel informal de coordenar a atividade de outras pessoas, o que lhe deu o poder de decidir algumas coisas. Certo dia, se viu negando um pedido de uma dessas pessoas sob as quais tem alguma

ascensão e pôde dar-se conta de que não precisava reagir de tal forma, vendo que repetia a situação de mando que em geral acontecia na relação com sua chefia. A esse fenômeno denominaremos de “cadeia do mando”, isto é, uma seqüência de ações que representam uma determinada forma de exercer a liderança, gerando reações em cadeia a ponto de que aquele que um dia foi subordinado tende a repetir a forma como era tratado.

Estas reflexões estão intrincadas na problematização dos modos de subjetivar o trabalho no hospital que são forjados a partir dos modos como o trabalho e as relações entre os trabalhadores foram se constituindo neste lugar. O hospital, hoje em dia, está sob o impacto das novas tecnologias e da reestruturação do trabalho, ainda que mantenha algumas das características que lhe deram origem: como definir-se como um espaço de cura, organizado por uma estrutura disciplinar e hierarquizada. Desta forma, o hospital está imerso nos modos de produção flexível no sentido de buscar novos padrões de produtividade para com isso, entrar na lógica do mercado de trabalho, tornando-se competitivo. Estes aspectos produzem impactos na subjetividade dos trabalhadores e nos modos de trabalhar no hospital que necessitam serem aprofundados.

4.1.3 O encontro com os pacientes: reconhecimento X impotência

O encontro com os pacientes é permanente na atividade dos trabalhadores que ocupam os cargos administrativo-operacionais no hospital, e, principalmente, destes que fizeram parte da pesquisa. Aspecto sempre presente nas discussões do grupo, pois é impossível não falar nos pacientes quando da troca de idéias sobre o

que fazem e vivenciam no hospital.

Os tensionamentos produzidos no contato com os próprios pacientes e seus familiares são geradores de comoção, de piedade, de indignação, de solidariedade, e algumas vezes, de uma aparente indiferença. O contato diário com a doença é, muitas vezes percebido como fator fragilizador, ainda que possa também aparecer como fortalecedor, no sentido de aprender a dar mais valor a sua própria vida. Esses trabalhadores entendem que o “fator psicológico” é uma das coisas mais difíceis do trabalho hospitalar, sendo que este “fator” pode ser traduzido como a capacidade de poder tolerar o sofrimento do outro sem se deixar abalar. Uma das participantes do grupo diz: “...só o que me deixa estressada é o sofrimento das pessoas, é a dor deles, é o cheiro...apesar de tudo eu gosto, eu sinto que ajudei de alguma maneira, eu sinto que eles saem um pouquinho mais felizes, quando a gente conversa.”

Neste hospital em específico, lida-se com uma variável que imprime outros matizes para o que se vive no hospital, que é o fato de ser um hospital que se destina, eminentemente, a atender os pacientes através do SUS. Isso significa, em nosso país, atender a um estrato da população brasileira mais carente, com problemas sociais e econômicos gravíssimos. Desta forma, exige que os trabalhadores saibam lidar com pacientes, por exemplo, que, às vezes, não sabem ler. Um trabalhador refere, no grupo:

- sabe, ontem eu parabeneizei meu colega, ele fez uma coisa muito legal. Quando o paciente vem na primeira consulta ele assina um termo de consentimento, que nem o que a gente assinou aqui, acordando pra pesquisa, ele também tem que assinar lá autorizando a [...]. Ele pode ter complicações que pode levar até a morte, e ela não sabia ler. Ele sentou com ela e leu o termo todinho pra ela. Ela ficou nervosa que não sabia ler, ele teve a sensibilidade de perceber e não deixar ela deslocada. Ele perguntou: a senhora saber ler? Ela disse: não, eu não sei ler meu filho. Ela ficou envergonhada. Então a senhora sente aqui. Aí ele levou ela pra um cantinho e leu tudo pra ela. Não levou 5 minutos. Não sei se ela entendeu alguma coisa,

porque é cheio de termos, né? Mas ela se sentiu amparada. Naquele momento ele estendeu a mão para ela.

Essa passagem revela um dos tantos momentos difíceis e constrangedores enfrentados nesse hospital, onde, além da doença especificamente que precisa ser enfrentada, tantos outros componentes se apresentam, exigindo que os trabalhadores que estão na linha de frente busquem maneiras inteligentes e sensíveis para dar o aporte necessário.

Podemos dizer que a doença extrapola o limite do corpo, exigindo do trabalhador do hospital e dessa organização como um todo, lidar com a vida dos pacientes, pois não é possível separar o paciente daquilo que ele vive e que traz consigo quando fica internado em um hospital. Estes trabalhadores sofrem impactos importantes neste sentido, pois lhe é endereçado muitas vezes, de maneira maciça e bruta, tudo aquilo que o paciente e familiares estão vivenciando e sentindo.

Como exemplo, esta situação:

- a gente acaba ouvindo os pacientes e acaba tendo um envolvimento psicológico. Eu noto ali na [...] aí chegou um casal de idosos e ele tava com problema na bexiga...ficavam naquele vai e volta...aí ela já tava ficando irritada...eu chamei ela de vó...me partiu o coração: uma pessoa idosa ali sofrendo e tu não pode fazer nada por eles, né?
- Tu não tem como intervir não depende de ti.
- E como é isso? No lugar, na função de vocês no hospital vocês não podem intervir, só podem assistir?
- É...não depende de ti, vai depender do médico. Sei lá tu pode chegar no médico, mas se tu fizer isso por todo mundo não dá...

Outro relato que demonstra esta situação:

- É tem muito problema social aqui, né? Muitas crianças que internam lá também têm problemas, os familiares têm problemas...

- O que tu queres dizer com problemas sociais?
- Tem u apelido o [...], sabe qual é? A gente chama de Carandiru. - Carandiru...
- Carandiru?
- Ali tem de tudo
- A origem disso é que teve um dia que um casal se agarraram no pau, foi um negócio violento. O pessoal da segurança foi, não demos conta, tivemos que chamar até a brigada militar....uma rebelião.
- Agora até que ta calmo, teve umas épocas terríveis, agora ta calmo. De vez em quando dá umas confusões, uma vez brigaram no refeitório, quase se mataram a pau.

Situações como essas também fazem parte do cenário do hospital, como disse um dos integrantes do grupo: “não é sempre, tem épocas, mas elas estão presentes”. Nestas situações a própria organização poderia auxiliar dando algum suporte para enfrentar esta “doença social”, ampliando as formas de lidar com o sofrimento proveniente dela. Alguns profissionais se envolvem mais diretamente, como os trabalhadores do setor da vigilância, apesar de que todos estão sujeitos a esta situação, tanto os auxiliares administrativos, os auxiliares de higienização, assim como as atendentes de nutrição.

Essas vivências trazem sentimentos freqüentes de impotência, que faz com que os trabalhadores experimentam o sofrimento. Estão numa posição dentro da organização onde, literalmente, ficam expostos aos impactos advindos dos pacientes e usuários em geral do hospital – a chamada “linha de frente”. São os primeiros a receber as pessoas que buscam o hospital em geral, são portadoras de um nível mais elevado de ansiedade e tensão, gerados pela situação de doença. Trazem, também, uma carga psicológica que pode gerar nos trabalhadores apreensão, piedade, assim como, a revolta. Essas experiências no trabalho, talham modos de subjetivação que parecem ser específicos das pessoas que vivem essas situações diariamente. Quando falam que se tornaram diferentes depois de um

tempo de trabalho no hospital, referem que uns se mostram mais sensibilizados com as situações, enquanto outros chegam a um nível de sofrimento maior e outros ainda, parecem sobreviver sem se abalar.

Tendo como pressuposto que as subjetivações estão relacionados aos jogos de verdade podemos pensar que, no que tange a trabalhar no hospital, a verdade com relação ao bom funcionário é aquele que é capaz de suportar os impactos dessa realidade, preferencialmente, sem se abalar. Se pensarmos na noção de saúde proposta por Canguilhem (1982), podemos abordar o fato de que enfrentar as adversidades da vida, não significa simplesmente manter-se na norma, mas, sobretudo consiste em inventar modos para superar o que se impõe, ser normativo, inventar.

Nas lutas diárias para enfrentar esta “realidade”, um dos recursos utilizados pelo trabalhador, é poder contabilizar o reconhecimento que o paciente aponta pelo trabalho que fazem, conforme discutem no grupo:

- apesar de tudo eu gosto, eu sinto que de alguma maneira eu ajudei, eu sinto que eles saem um pouquinho mais felizes, um pouquinho que a gente conversa. E eles dizem: como é q a gente não vai se sentir bem, se vocês recebem a gente tão bem, sempre sorrindo, brincando. Então eles saem menos deprimidos, não digo mais felizes, mas menos deprimidos...
- passa a ser uma coisa normal
- o que acontece quando a gente acostuma?
- a gente banaliza o sofrimento
- é logo que tu começa leva um choque, né? Não ta acostumado, nunca viu, por exemplo ali na [...], se quando comecei fosse trabalhar lá ia estranhar.
- tem coisas que estranho até hoje. Tem coisas q não suporto ver [...] vou tomar um café, vou ao banheiro.

Trabalhar no hospital, para além de ter que aprender a lidar com o sofrimento alheio e de si próprio, está relacionado também a valores sociais e éticos, conforme nos lembra Seligman-Silva (2003). Os profissionais do hospital se reconhecem como

atores na promoção da vida e na produção da saúde em seu sentido mais amplo, conforme se pode observar na fala de um deles: “entendo que o trabalho que faço no hospital contribui para o desenvolvimento do meu país, para o desenvolvimento da cidadania”.

É neste sentido que podemos compreender o encontro dos trabalhadores que participaram desta pesquisa com os pacientes do hospital, não somente marcado pelo sofrimento, mas também pela gratificação, pela pulsão de vida e pela busca da produção de saúde.

4.1.4 As transgressões: modos de lutas e enfrentamentos

“Aqui no hospital a gente tem que usar a fraseologia...”

A expressão “fraseologia” foi um termo utilizado desde o primeiro encontro do grupo, trazida por um dos integrantes, e durante o tempo de duração deste estudo. Na situação do grupo, esta expressão foi utilizada para descrever uma exigência da chefia, no que tange a “saber dizer o que precisa ser dito à pessoa que está atendendo, principalmente quando a situação é de conflito”. Ao afirmarmos que, no trabalho hospitalar, as relações que os trabalhadores produzem uns com os outros é um aspecto crucial, então pode-se pensar que a fraseologia pode indicar sobre os modos como se controla e lida com as outras pessoas, sejam colegas, superiores ou paciente, somente para citar alguns. Este fator demonstra mais um elemento dos jogos de poder neste trabalho, que incide sobre o controle das relações entre as pessoas.

Se considerarmos que, além disso, o serviço prestado está relacionado à saúde do outro, esta fraseologia incide diretamente na vida do outro. Possivelmente nestes casos, estes jogos de poder estejam também atravessados pelo fato de que “no hospital não pode haver erro”, na medida em que, muitas vezes, o que está em jogo é a vida e a morte. Deste modo, intensificam-se as estratégias de controle para evitar o menor erro possível. Cabe ressaltar que os trabalhadores que participaram desta pesquisa não lidam diretamente com os riscos trazidos pelo contato direto com o paciente, assim como o médico, contudo estão subjetivados nos mesmos modos de funcionar o hospital.

O grupo se apropriou do termo, fraseologia, e passou a utilizá-lo no transcorrer de todo o trabalho para se referir à descoberta de como fazer frente às adversidades que eles enfrentam dentro do hospital: “é saber dizer a coisa certa, na hora certa”. É descobrir o que precisa ser dito, como enfrentar as diferentes situações e, inclusive, investir-se de um poder que, na verdade, não têm na organização, mas perante as exigências do público externo lhe protege como autoridade.

Num dado momento do grupo, quando uma das integrantes contou como começou a enfrentar a situação com sua chefia e como chegou às propostas de mudança na organização de seu trabalho, o grupo logo referiu: “usou a fraseologia!” É buscar um deslocamento da posição de assujeitamento para a de protagonista. Esta situação de protagonista está ligada às ações no campo da saúde do trabalhador (TITTONI, 2004), onde é através das próprias vivências do trabalhador que se produzem as possíveis análises e reflexões capazes de promover transformações. Onde ele, o trabalhador, possa reconhecer-se sujeito e ator de transformações possíveis.

Um outro tipo de situação que surge no grupo como modo de enfrentamento das situações difíceis que precisam driblar, é a chamada “burla”. Esta se constitui em quebrar as regras que foram prescritas em seu trabalho para com isso diminuir o atrito entre o trabalhador e os familiares, visitantes.

As regras prescritas estão relacionadas à prescrição formal do trabalho (Dejours,1999), isto é, dizem respeito às instruções que estão estabelecidas sobre como ele deve ser executado. Contudo, como contra-ponto está a organização real do trabalho, que lança mão dos modos operatórios que o trabalhador criará para poder executá-lo. Isso não está relacionado com “má intenção” e pode-se dizer que ocorre, principalmente, nas situações em que a prescrição do trabalho se dá de maneira a não contemplar os saberes práticos de quem o executará. Como também nos trabalhos dinâmicos, em que uma prescrição prévia não dá conta dos acontecimentos que se apresentam como no caso do hospital, onde esta separação é frequente parece que ocorre tanto por um motivo, como pelo outro.

Os modos de luta e de enfrentamentos arranjados pelos trabalhadores apontam para nossa perspectiva sobre a saúde mental e trabalho, onde ocorre “agenciamentos que implicam modos de resistência e de fuga, lutas entre poderes de conservação e de mudança, não se referindo à existência ou não de adoecimento” (Tittoni, 2004, p.74 e 75).

4.2A fotografia no trabalho hospitalar: ampliando olhares

Esta etapa das fotografias foi realizada com três participantes da pesquisa, pois um se mantinha afastado. Explicamos-lhes que essa parte da pesquisa não

havia sido prevista, mas que após as análises da produção do grupo tivemos o interesse em ampliar as possibilidades de falar sobre o trabalho hospitalar. A primeira reação espontânea, sem que nem tivessem escutado bem a explicação do procedimento, foi de dizer que não queriam tirar fotos. Logo que foi possível explicou-se em que a proposta consistia, a saber que eles tirassem fotos fora do hospital daquilo que lhes lembrassem o hospital, “lá fora”, tendo, então, sido aceita a proposta. Dois deles tiraram fotos, sendo que um fez sete fotografias e o outro, uma. A outra trabalhadora referiu não ter conseguido produzir fotografias, pois não conseguiu pensar o que poderia representar. Refere que: “consigo separa bem aquilo que é do hospital e é meu lá fora”. Esta expressão comumente encontrada entre trabalhadores do hospital, indica sobre modos de subjetivar o trabalho marcado pela separação: “separo muito bem o que é do hospital e o que é minha vida fora daqui”. Também poderíamos pensar nesta atitude de “separar”, como uma estratégia defensiva caracterizada por dissociar o mundo do trabalho e o mundo da pessoa, no sentido de não deixar as questões do hospital invadir sua vida como um todo.

Analisamos as oito fotografias com os dois trabalhadores que tiraram as fotos, e por se repetirem, foram escolhidas seis para constarem neste estudo. A trabalhadora que não fez as fotografias não pode participar desse encontro.

A discussão sobre as fotografias nos mostrou os modos como os trabalhadores vêem e vivenciam suas experiências no hospital. A primeira imagem que discutimos mostra um ângulo da cidade, tendo sido a fotografia produzida a partir de uma janela em um andar bem alto do prédio do hospital.



Para este trabalhador, o hospital é como uma cidade, pois nele circulam muitas pessoas, há muita diversidade, conforme afirma:

- O hospital é uma cidade, pelo trânsito de pessoas que tem aqui dentro, os corredores eu comparo com as ruas. O que transita de gente aqui dentro, aqui nesses corredores, é uma cidade! Até o que tem de funcionários aqui...têm municípios que não tem tanta gente que nem tem funcionários aqui dentro. Foi o que me veio na cabeça, não pensei em mais nada. Já tinha pensado antes nisso, o hospital é uma cidade, tem muita gente diferente, com pensamento diferente, com visão diferente. Mesma coisa que aí fora, na cidade é a mesma coisa, cada um vai pra um lugar, um vai pra lá outro pra cá, uns vão pra zona. As pessoas vão pro seu bairro.

Com essas idéias geramos um trocadilho “o hospital está dentro da cidade, assim como a cidade está dentro do hospital”. Da maneira como se referem ao hospital trazem uma idéia de pulsação, de energia, de vida, revelando que, o hospital tem vida, para além da morte que também alberga. Nele se dão muitos acontecimentos que falam de vida. Neste local, em especial como hospital-escola,

para além da assistência que é realizada, ocorre a geração de múltiplos conhecimentos e de saberes através de suas práticas. Tanto pelo conhecimento científico que é produzido, enquanto campo de diversas práticas e de pesquisas em várias áreas, como pela sua diversidade em termos das situações que presenciam, como dizem os trabalhadores. Geram-se múltiplos conhecimentos, os conhecimentos práticos, nos quais esses trabalhadores são “doutores”. E isso lhes outorga poderes, como o poder da informação devido ao lugar estratégico que ocupam na organização - por onde passam os fluxos de muitas ações no hospital. Também o poder de indicar o caminho certo para que os pacientes obtenham o que precisam e o poder de guardiões dos documentos do hospital.

Esse campo do hospital que é como se fosse a própria cidade caracteriza-se pela multiplicidade, pela diversidade, e como diz Foucault (2003), poder e saber se articulam organizando essa dispersão.

O paralelo entre hospital e cidade também produz a discussão sobre o funcionamento do hospital onde, na visão dos trabalhadores, a segurança funciona como uma polícia, a higienização como uma coleta de lixo e a manutenção como o departamento de obras. Os trabalhadores das obras são como o pessoal da construção civil, pois ainda que no hospital, estão sempre construindo alguma coisa. A parte administrativa representa a prefeitura, que se encarrega de organizar as coisas. Contudo, no hospital, há um jeito próprio de funcionar e de fazer valer as regras, dizem esses trabalhadores, as regras são construídas, mas ao mesmo tempo, descumpridas. Carapineiro (1998) refere que as áreas médica e administrativa são as que possuem as tarefas mais difíceis e críticas no hospital e que definem os objetivos operatórios de poder. Na área administrativa isso ocorre através de projetos de racionalização que demonstrem capacidade de controle e

coordenação da gestão do hospital, e que, o seu poder será tanto maior quanto mais puder demonstrar que seus objetivos específicos se ligam intimamente aos objetivos finais. A autora está se referindo, certamente, a questões da macro estratégia administrativa-gerencial, numa organização hospitalar. Os trabalhadores que participaram desta pesquisa não compartilham destes espaços, contudo representam a ponta, a base das estratégias administrativas dentro do hospital. Por este motivo, entendem que o seu trabalho é tão importante que se ele não ocorrer, ou se não for bem feito certamente haverá prejuízos na assistência ao paciente.

Ao mesmo tempo que têm uma auto-valorização do seu lugar também vivenciam e se sentem muito pressionados entre as exigências administrativas e as exigências dos pacientes e usuários do hospital. Além disso, sentem-se discriminados frente aos outros profissionais, na escala hierárquica. Quando há conflitos, divergências sempre “rebenta no lado mais fraco”, dizem eles. Outras fotografias que eles tiraram também falam de maneira interessante como vivenciam o hospital.



O que o ônibus tem a ver com o hospital? Para esses trabalhadores tem o sentido das pessoas virem até o hospital e irem embora, o que o caracteriza como um lugar de passagem. Como no ônibus, onde as pessoas entram e saem. Falam do apego que desenvolvem com relação a algumas pessoas, mas que chega um “ponto

que elas descem” e a gente continua aqui. Essa questão do afeto, do apego aos pacientes, é um aspecto do trabalho que também foi tema de discussão no grupo e que reaparece nas fotos.

Outro aspecto que se sobressai nas fotografias do ônibus diz respeito a analogia que estabelecem com o cobrador e motorista. O motorista no hospital são as pessoas que dirigem, decidem as coisas, os chefes, sendo que o cobrador são eles, principalmente os vigilantes, identificados mais com essa função. Atribuição essa que lhes gera muita pressão e desgaste, conforme já referimos.

Na segunda fotografia em que aparece o ônibus ele está num grande cruzamento, numa rotatória de veículos, fato esse que o trabalhador só se dá conta ao analisar a foto, quando ele diz: “por coincidência tirei o cruzamento também”, trazendo-lhe outros sentidos. Esse efeito já foi percebido e discutido em pesquisas anteriores (TITTONI, 2004; MAURENTE,2005), onde a intenção em fotografar determinada coisa acaba explicitando uma outra, complexificando as possibilidades de análises do que vem deste “acaso”.

Na situação da fotografia do ônibus no cruzamento, suscita reflexões no sentido do cruzamento de muitas vidas dentro do hospital, o encontro com muitas pessoas, inclusive em termos dos namoros e dos casamentos entre funcionários. Desperta a discussão sobre os laços afetivos, como as amizades que se fazem a partir da convivência no local de trabalho. Além disso, eles também juntam com a produção de conhecimento que se dá a partir desses cruzamentos que ocorrem dentro do hospital: “o hospital é o lugar onde as vidas se cruzam” ou “o hospital também pode ser comparado com um grande cruzamento.”

As outras fotografias revelam de maneira simbólica, aspectos muito presentes no hospital, e assim nomeados pelos trabalhadores: a fé, a divindade, a reclusão, a morte. Vejamos como se dá essa discussão e por onde eles abordam.





Temos na seqüência das três fotografias acima a igreja, o presídio e o cemitério. A igreja é tomada como símbolo da fé, é o que fala da esperança em si. Os trabalhadores referem que as pessoas no hospital, tanto o público externo, como interno têm uma certa fé. “Aqui a gente vê realmente a fé das pessoas. É muito interessante, o hospital tem muito a ver com fé, religiosidade”. Discutem que a

cultura católica-cristã, faz com que os médicos sejam vistos como seres divinos, e não como homens iguais aos outros. Assim, o médico no hospital é um ser superior, que fica investido de divino. Sobre o médico recai um olhar divino, superior, pois o médico vai lá salva e cura. “A figura do médico é associada à imagem de Cristo que curou os leprosos, fez os aleijados andarem, então tem tudo isso a ver.”

Sobre o presídio temos, segundo as próprias palavras do “fotógrafo” a representação de um local de internação coletiva. A fotografia foi associada ao fato de que, embora as pessoas estejam internadas de forma e por motivos diferentes na prisão e no hospital, é possível estabelecer uma relação, desde o ponto de vista que no hospital as pessoas também estão obrigadas a estarem. E, nesta ótica, o vigilante traz a vivência de que se sente, às vezes, um carcereiro: “tenho que cuidar para as pessoas não irem embora antes de estarem curadas”. Ele refere que compara a doença com uma pena, pois: “As pessoas estão no presídio porque cometeram um delito contra a sociedade e as pessoas que estão aqui no hospital, estão geralmente doentes, enquanto elas não se curarem, não cumprirem a pena delas, entre parênteses, elas não podem ir embora, não podem sair daqui, a gente tem que cuidar.” Ele fala da vigilância sobre os corpos, muito comum nestes tipos de organização. Fato este também referido por Foucault (1991) através de análises do hospital e do presídio.

Por último o cemitério. Fotografia motivada pela questão de querer simbolizar a morte que também está presente no hospital. “O hospital também é lugar de morte, fim de vida. Lugar onde a vida começa e termina”. “Aqui é o fim da vida de muitas pessoas, tem a ver com sofrimento, mas também tem a ver com visita, circulação de pessoas”.

A experiência com a fotografia fez pensar sobre coisas “fora” do hospital que lembram o hospital e, portanto, seu trabalho. Essa vivência se mostrou muito profícua, a ponto de um dos trabalhadores ter imaginado outras coisas que gostaria de fotografar, mas não teve oportunidade, como o Ministério Público. Apesar disso, resolveu então falar:

- Teria mais fotos que eu queria tirar, mas não consegui. Queria tirar do Ministério Público, mas não consegui passar na frente. Eu comparo também com aqui, porque tem a relação de poder, tem poder aqui dentro, as pessoas querem ter poder. Alguns têm poder, outros pensam que têm poder, outros querem ter. É muito interessante! Tem uma relação de poder muito fantástica aqui dentro do hospital. Tem as pessoas que têm poder por influência, tem as pessoas q têm poder moral.

O poder moral aqui referido é entendido como a potência de um profissional, independente da formação que tenha, de ser reconhecido como alguém que é confiável e que tem um saber. O que ele diz, as pessoas acreditam e fazem.

Através da fotografia acreditamos ter ampliado o olhar sobre o hospital, não no sentido de que aparecesse algo ainda desconhecido, mas no sentido de que os trabalhadores puderam rediscutir, através de outra linguagem, alguns temas já abordados no grupo. Também agregaram-se outros aspectos, como a questão da reclusão no hospital, que aparece através do presídio. Assim como, a ênfase sobre o hospital na contemporaneidade como um lugar múltiplo, lugar da diversidade, que pode ser pensado como uma verdadeira cidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo nosso objetivo foi conhecer como se configura o sofrimento nos trabalhadores da área administrativo-operacional de um hospital geral, público e universitário, fazendo um percurso pela pesquisa-intervenção (ROCHA e AGUIAR, 2003), utilizando como estratégia para tal, o grupo-dispositivo (BENEVIDES DE BARROS, 1997) e a intervenção fotográfica (TITTONI, 2004; MAURENTE, 2005).

Os pressupostos teóricos centrados na noção de saúde, trabalho e subjetividade, enfocam a saúde mental relacionada à problemática dos modos de subjetivação no trabalho. A noção de subjetividade orienta a discussão sobre saúde, buscando no cotidiano e nas vivências dos trabalhadores, recursos para abordar os processos de saúde e doença relacionados ao trabalho.

No processo de realização deste estudo, importante destacar o caráter de intensa produção do grupo que se formou, a qual juntamente com as incursões pelas áreas de trabalho, as entrevistas individuais e as intervenções fotográficas, permitiram compreender e conhecer consideravelmente os modos de viver e trabalhar no hospital.

Este trabalho intenso que ocorreu no grupo foi possível a partir do vínculo de confiança estabelecido entre os participantes. A heterogeneidade deste grupo propiciou o enriquecimento das discussões, onde os participantes sentiam-se acrescidos pelo olhar e escuta diferente do outro. O grupo se mostrou potente enquanto dispositivo (BENEVIDES DE BARROS, 1997) na medida que possibilitou no emaranhado das linhas de muitas histórias que ali se cruzaram, visibilizar os pontos de tensionamentos e sofrimentos produzidos no trabalho hospitalar. Ao mesmo tempo, também, foram possíveis movimentos que buscaram o agenciamento

de novos modos de subjetivação e conseqüentes transformações da realidade vivenciada.

Possivelmente, a ocorrência de adoecimentos tem produzido sentidos para os trabalhadores do hospital, na medida em que estes trabalhadores sentiram-se convocados a discutirem o tema. Contudo, ainda persiste o tabu frente ao sofrimento e o adoecimento mental expresso em idéias que circularam dentro do próprio grupo e nas incursões pelos setores onde trabalham os funcionários convidados a participarem da pesquisa, indicando que “psicologia é coisa pra louco”. Talvez até encontre-se ainda mais acirrado e intensificado pelo fato da discussão ser proposta dentro do local de trabalho. Este fator pode levar a que este tabu seja considerado, até mesmo como altamente ameaçador.

Além disso, é importante considerar que entre os jogos de verdade que atuam na produção dos sujeitos do trabalho, indicam que o bom funcionário é aquele que não adoce. Então, mostrar-se num grupo dentro do local de trabalho para discutir essa questão, também é ameaçador, pois seria mostrar uma fragilidade em um contexto onde a vivência do adoecimento profissional está marcada pela individualização da doença e, conseqüentemente, pela culpabilização (NARDI, 1999; HOEFEL et al, 2004).

Estes jogos de verdade funcionam como invisibilizadores/silenciadores dos sofrimentos produzidos no e pelo trabalho. Para trabalhar em um hospital, independente do lugar ocupado, é preciso mostrar-se forte para poder fazer frente a essa realidade que exige trabalhar com a vida do outro, e, na maioria das vezes, implica em lidar com o sofrimento alheio. Então, mostrar o sofrimento, pode significar uma fragilidade que não corresponde ao que é esperado de um trabalhador para esse lugar.

O hospital enquanto lugar da cura (Foucault, 1989) e da norma, está organizado por relações hierárquicas e disciplinares, marcadas, sobretudo, pelas relações de saber-poder. Podemos dizer que no caso do hospital em questão, essas relações possam estar mais intensificadas ainda, por se tratar de um hospital-escola, atravessado pelas relações saber-poder relativas ao campo de produção do conhecimento.

Consideramos o trabalho como campo de tensionamentos e relações de poder, onde o poder pode operar para pressionar a produção de sofrimento através do controle e da disciplina, como também na produção de resistências.

A configuração do sofrimento do trabalhador administrativo-operacional está relacionado à vivência da invisibilidade, gerada pelos embates nas relações com os profissionais na organização do trabalho no hospital, onde parece prevalecer o seu lugar de desvalor. Os jogos de verdade no hospital revelam que o trabalho reconhecido com valor está com o médico, pela legitimidade de seu saber que lhe confere o lugar de destaque que ocupa, hoje, no hospital.

A partir dos estudos dejourianos, poderíamos dizer que o sofrimento do trabalhador administrativo-operacional do hospital se assemelha ao descrito pelo autor, como sem esperança de reconhecimento. Os participantes deste estudo, referem-se ao seu posto de trabalho como um lugar que os leva a ficarem muito expostos ao impacto psicológico que demanda o atendimento aos pacientes e usuários em geral do hospital. Como denominados, encontram-se na “linha de frente”, deparando-se, cotidianamente, com as pressões oriundas da organização do trabalho em confronto com as pressões advindas do público atendido. Contudo, apesar do atendimento ao paciente, por vezes, representar uma carga de sofrimento, também representa a parte do reconhecimento e gratificação.

Outro elemento importante é a forte tendência de dominação daqueles que estão na escala hierárquica superior, reforçada por relações hierárquicas rígidas características do hospital. Dessa maneira, produzem-se modos de subjetivação (GUATTARI e ROLNIK,1996; TITTONI,2004) da ordem da submissão e silenciamento, onde o trabalhador que está na camada hierárquica inferior não se sente autorizado a expressar seus sentimentos e pensamentos, produzindo-se sofrimentos silenciosos. Por vezes transformando-se em sofrimentos patogênicos, conforme entendem Dejours e Abdouchelli (1994), podendo levar ao adoecimento.

Todavia, os trabalhadores participantes do grupo também revelaram como o sofrimento, pode orientar-se no sentido de forjar saídas astuciosas e, até mesmo, transgressoras, através das lutas que se estabelecem. Estas representam a capacidade do trabalhador transformar aquilo que foi prescrito em algo que possa reverter-se em algo que produza maior bem estar e facilidade para enfrentar as adversidades do trabalho hospitalar. Nesse aspecto podemos falar de saúde, assim concebida por Canguilhem (1982), como maneira de abordar a existência, desde a capacidade de ser normativo, isto é, criar novas normas.

A pesquisa-intervenção enquanto prática transformadora propiciou agenciamentos múltiplos no grupo, tornando mais viável a capacidade para efetivar as transformações necessárias nas relações de trabalho, trazendo novos sentidos, buscando outros modos de subjetivação. Modos esses não tão marcadamente caracterizado pela dominação/submissão, mas na condição de protagonista, podendo experimentar-se na ordem da invenção.

Os trabalhadores administrativos-operacionais, participantes da pesquisa revelam viver intensamente as questões do hospital, embora não tenham vindo trabalhar neste local em razão de alguma formação específica na área da saúde,

mas sim por oportunidade de emprego. Através de sua prática de trabalho foram incorporando os saberes do hospital e fazendo deles a sustentação para dar conta das demandas que chegam. Acreditam que suas ações são importantes e necessárias, contudo nas relações de poder os sujeitos do trabalho se constituem principalmente pelo antagonismo vivenciado no seu lugar.

A vivência e saberes desses trabalhadores apontam que existem diversos profissionais na saúde, desde aqueles legitimados e formados na área, como também aqueles, como eles, que dão suporte para que toda a engrenagem do hospital funcionar.

Este estudo possibilitou, no sentido próprio de co-autoria, aos participantes e pesquisadora, ressignificações diversas. Quanto aos participantes como já se elucidou em vários momentos deste texto, na relação à administração do hospital (na medida que houve um apoio efetivo para participar da pesquisa, não se concretizando um “caça às bruxas” como alguém inicialmente imaginou que pudesse ser o caráter da pesquisa), na relação com a psicologia (na medida que não “sentiram-se loucos”, discriminados, estabelecendo uma relação de confiança) e entre os próprios participantes da pesquisa (a descoberta de que podiam confiar e juntos construir um conhecimento e se fortalecer para enfrentar o cotidiano de trabalho). Por parte da pesquisadora houve o desafio de realizar uma pesquisa com trabalhadores do hospital enquanto ela própria também o é. Tarefa que em vários momentos foi bem difícil, devido às implicações enquanto psicóloga do trabalho na mesma organização. Contudo, acreditamos que foi possível com o grupo realizar um trabalho que abrisse a possibilidade de refletir sobre os modos de viver e trabalhar no hospital, bem como vislumbrar outros modos de se colocar e enfrentar as adversidades desse lugar.

Com este estudo também se abre a possibilidade, juntamente com outros que já estão acontecendo, de dar continuidade a essa linha de pesquisa no campo da saúde mental e trabalho, tema extremamente necessário de ser desenvolvido e ampliado na área do trabalho hospitalar.

Consideramos, em termos de caminhos percorridos, que a metodologia utilizada propiciou um estudo onde pudemos fazer uma discussão profícua sobre o tema. Contudo em termos de aperfeiçoamento e levando em consideração os tabus e a configuração das relações de trabalho, acreditamos que o chamamento para participação na pesquisa pudesse se dar de maneira diferente. Por exemplo, ao invés de cartaz e visita às áreas, poderiam ser utilizados outros recursos como a estratégia de Bola de Neve ou Snow Ball (VIEIRA, 2005), que consiste em fazer o convite a uma pessoa para participar da pesquisa e, a partir dessa, cada pessoa vai indicando uma outra a participar.

Para finalizar, podemos dizer que o estudo faz pensar o hospital como lugar da diversidade, dos múltiplos discursos e marcado pelos jogos intensos de saber-poder que assume a função de organizar a dispersão que está na diversidade. É vivenciado pelos trabalhadores como um tecido embaraçado como uma rede permeada por mudanças constantes e, muitas vezes, repentinas. Dessa forma, reafirmamos o hospital como um campo de intensidade de forças, onde a vida e a morte se encontram em encruzilhadas, albergando, para além da morte, muitas vidas - sobretudo as vidas dos trabalhadores que não estão somente de passagem. A história de trabalho destes profissionais, aqui sujeitos desse estudo, contam a história de muitas histórias dentro do hospital.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. Os Sentidos do Trabalho – ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Bomtempo editorial, 1999.

BAUMGARTEN, M. **Reestruturação produtiva e industrial**. In: CATTANI, A.C. Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia. 4ª ed. revisada e ampliada, Porto Alegre: Ed. da Universidade, Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p.368-271.

BENEVIDES DE BARROS, R. Dispositivos em Ação: o Grupo. In: LANCETTI, A. (dir.). **Saúde e Loucura 6**. São Paulo: Hucitec, 1997. Vol. 06, Subjetividade: questões contemporâneas. p.183–191.

BENMINCÁ, C.R.S. **Apoio psicológico a enfermagem diante da morte: estudo fenomenológico**. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia). Mestrado e Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

BERNARDES, A. G. e GUARESCHI, N. M. F. Trabalhadores da saúde mental: cuidados de si e formas de subjetivação. **Psicologia USP**, v.15, n.3, p. 81-101, 2004.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital** - uma sociologia dos serviços hospitalares. 3. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social** – uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

DANIELIOU, F.; LAVILLE, A. e TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.17, n.68, out/ nov/ dez, 1989.

DELEUZE, G. Sobre as sociedades de controle. In: **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. Trad. Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5ª ed. ampliada. São Paulo: Cortz-Oboré, 1992.

DEJOURS,C; ABDOUCHELI,E. e JAYET,C. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Uma Nova Visão do Sofrimento humano nas Organizações. In: CHANLAT, J. F. **O Indivíduo na Organização:** dimensões esquecidas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996. p. 149 – 173. v. 1.

_____.O trabalho entre sofrimento e prazer. In: _____. **A Banalização da Injustiça Social.** Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999. p. 27 – 36.

DREYFUS,H. e RABINOW, P. A Analítica Interpretativa. In:_____. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 116 – 139.

EIZIRIK, M.F. **Michel Foucault:** um pensador do presente. Ijuí:Ed. Unijuí, 2002.

EIZIRIK, Marisa F. Por que fazer pesquisa qualitativa? **Revista Brasileira de Psicoterapia,** Porto Alegre/CELG, n. 1, ano 5, p. 19-32, 2003.

FONSECA, T.M.G.; ENGELMAN, S. e GIACOMEL, A.E. A emergência da economia imaterial e as mudanças subjetivas contemporâneas. In: MERLO, A.R.C. (org.) **Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul:** realidade, pesquisa e intervenção. Porto alegre: Editora da UFRGS, 2004. p.23-42.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 8.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1991.

_____. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica:** para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Editora, 1995. p. 231 – 249.

_____. **O Nascimento da Clínica.** 5. ed. Rio de Janeiro:Forense-Universitária, 1998.

_____. La Ética Del Cuidado de si como Práctica de la Libertad. In: _____. **Estética, ética y hermenêutica.** Barcelona: Paidós, 1999. p.393 – 415, v. 3.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** 15ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo.** 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

HOEFEL, M.G.L. et al. Intervenção interdisciplinar em saúde e trabalho no Hospital de Clínicas de Porto Alegre: grupos como proposta terapêutica para o tratamento de pacientes com lesões por esforços repetitivos. In: MERLO, A.R.C. (org.) **Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p.191-213.

LAURELL, A.C. e NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec, 1989.

MAURENTE, V.S. **A experiência de si no trabalho nas ruas através da fotocomposição.** 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

MERLO, A.R.C. e BARBARINI, N. Reestruturação produtiva no setor bancário brasileiro e sofrimento dos caixas executivos: um estudo de caso. **Psicologia e Sociedade/Associação Brasileira de Psicologia Social**, São Paulo, v.14, n.1, p.103-122, jan./jun.2002.

MORAES, D.R. **Saúde e trabalho em turno noturno: possibilidades e limites na avaliação de auxiliares de enfermagem- um estudo de caso.** 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

NARDI, H.C. **Saúde , trabalho e discurso médico; relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho.** São Leopoldo: Ed. Da UNISINOS, 1999.

NARDI, H.C.; TITTONI, J. e BERNARDES, J. S. Subjetividade e Trabalho. In: CATTANI, A. D.(org.) **Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico.** 4.ed. Revista e Ampliada. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2002. p.302-308

NARDI, H.C. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinaridade. In: MERLO, A.R.C. (org.) **Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p.43-64.

OSÓRIO DA SILVA, C. Trabalho e subjetividade no hospital geral. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, n. 2, ano 18, p. 26 – 33, 1998.

_____. **Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde.** 2002. Tese (Doutorado) – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

PITTA, A. **Hospital – dor e morte como ofício.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

Relatório de atividades – Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2005. Disponível em:
<http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/Publicacoes/atividades_2005.pdf> Acesso em: 04 abril.2006

RAMOS, M.Z. **Trabalho, subjetividade e reabilitação profissional: por uma genealogia nos modos de vida.** 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, n. 4, ano 23, p. 64-73, 2003.

SANTOS, Boaventura de S. **Um discurso sobre as ciências.** 9ª ed. Porto: Afrontamento, 1997.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e Saúde Mental no Trabalho. In: MENDES, R.(org.). **Patologia do Trabalho.** 2ª ed. Atualizada e Ampliada. São Paulo: Editora Atheneu,2003. p.1141-1182.

TITTONI, J. **Subjetividade e trabalho.** Porto Alegre: Ortiz, 1994.

_____. Saúde mental, trabalho e outras reflexões sobre a economia solidária. In: MERLO, A.R.C. (org.) **Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção.** Porto alegre: Editora da UFRGS, 2004. p.65-93.

VIEIRA, A.V. **Fuga de pacientes do hospital: subjetivações em uma equipe multidisciplinar.** 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Dissertação defendida em 25 de novembro de 2005.

WAIBERG, S. **Experiências e vivências de auxiliares de enfermagem do sexo masculino no exercício de uma profissão majoritariamente feminina.** 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia social e Institucional, Universidade Federal do rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, 2004.

APÊNDICES

Apêndice A - Cartaz**PESQUISA SOBRE SAÚDE MENTAL E TRABALHO**

Com trabalhadores dos cargos: **auxiliar administrativo, vigilante, auxiliar de higienização e atendente de alimentação.**

Esta pesquisa será realizada em grupos com encontros semanais para discutir o trabalho e suas relações com a saúde mental dos trabalhadores

Os interessados em participar deste estudo (para fins de dissertação de mestrado), poderão inscrever-se na secretaria do Serviço de Psicologia do HCPA (térreo em frente à zona 03) até o dia 27 de junho e 2005.

Maiores informações com a psicóloga Desirée L. Cardozo Bianchessi, no Serviço de Psicologia ramal 8507.

Apêndice B – Ficha de Inscrição**PESQUISA SOBRE SAÚDE MENTAL E TRABALHO**

NOME: _____

CARGO: _____

SERVIÇO/SETOR: _____

TURNO DE TRABALHO: _____

RAMAL: _____

TEM DISPONIBILIDADE PARA PARTICIPAR DO GRUPO ÀS SEGUNDAS-FEIRAS
OU SEXTA À TARDE? _____

SE SUA RESPOSTA FOR SIM, QUAL O MELHOR HORÁRIO: _____

SE FOR NÃO, SUGIRA O MELHOR DIA E HORÁRIO: _____

OBSERVAÇÕES: APÓS A FORMAÇÃO DO GRUPO SE PROCURARÁ NEGOCIAR
COM A CHEFIA A LIBERAÇÃO DO TRABALHO PARA PARTICIPAR DO GRUPO.
HAVENDO UM Nº EXCEDENTE DE INSCRITOS, SERÁ FEITO SORTEIO PARA A
FORMAÇÃO DO GRUPO.

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Projeto de Pesquisa: **TRABALHO HOSPITALAR: TENSIONAMENTOS ENTRE SAÚDE E ADOECIMENTO**

Pesquisadora: Mestranda Desirée Luzardo Cardozo Bianchessi

Orientadora: Prof^a Dr^a Jaqueline Tittoni

Este termo tem como objetivo obter o consentimento dos sujeitos convidados a participar da pesquisa acima nominada, para tanto devemos prestar alguns esclarecimentos.

Esta pesquisa tem origem na preocupação com a saúde mental dos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, frente à ocorrência de adoecimentos e conseqüentes afastamentos do trabalho. A partir disso, o objetivo deste estudo é estudar como se configura o sofrimento dos trabalhadores administrativo-operacionais, já que verificou-se estar havendo um número significativo de afastamentos de trabalhadores que ocupam esse tipo de cargos no hospital. Acredita-se que este estudo possa contribuir para uma prática de trabalho mais saudável, a partir das reflexões produzidas durante a pesquisa e de seus efeitos em termos de repensar formas de gerenciamento e organização do trabalho. Também acredita-se que este estudo possa gerar informações relevantes para os profissionais da saúde ocupacional deste hospital.

Para a realização da pesquisa trabalharemos em grupo, com no máximo 10 pessoas, para que se possa discutir e refletir as vivências e percepções que temos do trabalho. Serão encontros semanais, com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos a serem realizados durante dois a três meses. Os encontros serão coordenados pela pesquisadora, tendo também a participação de um observador-participante. Todos os encontros serão gravados em fita cassete, para possibilitar uma leitura mais fidedigna dos conteúdos emergentes no acontecimento grupal. As fitas serão inutilizadas após o material ser transcrito e este ficará sob a guarda do pesquisador por cinco anos.

Fica assegurado o caráter confidencial e privativo do material que será produzido no grupo, devendo ser contratado entre todos os participantes do grupo já que trabalham no mesmo hospital. Ressalta-se a importância do compromisso, entre os participantes do grupo, de resguardar as informações e a identificação dos colegas quanto às informações que circularão nos encontros. A utilização do material produzido no grupo para a dissertação,

passará pela validação do grupo, garantindo também seu anonimato. Assegura-se que as informações geradas no grupo não serão utilizadas para qualquer tipo de avaliação dos funcionários participantes da pesquisa. Qualquer desconforto que possa surgir, em decorrência de algo que esteja sendo tratado no grupo, deverá ser discutido nesse espaço para ser compreendido e dado o devido esclarecimento e encaminhamento.

Enquanto pesquisadoras reiteramos nosso compromisso ético com os sujeitos da pesquisa e colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos durante e após a realização da coleta de dados. Para tanto deixo a disposição as formas de contato: fones 3316-8507 e 8128-4846 (Desirée); 9994-1036 (Jaqueline).

Desirée L. Cardozo Bianchessi

Prof^ª Dr^ª Jaqueline Tittoni

De acordo,

Nome do sujeito da pesquisa e assinatura

Data: _____

Obs.: Este documento consta em duas vias. Uma destinada à pesquisadora outra ao sujeito da pesquisa.