

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

**Fernanda Luz Beck**

**A DINÂMICA PRAZER/SOFRIMENTO PSÍQUICO  
DOS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM DE UMA  
UNIDADE DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

Porto Alegre, 05 julho de 2010

FERNANDA LUZ BECK

**A DINÂMICA PRAZER/SOFRIMENTO PSÍQUICO  
DOS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM DE UMA  
UNIDADE DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

Dissertação apresentada como requisito  
parcial à obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia Social e Institucional.

Orientação: Prof. Dr. Álvaro Roberto  
Crespo Merlo

Porto Alegre, 05 julho de 2010.

FERNANDA LUZ BECK

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,..... a Dissertação **A dinâmica do prazer/sofrimento psíquico dos trabalhadores da enfermagem de uma unidade de emergência de um hospital público**, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestra em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dissertação defendida e apresentada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comissão Examinadora:

---

Profa.Dra. Liana Lautert

---

Profa.Dra Simone Mainieri Paulon

---

Prof. Dr. Eduardo Mendes Ribeiro

Porto Alegre, 05 julho de 2010

Dedico este estudo a todos os  
trabalhadores da saúde, em  
especial à equipe de enfermagem  
da Unidade de Emergência do  
Hospital Cristo Redentor/GHC

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço,

à minha família, irmã e especialmente, à minha mãe por seu amor e apoio incondicionais, que sempre me incentivaram a vencer as dificuldades da trajetória da vida;

aos meus filhos, Pedro e Matheus, pela parceria, amor, compreensão e também, por suas existências que, cotidianamente, dão sentido à minha vida;

aos colegas do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho, por sua acolhida, abertura ao debate e também, pelo estímulo a não desistir.

à colega e amiga Carla Bottega por sua disponibilidade e força nos momentos difíceis, à Thiele Müller por sua delicadeza e sensibilidade, à Claudia Magnus, exemplo de força, coragem e luta que me ensinou muito nestes tempos de escrita, à Tatiana Baierle, por sua empatia e dedicação. À Lais Trentin, bolsista de iniciação científica, que acompanhou a pesquisa com interesse e disponibilidade. Em suma, ao grupo que compõe o laboratório, Cris Prisco, Leandro Walter, Camila Backes e os colegas novos que ingressaram este ano, Daniela e Karine.

ao orientador da pesquisa, Prof. Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo pela viabilidade institucional e estímulo ao exercício da autonomia.

à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por proporcionar ao aluno um ensino público, qualificado e diferenciado de outras instituições de ensino.

aos trabalhadores do Hospital Cristo Redentor que se disponibilizaram a participar da pesquisa, em especial, às enfermeiras Fátima Ali e Rita Nascimento que me acolheram e tornaram possível o desenvolvimento do trabalho, bem como colaboraram, abrindo espaços para que a pesquisa acontecesse.

à Profa. Simone Mainieri Paulon por me acompanhar em minha trajetória de trabalho e por ter me mostrado que é possível fazer uma psicologia diferente.

à Débora Coelho, colega e parceira da Intersecção por nossas conversas sobre trabalho e afetos.

aos colegas da Política Nacional de Humanização que contribuíram de forma ímpar para meu crescimento profissional através das possibilidades de trabalho em um campo diferenciado de atuação, a partir de conceitos e práticas éticas, estéticas e políticas de intervenção em saúde, que não só contribuíram para qualificar meu trabalho mas também, a minha vida;

à Lilian Weber, querida colega que me proporcionou o encontro com Regina Coeli, pessoa determinante neste momento, pois com seu carinho, disponibilidade e objetividade me ajudou a organizar e estruturar minha escrita;

a todos os colegas do Conselho Regional de Psicologia - CRPRS, espaço de trabalho que atuo no momento, por sua luta pela qualificação e fortalecimento da profissão de Psicólogo, e,

a todos meus grandes amigos das horas de sempre, de lazer, de preocupações, que nos últimos tempos me ajudaram a segurar as adversidades da vida.

*Como se fora  
A brincadeira de roda  
Memórias!  
Jogo do trabalho  
Na dança das mãos  
Macias!  
O suor dos corpos  
Na canção da vida  
Histórias!  
O suor da vida  
No calor de irmãos  
Magia!*

*Luiz Gonzaga Jr*

## RESUMO

Esta dissertação analisa a dinâmica do prazer/sofrimento dos trabalhadores da enfermagem na Unidade de Emergência (UE) do Hospital Público Cristo Redentor de Porto Alegre (HCR). A pesquisa, que fundamentou este estudo, foi desenvolvida através da psicodinâmica do trabalho com a participação de trabalhadores convidados aos encontros coletivos, para expressão, análise e interpretação dos efeitos da organização, dos processos e das relações estabelecidas no trabalho em relação à vivência do prazer/sofrimento. Os pressupostos da metodologia adotada possibilitaram a ampliação dos processos comunicacionais dos coletivos, mediante a circulação da palavra e a compreensão e interpretação da realidade desses trabalhadores, proporcionando uma análise intencional e mais precisa, das condições e dos processos de trabalho, para além de queixas, buscando identificar os processos de produção de saúde em seu ambiente laboral com todas as suas peculiaridades. Constata-se que a realidade do trabalho, em particular, o da enfermagem, determina modos de subjetivação, com suas peculiaridades, à medida em que o trabalhador tenta manter sua saúde mental em meio à complexidade de relações e ações específicas no desempenho de suas atribuições. Os trabalhadores da UE do HCR ao enfrentarem o contexto complexo para o exercício de suas atividades assistenciais, envolvem-se nas demandas por competências profissionais próprias aos cuidados dos usuários com traumas, em situação de emergência, com expectativa de procedimentos de qualidade e resolutividade, e também, submentem-se às condições materiais, institucionais e/ou organizacionais nem sempre favoráveis. Além da demanda do domínio de tecnologias de atuação nas equipes e atendimento dos usuários, aos trabalhadores, também é exigido novos modos de participação e condução dos processos num tempo/espaço institucional em que convivem modelos contraditórios de produção da saúde, o antigo e hegemônico, hospitalocêntrico, médico centrado e o proposto pelas diretrizes do SUS, reforçado pela PNH. O conflito entre esse modo de organização do trabalho e a subjetividade do trabalhador é gerador de sofrimento psíquico. Neste contexto é que, individual e em equipe, os trabalhadores refletem os efeitos ou ressentem os impactos sobre a sua saúde mental, provocando dor / sofrimento / doença. Ao identificar os fatores promotores de sofrimento, os trabalhadores constroem estratégias coletivas de defesa, eliminando, camuflando ou mesmo, minimizando-os. Tanto enfrentam as adversidades do seu trabalho, opondo-se, quanto fazem subsistir espaços de produção de prazer/saúde. A necessidade de se discorrer sobre saúde/doença - prazer/sofrimento vem assumindo diferentes conotações, acompanhadas e/ou regidas pelas configurações sociais, políticas e econômicas que dão sentido às diversas práticas laborais, desde criativas, engenhosas, prazerosas, quanto sofridas, alienantes, estressantes e adoecedoras. Todas, por sua vez, inscrevem-se na cultura e caracterizam, de alguma forma, o mal estar contemporâneo.

Palavras Chave: Trabalho. Saúde do Trabalhador. Psicodinâmica do Trabalho. Organização do Trabalho. Políticas Públicas de Saúde.

## ABSTRACT

This thesis examines dynamics of pleasure/suffering of nursing workers from the Emergency Public Hospital Cristo Redentor of Porto Alegre. The search was developed through psychodynamic of work with participation of invited workers to the group meetings- to expression, analysis and interpretation of an organizing proposal, processes and established relationships at work in relation of experience of pleasure/suffering. That methodological assumption makes able the magnification of communicational processes of groups, under the circulation of words, understanding and real interpretation of their job, providing an analysis more specific and intentional to even make complaints of conditions and processes of work looking for identify the production health processes at their workplace with all peculiarities. Notes the reality of work, this case the nursing, determines subjective modes. The extent that worker tries to keep their mental health just on the middle of complexity of relations and specific actions in performing their duties. The workers of UE (Emergency Hospital) and HCR (Hospital Cristo Redentor) when they face a complex context to exercise their welfare activities getting involved in demands of their own professional competence being watched by trauma users, most of them in hard situation and hoping for good and quality assist, also, the workers has to face bad conditions like materials, institutional and organizational. Besides the demand from the field of performance technology teams and service to users and workers, also is required new ways of participation and conduction of proceedings at a time/space institutional which contradictory models of health production coexist, the ancient and hegemonic, "hospital centric", means a doctor focused and proposed by SUS (Unique System of Health) guidelines and supported by PNH. The conflict between the way of organization of work and subjectivity of worker is the cause of psychic suffering. At these same contexts the individual or group could consider effect about their own mental health, causing pain/suffering/illness. To identify what is causing such a pain, the worker has to build strategies and advocacy groups, deleting, hiding or minimizing that. They stand up to tribulation at their job being against even of pleasure/health production. The need to discourse about health/illness – pleasure/suffering has taking over different connotations ruled by social configurations, political and economic, which gives sense to many of workplace practical. Since it is such creative, ingenious, pleasurable, such it is at the same time alienating, stressful and sicken. All of them are introduced on culture and characterized, somehow, the contemporary malaise.

Key Words: Work. Health Worker. Psychodynamic of Work. Organization of Work. Public Health Policies.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 O SENTIDO DO TRABALHO E A VONTADE DE ORDEM .....</b>	<b>21</b>
<b>3 O TRABALHO E O CUIDADO COMO PERSPECTIVA ÉTICA .....</b>	<b>31</b>
3.1 O TRABALHO DA ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA ....	38
<b>4 A SAÚDE E AS VICISSITUDES ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA .....</b>	<b>42</b>
<b>5 OBJETIVOS .....</b>	<b>47</b>
<b>6 METODOLOGIA .....</b>	<b>48</b>
6.1 PSICODINÂMICA DO TRABALHO.....	48
6.2 ANÁLISE DA DEMANDA .....	51
6.3 PRÉ-PESQUISA .....	54
6.4 PESQUISA-INTERVENÇÃO .....	55
6.5 ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO .....	57
6.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS FATOS.....	61
<b>7 PRAZER/SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR.....</b>	<b>63</b>
7.1 CENÁRIO DO TRABALHO DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA .....	63
7.1.1 A Escolha pelo Trabalho em Saúde.....	63
7.1.2 Cenário da Unidade de Emergência do Hospital Cristo Redentor.....	66
7.1.3 Desenho da Prática: do prescrito ao real e vice-versa.....	71
7.1.4 Processo de Trabalho da Unidade de Emergência.....	73
7.1.5 Gestão .....	75
7.2 RELAÇÕES DE TRABALHO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR.....	77
7.2.1 Trabalhadores da Enfermagem e Usuários do Serviço.....	77
7.2.2 Trabalhadores da Enfermagem em Equipe com outras Categorias.....	81
7.2.3 Trabalhadores da Enfermagem e as Políticas Públicas - SUS .....	83
7.3 IMPACTOS DO TRABALHO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA.....	87
7.3.1 Estratégias Defensivas .....	87
7.3.2 Prazer e / ou Sofrimento .....	94
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>102</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo refere-se à pesquisa realizada com objetivo de analisar a psicodinâmica das situações de trabalho a partir da relação entre prazer/sofrimento no trabalho da enfermagem numa unidade de emergência de um hospital público.

Esta questão advém da trajetória da pesquisadora desde a formação em Psicologia, estudando e intervindo no âmbito da saúde do trabalhador, em geral. Pesquisar sobre a saúde dos trabalhadores da saúde associa-se a essa caminhada e também, à experiência construída desde o ano de 2006, como Consultora da Política Nacional de Humanização dos modelos de Atenção e Gestão do SUS o que possibilitou a aproximação, de forma intensiva, às equipes de trabalho em saúde.

Por conseguinte, houve a motivação pessoal para desenvolver a pesquisa que, além de ampliar o conhecimento sobre esse campo, possibilitou produzir intervenções significativas junto ao coletivo de trabalhadores da saúde na unidade de emergência para melhoria tanto do seu ambiente quanto das relações estabelecidas no trabalho.

O desejo de realizar a pesquisa no âmbito da relação da saúde e trabalho, expressa tanto a disponibilidade da pesquisadora quanto a necessidade da melhor compreensão desse campo de conhecimento e prática em que se articulam relações subjetivação e objetividade técnica.

Dentro do hospital, a unidade de emergência é considerada um dos ambientes em que os trabalhadores da saúde estão sujeitos ao sofrimento psíquico intenso devido à dinâmica do serviço ininterrupto e pelo espaço de atuação ser de livre acesso aos usuários que o procuram para resolverem seus problemas.

No ano de 2003, o Ministério da Saúde realizou um levantamento sobre a situação do trabalhador da saúde e identificou a precarização e a fragmentação dos processos desse trabalho, situação que indicava condições de trabalho desfavoráveis à produção de saúde dos trabalhadores e, em decorrência, seu adoecimento.

As profissões da área da saúde têm sido apontadas como de risco, por exigirem atenção, dedicação e entrega. Seu trabalho é pontuado pela responsabilidade e doação, significando cuidado, necessitando de uma organização do trabalho que favoreça esse fazer, de forma saudável, sem o quê, ao contrário, gera conflitos, justo onde se deve manifestar a mais produtiva relação entre trabalho-cuidado-afeto.

A essência do trabalho da enfermagem, na área da saúde, é o cuidado a pessoas, individualmente, na família ou na comunidade. O serviço de enfermagem desenvolve atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipe. É esse serviço que se responsabiliza pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, prestando cuidado e/ou coordenando setores na prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes, através da educação em saúde.

É uma questão importante a se investigar, se o trabalho em saúde, em especial, o da enfermagem e seu objeto, lançando o sujeito face a face à dor, morte, fragilidade, desamparo, produz, em consequência, prazer/sufrimento, apesar de todas as estratégias defensivas construídas coletivamente e das influências dos processos sociais, mais amplos, de violência e banalização do sofrimento.

Os trabalhadores da enfermagem compartilham o viver, adoecer e morrer com o conjunto da população de um dado tempo, lugar e inserção social, mas também, de um modo específico e resultante de sua inserção num processo de trabalho particular (DIAS,1996, p.28).

Esses trabalhadores da enfermagem podem ser compreendidos enquanto sujeito/coletivo na dinâmica de seu trabalho, mediados pelas mudanças e/ou permanência nos modos de produção de saúde e das relações de trabalho, muitas vezes, precarizadas, burocratizadas e com pouco investimento em educação permanente e em sua valorização.

Apesar dos novos métodos de gestão incentivarem a participação, observa-se pouca governabilidade, falta de autonomia, pouca ou nenhuma participação no planejamento e avaliação pela centralização nas tomadas de decisão. Prevalcem

ainda os métodos tradicionais e limitações na concepção e na efetivação de um trabalho integrado nos hospitais, em geral.

As relações de trabalho que se estabelecem entre chefias e trabalhadores, trabalhadores e usuários, nas e entre as equipes são conflitivas e expressam a qualidade da vinculação nos e com os seus espaços/processos de trabalho. Esta realidade é percebida no cotidiano hospitalar e serviços de saúde, através de relatos de violência, descaso ou descuido tanto da máquina pública através de seus equipamentos hospitalares quanto nas relações de cuidado com os sujeitos implicados na gestão e atenção em saúde.

O trabalho, neste estudo, é interpretado enquanto uma relação social, intersubjetiva, produtor de modos de subjetivação que expressa um modo de viver, que desenvolve modos de gerir e de organizar a atividade humana, conforme as demandas e tendências sócio-econômicas. Desta forma, o trabalho tem a função psíquica de constituidor do sujeito histórico.

O trabalho é reconhecidamente fonte de equilíbrio para o ser humano e em condições adversas, torna-se fonte de sofrimento, adoecimento e morte, por ocupar um lugar fundamental na dinâmica do investimento afetivo dos trabalhadores. Neste sentido, condições favoráveis à livre utilização das habilidades e das potencialidades criativas têm sido identificadas como requisitos importantes para que o trabalho possa proporcionar bem-estar, prazer e conseqüentemente, saúde. Ao contrário, o trabalho desprovido de significações, sem reconhecimento social ou que constitua ameaça física ou mental origina doenças.

Segundo expressão de Dejours (2004), há uma remuneração social pelo trabalho à medida em que ele inclui, forma o laço social e constrói grupalidades com direitos e deveres sociais.

Sendo assim, o trabalho torna-se mais complexo quando suas relações são marcadas pelo confronto entre a singularidade de cada trabalhador e o mundo objetivo. O conflito entre a subjetividade e a organização do trabalho gera sofrimento psíquico, ao mesmo tempo, em que o sujeito tenta manter sua saúde mental,

utilizando-se, quando possível, suas potencialidades e estratégias defensivas coletivas.

Aportes teórico-metodológicos de análise e interpretação dessa dinâmica entre subjetividade e objetividade técnica se fazem necessários, pois foi nessa relação que o conflito capital x trabalho se constituiu. O imperativo de discorrer sobre saúde/sofrimento/dor/prazer/desprazer na dinâmica do trabalho vem assumindo diferentes conotações, acompanhadas e/ou regidas pelas configurações sociais, políticas e econômicas que dão sentido a diversas práticas, desde as criativas, engenhosas, prazerosas, quanto as sofridas, alienantes, estressantes e adoecedoras. Todas, por sua vez, inscritas na cultura, expressam o mal estar contemporâneo.

A importância social do trabalho, a rotina, o sentido que se atribui às relações sociais de produção, o suporte social e afetivo, os conflitos trabalho-família são variáveis reconhecidamente fundamentais e se relacionam com o nível de saúde/sofrimento psíquico dos trabalhadores.

O campo de pesquisa escolhido foi a Unidade de Emergência (UE) do Hospital Cristo Redentor (HCR) de Porto Alegre que pertence ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Este Grupo é formado pelos Hospitais Conceição, da Criança Conceição, Fêmeina, além do Cristo Redentor e mais doze Unidades de Saúde Comunitária. Conta com sete mil funcionários, garantindo à sociedade acesso a uma saúde pública qualificada e humanizada ao implementar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção e gestão em saúde, atendendo somente SUS.

O HCR é especializado em traumatologia e ortopedia. Seus atendimentos são, principalmente, de vítimas de acidentes de trânsito, de trabalho, queimados e violência. Por esta razão é conhecido como Pronto Socorro da zona norte de Porto Alegre.

Para se aproximar do contexto da pesquisa, foi problematizada a realidade do trabalho da enfermagem e o investimento em espaços produtores de saúde pelos trabalhadores da UE do HCR. Nos três meses de pesquisa-intervenção foram

possíveis a reflexão, a circulação da palavra para entendimento dos processos de trabalho em que os trabalhadores da enfermagem estavam inseridos para questionamento dos velhos modos de trabalhar que seguem adotados mesmo não sendo mais funcionais. As práticas de trabalho, construídas segundo as políticas públicas do SUS, revelam mudança de paradigma ao propor um novo modo de atenção e uma nova concepção de gestão para operar a máquina pública, ao mesmo tempo, as práticas efetivadas refletem a forma como a atenção e gestão da saúde ainda estão organizadas. Para tanto, pensar a melhoria da qualidade da atenção e gestão é ativar a implicação do trabalhador nesse novo modo de produzir saúde.

Esta situação traz à lembrança uma passagem de Nietzsche, respondendo a pergunta sobre a origem das desgraças do mundo e o modo de exterminá-las. O filósofo identifica a causa das mesmas nos contratos firmados noutras épocas e para outra ordem social com seus fins e valores e que, para enfrentá-las ante uma nova ordem, só ultrapassando intencional e decisivamente esses mesmos contratos.

Tal indicativo em relação aos contratos, reconfigura as questões iniciais da pesquisa, pois, se contratar é contrair hábitos de fins e valores institucionais, é possível entender os contratos humanos como forma de atender às necessidades de um tempo. Portanto, cabe questionar: quais são, afinal, os contratos humanos firmados nesse espaço de trabalho? O que dizem esses contratos sobre esses trabalhadores? Como refletem no dia-a-dia do trabalho? Como o modelo atual de atenção cuida efetivamente do usuário e do trabalhador? Quais são as necessidades determinadas pelo tempo na emergência? Que hábitos podem ser recontratados em busca de uma nova atenção em saúde? Que novos contratos podem advir?

Destaca-se, então, a inclusão de um outro vetor que modula o debate entre os atores da saúde na atualidade, posto que, especialmente com o advento do SUS, pensar saúde, os processos de trabalho pela gestão e atenção, exige o diálogo com as políticas públicas e com um outro modo de fazê-la, pressupondo a mudança de paradigma político contra-hegemônico.

A saúde é considerada, em sua complexidade, um bem econômico, forma de vida na sociedade e direito firmado como política nas dimensões de garantia, de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988.

A construção desse direito tem uma história. Uma política de saúde pertence a uma época, reflete seu momento de criação, influenciando-a; também, a situação econômica, os avanços do conhecimento científico, a capacidade de luta das classes sociais. O êxito e o grau de implementação de seus projetos são dimensionados por determinados atores/forças sociais em detrimento de outros atores/projetos.

Esse movimento político - o do SUS - propõe tanto uma nova compreensão de saúde e sua operacionalização na vida real, com seus desafios e complexidades, quanto desterritorializa saberes e poderes, institucionalizando um outro modo de fazer saúde, considerando-a produção social.

Saúde como produção social significa reconhecer que quanto mais desigual for a distribuição de riquezas, quanto mais precário for o acesso dos grupos sociais aos bens de consumo e a políticas públicas redistributivas, mais complexos, heterogêneos e injustos serão os *padrões de adoecimento e mortalidade* ( PASCHE, 2008, p.2 ).

Segundo avaliação do referido autor, nesses vinte anos de SUS, muitos avanços têm sido registrados. Em meio a esses avanços estão pautados diferentes desafios no cotidiano dos serviços de saúde, entre eles: a cultura sanitária biomédica, que associa saúde à ação médica e o acesso a remédio e hospital; a medicalização da vida; o aporte insuficiente de recursos para o SUS (subfinanciamento); iniquidade nos acessos vazios assistenciais em muitos territórios e inexistência operacional da rede de atenção o que dificulta a continuidade dos tratamentos. Tudo isso caracterizando uma prática que não tem sido eficiente por não produzir saúde, paradoxalmente e por ser contrária ao próprio ideário do SUS que propõe uma orientação ética, política, fundamentada na justiça social, pela equidade e pela solidariedade.

Dessa forma, entre outros fatores, a presença da cultura hospitalocêntrica e dos interesses privados, corporativos e dos políticos-partidários na definição de políticas de saúde, na organização de serviços nas privatizações, a baixa

responsabilização sanitária e o investimento insuficiente na formação conforme as necessidades do sistema, causam um intenso e contínuo conflito/embate/colapso entre trabalhadores, usuários/sociedade e gestores desses processos. Tal situação explicita que o sistema vigente está desprovido da intenção e capacidade de colocar a vida, a produção de saúde para trabalhadores e usuários, em primeiro lugar, como centro da ação da política de saúde.

Refere-se Merhy (2008) que a produção do cuidado em saúde é um encontro de diferentes atores em que sempre se espera ações eficazes para resolverem ou aplacarem os sofrimentos reconhecidos por problemas de saúde. É um momento que guarda em si mesmo, certos mistérios, pela riqueza dos processos relacionais instituídos por ocorrerem por razões diferenciados e por não serem apreendidos por nenhum saber exclusivo. Desta forma, a construção das práticas de saúde contemporâneas, implicadas com a produção de um cuidado e concretizada pelas distintas modalidades de saber e fazer produz outra dinâmica de trabalho e mobilização subjetiva. Em consequência, tais práticas impactam os que vivem a produção e a gestão do cuidado, no dia a dia, nos atuais equipamentos de saúde?

No esforço de sintetizar os vários fatores e sua articulação que interferem diretamente no trabalho das equipes de saúde, objeto da pesquisa, dialoga-se com esse coletivo de trabalhadores da saúde sobre seu fazer, no complexo sistema que não diz respeito apenas ao espaço da prestação de serviço, mas das relações com a organização social do trabalho que há muito extrapolou as relações internas e transformou-se em um 'modus operandi' que retrata a vida, a saúde/doença, prazer/sofrimento. A abordagem pela psicodinâmica das situações de trabalho favoreceu a expressão das lógicas do seu ser no mundo e seu ser no mundo atual do trabalho e possibilitou a construção do tempo/espaço necessários a essa análise.

A Psicodinâmica do Trabalho, como metodologia adotada, possibilitou aos sujeitos avançarem em suas interpretações sobre a organização do trabalho, pela análise mais intencional e precisa das condições de seu trabalho e da melhor forma de propor ações adequadas à modificação dos seus processos, ao oportunizar um espaço de fala coletiva. A metodologia dimensionou a realidade do prazer/sofrimento nesse contexto através das categorias selecionadas a partir dessas falas nos encontros.

Os procedimentos metodológicos e as condições gerais de realização da pesquisa-intervenção se desenvolveram, inicialmente, pela pré-pesquisa. Nesta etapa, pelo conhecimento anterior, resultado do trabalho conjunto com HCR e pela observação, pode-se reconstruir a demanda, reconhecer a organização dos processos de trabalho, o histórico da instituição, organograma e a movimentação das equipes da UE. Nessa mesma fase foram realizadas entrevistas com gestores.

A pesquisa-intervenção, propriamente dita, desenvolveu-se com trabalhadores da enfermagem convidados, em oito encontros não diretivos, realizados nos meses de outubro a dezembro de 2009. Para as Rodas de Conversa, denominação dada aos encontros, foram propostas questões em torno do trabalho na saúde, a escolha da profissão, o processo de trabalho, as atividades em si, os impactos do trabalho na saúde pessoal, enfim, sobre os prazeres e as dores do trabalho no campo da saúde e como esse coletivo produz saúde para o enfrentamento do cotidiano. Cada questão com sua temática, constituiu posteriormente, de algum modo, uma categoria de análise e interpretação dos fatos e organizou a sistematização da produção de conhecimento entre a pesquisadora e os trabalhadores, apresenatdo em forma de relatório

O HCR, campo da pesquisa, revelou-se potente para a elaboração dessa síntese pela abertura ao diálogo e os trabalhadores da enfermagem por deterem-se nas questões tratadas e nos atravessamentos institucionais que constituem seu fazer na UE.

A estrutura dada à dissertação é a seguinte: Introdução. Três capítulos iniciais tratam da temática do trabalho e dos trabalhadores em saúde, teoricamente, a saber: O Sentido do Trabalho e a Vontade de Ordem (Capítulo 2); O Trabalho e o Cuidado como Perspectiva Ética (Capítulo 3) e A Saúde e suas Vicissitudes enquanto Política de Saúde (Capítulo 4). O Capítulo 5 apresenta os objetivos da pesquisa. No Capítulo 6 são desenvolvidas as referências da psicodinâmica do trabalho, metodologia adotada para a pesquisa-intervenção. No Capítulo 7, apresenta-se o diálogo da pesquisadora, mediado pelos autores referenciados e os fatos relatados nas rodas de conversa, organizado em três grandes categorias de análise, subdivididas em temas, conforme a abrangência da problemática discutida. Encaminhando a discussão da temática, nas Considerações Finais pontua-se a

pesquisa-intervenção, a realização da intenção da pesquisadora e dos participantes; a demanda atendida; a determinação no foco da saúde e não da doença; o suporte metodológico adotado; a expressão da realidade do trabalho na UE do HCR e a constatação do grupo quanto à importância da criação e sistematização de tempos e espaços coletivos de reflexão e encaminhamento de estratégias de produção de saúde. Por fim, aponta-se para a abertura de novas investigações em torno da mesma temática: prazer/sofrimento.

## 2. O SENTIDO DO TRABALHO E A VONTADE DE ORDEM

O trabalho se constitui como atividade vital. É expressão de vida, desejo, paixão. A partir dele, transforma-se a natureza, os trabalhadores transformam-se a si mesmos por sua produção, que é parte de si mesmos, nela dispendo sua inteligência, criatividade, energia e tudo o mais que os fazem seres singulares e múltiplos.

A expressão seres singulares e múltiplos é o ponto de partida para se refletir sobre a subjetividade. A noção de subjetividade não se restringe ao indivíduo, ao sujeito “intra-psíquico”. A subjetividade é resultante do entrecruzamento de determinações coletivas de várias naturezas. É produzida no registro do social. Tem relação direta com as contingências sócio-históricas que afetam os indivíduos.

Relacionar a subjetividade e o trabalho é particularmente importante porque o mundo objetivo ergue-se como um produto da subjetividade laboriosa do homem e vice-versa, uma vez que o sujeito está no mundo, o mundo está no sujeito e ambos se produzem mutuamente e ambos são produzidos no social, e em particular, no trabalho.

Marx (1944) sugere a noção de trabalho enquanto atividade vital que propicia, ao mesmo tempo, a possibilidade de transformação da natureza e do próprio ser humano enquanto ser genérico.

Em primeiro lugar, o trabalho, a atividade vital, a própria vida produtiva, se apresenta ao homem como um meio para a satisfação de uma necessidade, da necessidade de conservação da existência física. Porém a vida produtiva é a vida da espécie. É a vida engendradora de vida. O tipo de atividade vital carrega em si todo caráter de uma espécie, seu caráter genérico, e a atividade livre e consciente é o caráter genérico do homem (MARX,1944, p.22).

O termo, “humano enquanto ser genérico”, fala do ser humano, elemento da natureza, que vive, sobrevive e precisa dela para existir. Assim, o homem tem a natureza dentro de si e transformá-la, significa transformar a si próprio.

O trabalho de nossas mãos, em contraposição ao labor de nosso corpo – o homo faber que faz e literalmente trabalha sobre os materiais em oposição ao animal laborens, que labora e se mistura com eles fabrica a infinita variedade de coisas cuja soma total constitui o artifício humano (...). Devidamente usadas elas não desaparecem, e emprestam ao artifício

humano a estabilidade e a solidez sem as quais não se poderia esperar que ele servisse de abrigo à criatura mortal e instável que é o homem (...). Em outras palavras, contra a subjetividade dos homens ergue-se a objetividade do mundo feito pelo homem, e não a sublime diferença de uma natureza intacta...(ARENDT, 1990, p.23).

As características do trabalho apontadas por Marx possibilitam pensar a relação do homem com sua produção, experimentando várias consequências transformadoras no mundo objetivo e também, em sua subjetividade.

Tittoni (1994) utiliza-se de algumas categorias dos estudos de Freud quando analisa o trabalho como fonte de deslocamento da libido em que o aparelho mental desloca e reorienta os objetivos instintivos para o trabalho de maneira que eludam a frustração para o mundo externo, desde que possa ser livremente escolhido. Obtém-se o máximo quando se consegue intensificar suficientemente a produção de prazer, a partir das fontes de trabalho psíquico e intelectual.

Nenhuma outra técnica para a conduta da vida prende o indivíduo tão fortemente à realidade quanto a ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo menos, fornece-lhe um lugar seguro numa parte da realidade, na comunidade humana. A possibilidade que essa técnica oferece de deslocar uma grande quantidade de componentes libidinais, sejam eles narcísicos, agressivos ou mesmo eróticos, para o trabalho profissional e para os relacionamentos humanos a ele vinculados, empresta-lhes um valor que de maneira alguma está em segundo plano quanto ao de que goza como algo indispensável à preservação e justificação da existência em sociedade (FREUD, 1930, p.37).

Assim, se do ponto de vista do pensamento de Marx aparece a vinculação do trabalho à consciência e à objetivação do ser humano, do ponto de vista de Freud, o trabalho remete à vinculação com a realidade e à vida em sociedade pela via da sublimação.

O trabalho, então, se inscreve como potência humana de transformação tanto consciente quanto inconscientemente, inscrevendo os trabalhadores no mundo civilizado. Desta forma, a produção vai além da objetividade, ela se faz a partir do sentido que se lhe atribui e se materializa no processo de trabalho.

No entanto, a organização do trabalho na ordem capitalista possui características que nem sempre propiciaram/propiciam a apropriação de sentido da atividade humana. Esta ordem é instituída na realidade social e nas instâncias psíquicas, então, produz modos de relações humanas, modos de trabalho,

educação, cultura, e até, de amar. Ela fabrica a relação do homem com o mundo, com os outros e consigo mesmo.

A organização do trabalho, em consequência das transformações tecnológicas produzidas e introduzidas pela revolução industrial, tornou emergente a vontade de ordem necessária a seu tempo. Esta nova ordem incidiu exatamente na essência do trabalho ao destituir o trabalhador do seu fazer, tornando seu trabalho algo fora de si, sem propósito próprio, alienado.

A questão da alienação dos trabalhadores na ordem capitalista, desenvolvida por Marx (1982), indica a divisão do trabalho, promovendo estranhamento do trabalhador frente ao produto de seu labor, tornando-o apenas meio de subsistência, e não, o meio pelo qual exerça sua total potencialidade.

A produção humana, quando relaciona trabalho e subjetividade, constituindo-se mutuamente, contraria a formulação da ordem capitalista.

O trabalhador precisa se identificar ou não com o produto, de reconhecê-lo como seu, de saber que se torna um pouco mais eterno através de cada coisa que faz. Se o trabalhador não pode fazer isto, ele não vive a cada gesto. Mesmo que não morra fisicamente vai se instalando um vazio na alma, uma corrosão na alegria, frustração dos projetos, fracasso das esperanças (CODO,1995, p.36).

Pois, o trabalho expropriado converte-se em privação da realidade do produto como algo que não é do trabalhador, o produtor-criador. Há dominação de quem não produz sobre quem produz, haja vista a pirâmide hierárquica em consequência da separação entre planejamento e execução.

Alienação, no sentido próprio da palavra remete, à situação de algo cedido, transferido, alucinado e enlouquecido. Daí, o por quê dos sintomas da alheação na esfera do trabalho provocarem sofrimentos e adoecimentos.

Considerando essa realidade, o século XIX pode ser identificado como o século da degradação do trabalho. Século em que suas condições de realização foram aviltadas pela hegemonia do modelo taylorista-fordista de organização da produção. Aliás, foi bem caracterizado pelo filme “Tempos Modernos” de Chaplin, ao representar a fragmentação do processo de trabalho, com seu caráter parcelado, com tempos e movimentos controlados para a máxima produtividade. A sociedade

de massa, da produção em massa, das especializações rígidas e maquinais marcam a coisificação do trabalhador, pejorativamente, reconhecido por “gorila dócil”. A vontade de ordem do momento era a realização do prescrito. A fragmentação taylorista penetrava na alma do trabalho, “coisificado e reificado” (ANTUNES, 2008, p.3).

A legítima produção cultural do século foi denominada “administração científica”, razão das organizações e, conseqüentemente, determinante do social que caracterizou um tempo civilizatório, difundido através de um discurso próprio.

A difusão do discurso organizacional que infiltrou-se nas idéias, pensares e razões da civilização cristã ocidental; como esse dito se espalhou para além das fronteiras organizacionais onde nasceu como “necessidade”, com sua lógica discursiva, invadiu as relações sociais e as nossas privacidades (onde são outras as necessidades); e como ele aniquilou os valores que lá vigiam, impondo o “curto-prazo”, a “objetividade” e o “utilitarismo” como metros com os quais passamos a medir as eficácias e eficiências que compõem os índices de nosso bem/mal-estar na civilização atual: nossos prazeres e gozos, nossas dívidas e obrigações, nossas culpas e vergonhas, nossas ordens e progressos (LEITE, 1996, p. 97).

Ao final dos anos ‘60, há rupturas de paradigmas, em geral, devido à convulsão social, decorrente de um longo ciclo depressivo e recessivo no mundo ocidental. O epicentro econômico mundial se alterna. Outros atores ascendem ao poder, transformando o quadro econômico e a nova vontade de ordem para o mundo do trabalho e diagnosticando a necessidade de reestruturação organizacional.

A crise dos anos ‘70 mostram que não é mais possível a produção em massa. A lógica do trabalho japonês propõe o toyotismo, nova engenharia produtiva, distinta do tayloriano-fordista. Caracterizada por evitar a super produção, muda a lógica de então, e se intensifica a polivalência e a multifuncionalidade.

O quadro que vai se formando, chega em seu auge nos anos ‘80, com início da “tragédia neoliberal” (ANTUNES, 2008) com o máximo de privatização e com o Estado mínimo. Na mundialização do capital surge o movimento da “financeirização”, do capital real/virtual, “saqueador da economia do mundo”.

No caso do trabalho, a reestruturação produtiva e a tendência do controle através do alcance de metas e formatação de competências transformam as relações de trabalho em frágeis e precarizadas, guiadas pelo preceito da

flexibilidade, estratégias; os planos de vida são de curto prazo e o trabalho se divide em episódios isolados tal qual a própria vida humana.

Bauman (2001), em sua obra “Modernidade Líquida”, refere-se que o trabalho escorregou do universo da construção da ordem e controle do futuro em direção ao reino do jogo. Ato de trabalho se parecem mais com estratégias de um jogador que se põe modestos objetivos de curto prazo, não antecipando mais que dois movimentos, contando apenas com efeitos imediatos de cada movimento, sendo passíveis de serem consumidos no mesmo instante. Se é assim, continua o autor, o trabalho na modernidade não pode mais oferecer o eixo seguro em torno do qual envolver e fixar autodefinições, identidades e projetos de vida. Espera-se que seja satisfatório por si mesmo e em si mesmo, e não mais medido pelos efeitos genuínos ou possíveis que trazem aos semelhantes ou, ao país, e menos ainda, a bem-aventurança, às futuras gerações.

A modernidade, refere Harvey (1989, p. 21), citando Baudelaire em seu artigo seminal ‘*The painter of modern life*’ (publicado em 1863), “é o transitório, o fugidio, o contingente; é uma metade da arte, sendo a outra o eterno e o imutável”. Com estareferência, Harvey conceitua a modernidade como “aquilo que é passageiro” e segue, citando Berman (1982 *apud* HARVEY, 1989, p. 21):

Há uma modalidade de experiência vital – experiência do espaço e do tempo, do eu e dos outros, das possibilidades e perigos da vida – que é partilhada por homens e mulheres em todo mundo atual. Denominarei este corpo de experiência ‘modernidade’. Ser moderno é encontrar-se num ambiente que promete aventura, poder, alegria, crescimento, transformação de si e do mundo e, ao mesmo tempo, que ameaça destruir tudo o que temos, tudo que sabemos, tudo que somos. Os ambientes experiências modernas cruzam todas as fronteiras da geografia e da etnicidade, da classe e da nacionalidade, da religião e da ideologia, nesse sentido, pode-se dizer que a modernidade une toda a humanidade. Mas trata-se de uma unidade paradoxal, uma unidade da desunidade; ela nos arroja num redemoinho de perpétua desintegração e renovação, de luta e contradição, de ambigüidade e angústia. Ser moderno ser parte de um universo que, como diz Marx, “tudo que é sólido desmancha no ar.

A organização quer hoje a inventividade e a criatividade do trabalhador, pois se vive a incerteza, diferenciando-se da “solidez” do capitalismo mediado pelos modelos de produção industrial para se viver no derretimento radical das amarras e dos limites impostos. Há liberdade, mas dessa diluição resulta a desregulamentação, a flexibilização, o descontrole dos mercados financeiros, imobiliários e do trabalho.

Para Bauman (2001), o momento da modernidade fluida são elos que entrelaçam escolhas individuais e projetos e ações coletivas. São padrões de comunicação e coordenação entre as políticas de vida conduzidas individualmente, de um lado, e de outro, ações políticas de coletividades humanas.

A realidade, essa “planta moderna”, usando a expressão de Antunes (2008), cria um tipo de coisificação que se perde à medida do tempo e do espaço e do reconhecimento do/no trabalho. Hoje, porém, misturam-se como em mosaicos, para além da formalidade organizacional, sem laços de solidariedade, perenidades, caracterizando-se pela precarização estrutural em escala global. Os adoecimentos já existiam na época tayloriana e acontecem no presente, ainda que com sintomas distintos.

## **2.1 A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAÚDE MENTAL**

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves entre 5 e 10%, em todo mundo. No Brasil, dados do INSS (2008) mostram que os transtornos mentais ocupam o terceiro lugar entre as causas de concessão de benefícios previdenciários de auxílio doença.

A realidade da saúde/sofrimento psíquico nos ambientes de trabalho está em pauta prioritária em tempo de urgência. Nos últimos 20 anos constata-se um interesse crescente pelas questões relacionadas aos vínculos entre trabalho e as condições de saúde/doença-prazer/sofrimento psíquico. Entre estudiosos foram desenvolvidas teorias sobre a influência das condições de vida e de trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores, os modos de produção, as organizações e as relações sociais definidos no arcabouço político ideológico que regula a sociedade.

Sobre saúde mental, Dejours (1986) afirma que não há um estado de bem-estar e de conforto, mas sim, de fins, objetivos, desejos e esperanças. A saúde mental é uma noção limite que constitui uma espécie de horizonte, de ponto de fuga, de ideal.

Dessa forma, os comportamentos designados como loucura, doença mental,

sofrimento psíquico e todas as diferentes expressões de personalidade são sociais, porque resultam da atividade histórica dos seres humanos, criadores e criaturas de determinada organização social, representantes dos interesses e valores do lugar que ocupam no processo produtivo.

Segundo Heloani (2003), um dos focos mais recentes da saúde mental não se restringe à cura das doenças ou à sua prevenção, mas envidar esforços na promoção da saúde pela implementação de recursos que resultem melhores condições de saúde para população.

Na visão de Bleger (1984), não interessa apenas a ausência de doença mas o desenvolvimento integral das pessoas e da comunidade. A ênfase desloca-se da doença/saúde mental à saúde integral e à observação do modo dos seres humanos viverem seu cotidiano.

Atualmente, observa-se uma pressão constante sobre a grande massa de trabalhadores existente em quase todo mundo. Uma ameaça com objetivo certo faz com que milhares de pessoas sintam-se sobressaltadas, pois a única ferramenta que dispõem, é sua força de trabalho. O desprezo assola o universo do trabalho e traz consequências drásticas para todos que têm em seu trabalho a única fonte de sobrevivência (HELOANI e CAPITÃO, 2003, p.103).

Desta forma é que o mundo do trabalho torna-se complexo, de forma rápida e surpreendente. Se por um lado, poderia ajudar o homem em sua qualidade de vida, concretamente o impacta em todos seus aspectos, porque patrocinado pelos que mantêm o controle do capital, essa ferramenta potente que escolhe e movimenta as prioridades nos investimentos, nem sempre voltados à saúde do trabalhador.

Dentre os modelos que explicam a relação entre saúde mental e trabalho destaca-se duas principais correntes: a psicopatologia do trabalho, denominada hoje, psicodinâmica do trabalho, a partir dos estudos efetuados por Dejours e os estudos que tratam da relação entre estresse e trabalho.

Jaques (2003) diferencia o conjunto de teorias sobre o estresse pela ênfase nos pressupostos cognitivo-comportamentais, na metodologia quantitativa e na aproximação com os postulados da psicologia social científica. Por sua vez, a psicodinâmica do trabalho reconhece os fundamentos psicanalíticos na concepção teórico-conceitual de ciência e pesquisa. Quanto ao fundamento teórico as correntes

se distinguem, uma pelos estudos e pesquisas com base no modelo epidemiológico e/ou com prevalência do diagnóstico psicopatológico e a outra, pelos estudos e pesquisas sobre subjetividade e trabalho, pressupostos compartilhados pela psicologia social histórico-crítica, voltada para experiências e vivências dos trabalhadores.

O termo psicopatologia foi utilizado por expressar, a partir da raiz *pathos*, o sofrimento, e também, por enfatizar a referência à psicanálise. Mesmo assim, não é entendido como doença no sentido mórbido, e sim, desdobrado da psicopatologia da vida cotidiana e da psicopatologia do trabalho, para a psicopatologia da normalidade.

A psicodinâmica do trabalho enfatiza a centralidade do trabalho na vida dos trabalhadores, analisando os aspectos das atividades que podem favorecer a saúde ou a doença. Ao analisar a inter-relação entre trabalho e saúde mental, Dejours (1986) acentua o papel da organização do trabalho referente aos efeitos negativos ou positivos que possam exercer sobre o funcionamento psíquico e sobre a vida mental do trabalhador.

O autor identifica a organização do trabalho pela divisão das tarefas e a divisão dos trabalhadores. A divisão das tarefas engloba o conteúdo das mesmas, o seu modo operatório e toda a prescrição feita para a organização do trabalho. A divisão dos trabalhadores compreende a forma pela qual os profissionais são organizados na empresa e as relações humanas que aí se estabelecem. Dejours et al. (1994) passaram a acentuar o fato de que a relação entre a organização do trabalho e o trabalhador encontra-se em movimento contínuo.

Do ponto de vista da ergonomia, a análise da organização do trabalho leva em conta o prescrito, o formalizado pela instituição e a análise do trabalho real considera o modo operatório dos trabalhadores. O descompasso entre ambas predispõe os trabalhadores ao sofrimento mental uma vez que demanda a necessidade de transgredir para executar as tarefas.

Numa reviravolta epistemológica, Dejours deixou de lado a patologia e redirecionou seus estudos para a psicodinâmica do trabalho, tendo por objeto de pesquisa a normalidade e não abordando somente a doença e o sofrimento, mas

abrindo espaço para pensar a saúde e o prazer no trabalho. Segundo Dejours (2004), a normalidade vira o enigma central da investigação e análise.

Dejours e Abdoucheli (2007b) afirmam que há uma normalidade sofrente já que o trabalho tem efeitos poderosos sobre a saúde mental, tanto para sua deterioração quanto para sua preservação e que, também, não há neutralidade do trabalho frente à saúde mental. Desta forma, a normalidade se expressa quando o sujeito consegue continuar seu trabalho através de estratégias defensivas, criadas individual e coletivamente e, por sua vez, compreendendo o sofrimento como algo inserido na realidade da organização do trabalho.

No Brasil, Seligmann-Silva (1994) identifica a existência de um campo de estudo interdisciplinar voltado para a análise das conexões entre saúde mental e trabalho, mediante o conceito de desgaste psíquico, assumido pela opção conceitual integradora de distintos saberes.

O desgaste psíquico foi associado à imagem de mente consumida, reunindo três abrangências: a primeira referindo-se aos quadros clínicos relacionados ao desgaste orgânico da mente, seja por acidentes do trabalho, seja pela ação de produtos tóxicos; a segunda, às variações do mal-estar, das quais a fadiga mental e física são analisadas; e a terceira abrangência, quando se verificam os desgastes que afetam a identidade do trabalhador ao atingir valores e crenças, comprometendo sua dignidade e esperanças.

Em resumo, o espectro da interrelação saúde mental e trabalho abrange, portanto, do mal-estar ao quadro psiquiátrico, passando pelo sofrimento mental. Para Dejours et al. (1994) o sofrimento mental pode ser concebido como a experiência subjetiva intermediária entre doença mental descompensada e o conforto ou bem-estar psíquico. A não-caracterização do papel do trabalho, como agravante ou desencadeante de distúrbios psíquicos, ocasiona prejuízos não só à qualidade e à eficácia do tratamento, mas aos direitos legais do trabalhador, que deixa de usufruir de benefícios previdenciários que eventualmente tenha direito.

Normalmente, se vive muitas situações que, por serem repetitivas, são tomadas por naturais e/ou se sempre tenham sido do jeito que são percebidas. Alguns tipos de ocupações profissionais, nas quais muitas pessoas adoecem com

frequência, justifica-se: “Esse tipo de trabalho não tem jeito, é normal que as pessoas adoçam”! Nesse sentido, os sinais de adoecimento são banalizados, individualizados, não são entendidos como um mal estar coletivo, refletindo sintomas das relações e dos processos de trabalho sob contextos.

Assim, há situações e/ou fatos de trabalho naturalizados porque são considerados da ordem do ‘natural’ e não criadas pelas pessoas; ou seja, os fatos e/ou situações da vida cotidiana são tão (re)afirmadas por todos, como “obviamente dados” que já não provocam reações e deixam reações e relações cotidianas insensíveis, anestesiadas. É como, se a realidade que constituinte do mundo, tivesse uma natureza própria, intrínseca, pré-existente ou existente em si mesma e que não houvesse nenhuma intervenção/produção concreta de fatos e/ou situações e / ou relações.

Nos locais de trabalho institui-se a maximização do tempo, pelo “tempo de trabalho”. Nesta perspectiva, não deve sobrar tempo ou espaço para discussões e análises que não sejam para a maximizar a produção. Atualmente, os indivíduos se organizam em equipes e são responsabilizados pelos êxitos e fracassos dos resultados do trabalho.

O desafio é, pois, criar estratégias para desconstruir essas “verdades” produzidas, esse modo de existência/trabalho naturalizado que despotencializa e produz desprazer/sofrimento/doença e inventar outros modos de trabalhar/viver, para efeitos diferentes daqueles produzidos nos grupos-indivíduos. Nada está pronto, a realidade é construída.

### 3 O TRABALHO E O CUIDADO COMO PERSPECTIVA ÉTICA

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude de ocupação, preocupação de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF,1999, p.33).

Os enfermeiros e enfermeiras se autodenominam profissionais do cuidado e o consideram, a essência da enfermagem. No entanto, têm percebido que ainda não há clareza suficiente sobre o que é cuidado, quais são suas características e suas finalidades em suas práticas.

Desse modo, várias concepções de cuidado coexistem e influenciam o trabalho da enfermagem na atualidade. Esta coexistência, este convívio determinam práticas, técnicas e formas de intervenção e variam conforme a perspectiva teórico-filosófica e os cenários.

O cuidado em saúde tem sido tema de pesquisa e reflexões por parte de diversos autores que se preocupam com os rumos da atenção à saúde em nosso país, sobretudo, com a mobilização provocada pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – PNH (BRASIL,2004). Destacam-se entre esses estudiosos: Ayres (2000, 2006); Merhy (2000 e 2005); Pinheiro-Guizardi (2005); Pinheiro (2006).

Segundo Pinheiro (2006, p.73), o cuidado é “um modo de fazer na vida cotidiana” que se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo e desvelo para com as pessoas e coisas em lugares e tempos distintos de realização. Neste contexto, o cuidado assume a dimensão de prática cotidiana, atividade concreta de homens e mulheres, fruto de saberes formais ou informais, em busca de alívio do sofrimento e minimização das tensões que fragilizam a saúde.

“A noção de cuidado, na proporção de sua preocupação com a promoção do bem-estar, para além da correção de distúrbios, pode carrear, para assistência, as mais legítimas aspirações por saúde de indivíduos e populações” (AYRES, 2000, p. 117-118).

O cuidado em saúde, por sua vez, é caracterizado por Pinheiro e Guizardi (2005, p.21) como “ação integral”. Tem significados e sentidos voltados para compreensão da saúde enquanto ‘direito de ser’. A noção de cuidado ampliada assume dimensões de valor, de princípio regulador do êxito das ações de saúde (AYRES, 2006), capaz de romper com a lógica tecnicista e a racionalidade puramente instrumental inaugurados no projeto da modernidade.

O cuidado, como horizonte ético das práticas de saúde, possui uma capacidade questionadora das propostas predominantes que tentam dar conta da definição das demandas em saúde, baseadas numa racionalidade econômica e/ou biomédica, a saber: a concepção de que os problemas de saúde da população, naquilo que se tem de objetivo e quantificável, equivalem às reais necessidades de saúde da mesma (PINHEIRO, 2005, p.112).

A ética torna critério da vida, conforma a realidade de cuidados do homem num nível de radicalidade até então desconhecida, tanto pela tradição igualitária cristã quanto pelo humanismo moderno e laico.

Ceccim (1994) afirma que a ética torna-se uma pragmática de vida. Está comprometida com o próprio processo que valoriza, trazendo a preocupação consigo e com o outro para a ação concreta dos cidadãos e a responsabilidade com os melhores modos de vida coletiva. As atitudes que os indivíduos e os grupos, as coletividades desenvolvem frente aos desafios de sua condição, vão revelar coreografias dos (des)encontros de forças ativas e reativas, os fios visíveis e invisíveis que tramam sob os valores aceitos pela moral e pela política.

O sintoma mais avassalador do mal estar da civilização, constatado por pensadores e analistas contemporâneos, revela-se também, sob o fenômeno do descuido, do descaso e do abandono. Há falta de cuidado expressa na ineficácia das políticas públicas que impossibilitam o acesso à educação, saúde, moradia, segurança e cultura.

Segundo Boff (1999) cuidado significa “desvelo, solicitude, zelo, atenção, bom trato, a atitude de cuidado produz preocupação, inquietação e responsabilização, sendo um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas” (BOFF, 1999, p.33).

Nesse sentido, o ser-no-mundo se constitui tanto pelo trabalho quanto pelo cuidado. Pelo trabalho, as formas de interação e de intervenção constroem a própria realidade e pelo cuidado concretizam o diferencial. Quando o trabalho e cuidado estão em sintonia, atribuem sentido e representam outros valores, possibilitando a experiência da dimensão humana de alteridade, de respeito, de reciprocidade e complementaridade. Para tanto supõe minimamente estarem fora da relação de domínio ou de poder hierárquico entre si, para além da pragmática e/ou do utilitarismo prevalentes nas organizações e relações de trabalho.

Esse é o grande desafio que se depara ao se propor articular trabalho e cuidado. Eles se compõem, juntos constituem a integralidade da experiência humana. O equívoco de sua polarização e/ou prevalência de um sobre o outro gera alienação, sofrimento, miséria, submissão e doença. Neste sentido, se a (rel)ação de cuidado revela-se em crise, junto, o zelo e a responsabilização. Em suma, é a ética como cuidado de si e do outro que se apresenta em crise.

Nessa perspectiva, a Política Nacional Humanização da Atenção e Gestão como paradigma ético, estético e político, mobiliza para transformações das relações de trabalho e de cuidado com o outro legítimo na produção de saúde.

A articulação entre trabalho e cuidado se faz através de uma forma diferente de entender e realizar o próprio trabalho, recuperando o verdadeiro sentido das atividades laborais.

Suely Deslandes (2008) aborda esta questão quando trata da importância da criação de espaços de análise coletiva do trabalho em saúde com referência aos processos de trabalho: gestão e atenção. Estes espaços são condições para o desenvolvimento da transversalidade, no sentido da ampliação dos processos comunicacionais e democratização de saberes e poderes.

Para o desenvolvimento de uma produção de cuidado e saúde, aposta-se na criação de estratégias que viabilizem o aumento do grau de abertura comunicacional intra e inter-grupos (PASSOS, 2006 ). A ênfase da humanização está nesta relação, na dinâmica das relações, no encontro e conseqüentemente, nas trocas, respeitando as singularidades do grupo e o necessário reconhecimento da alteridade, pilares dessas relações.

Campos (1999), em seu texto “Humanização em defesa da vida”, assinala que o conceito humanização refere-se diretamente aos seres humanos e que, um dos grandes problemas da lógica dominante contemporânea é a secundarização das pessoas em relação ao mercado. Políticas econômicas têm sido avaliadas de acordo com sua capacidade de produzir crescimento ou estabilidade monetária e não necessariamente, capacidade de melhorar as condições de vida. A ordenação do espaço urbano, por exemplo, há muito deixou de lado a preocupação com o bem-estar coletivo. “Em saúde é comum a redução de pessoas a objetos a serem manipulados pela clínica ou pela saúde pública. O humano diz respeito, por essa perspectiva, ao protagonismo dos sujeitos e à centralidade da vida humana”. (CAMPOS, 1999, p.2)

Segundo o psicanalista Birman (2006), em seu livro “Arquivos do mal-estar e da resistência”, aponta que a partir dos anos ‘90, é cada vez mais freqüente na clínica, usuários apáticos e desesperançados, indolentes e com mal estares difusos. O vazio se manifesta em reclamações vagas e aflitas, em que o sujeito se sente engolfado e impotente, com depressões, com síndrome do pânico e as compulsões, em geral. Nas compulsões, encontra-se um sujeito que, para livrar-se do mal-estar, utiliza-se de ilusões, de breves e fortuitos momentos de prazer, estimulados pelo mundo externo, preenchendo-se com drogas ilícitas e lícitas, alimentos, sexo, consumo de bens materiais, dentre outras formas. São esses, modos contemporâneos de sofrimento, manifestação da condição radical do desalento que surge no sujeito ao perder qualquer possibilidade de vir a ter um projeto pessoal e de trabalho idealizado.

O mesmo autor refere que essas postulações ainda são reforçadas pelos sinais da atualidade como gosto pelo efêmero; o presente como instante fugaz; perda da referência temporal ao passado e ao futuro; obsolescência das qualificações para o trabalho; obsolescência dos valores e das normas de vida e o prestígio do paradigma da moda; a competição como forma de constituição da identidade pessoal; o medo gerado pela insegurança; a perda de autonomia sob o poderio do discurso competente; o consumo; supervalorização midiática (imagens de juventude, beleza, saúde ideal, sucesso, poder, etc.). “A busca pela felicidade própria, identificada pelo sucesso, atributo unicamente pessoal, é atualizada pela eliminação do outro, não somente física, mas moral e profissionalmente”.

Nesse sentido, Deslandes (2008) refere-se à ação comunicativa como a possibilidade de uma racionalidade ancorada em processos amplos de argumentação, envolvendo decisões existenciais, um agir no mundo e uma ética da solidariedade contra o sofrimento e a opressão. Práxis e palavra num modelo político, em profunda sinergia, ou melhor, no encontro intersubjetivo, mediado pela linguagem.

Para se efetivar a proposta política e ética, através do modelo de atenção e de gestão mais próximos da vida cotidiana que constituem o SUS, lança-se mão de dispositivos que ultrapassem as simples prescrições, ainda que não se negue sua importância nos processos de trabalho e que criem outros modos de organização do trabalho com base nas experiências singulares de cada lugar/trabalhadores.

Uma perspectiva importante para a discussão da reestruturação produtiva em saúde e, particularmente, para a dimensão relacional, intersubjetiva do trabalho em saúde é desenvolvida por Emerson Merhy. O autor vem apontando em seus estudos (MERHY, 1994; 1997; 2002) que a perda da dimensão cuidadora na produção em saúde, imposta pelo modelo médico hegemônico, tende a coisificar a relação entre trabalhadores de saúde e usuários.

Para o autor, a crise da assistência à saúde não encontra sua base de sustentação na falta de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, ou mesmo, nos limites das condições materiais para se atuar sobre os mesmos, mas, instala-se na falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno do usuário e de seus problemas (MERHY, 2002).

Para o enfrentamento dessa questão, Merhy vem empreendendo um importante esforço de revisão da teoria sobre o trabalho em saúde, sobre os modos de gerir os serviços e da revisão da própria concepção de tecnologia em saúde. Sua revisão inclui conceitos do pensamento marxista sobre o trabalho humano e, particularmente, dialoga com importante contribuição de autores brasileiros sobre o trabalho em saúde, entre eles: Ricardo Gonçalves e Cecília Donnangelo. Também, considera a Análise Institucional, na interlocução com esses e outros referenciais, especialmente, para a discussão da micropolítica cotidiana do trabalho em saúde e das possibilidades de autonomia e criatividade do trabalhador.

Para discutir o processo de trabalho em saúde, Merhy (1997; 2002) examina as várias etapas de um processo produtivo qualquer a partir das categorias “trabalho morto” e “trabalho vivo”. Por exemplo: o da produção de um objeto por um marceneiro ou um sapateiro-artesão. O “trabalho morto” está representado pelas matérias primas e ferramentas/instrumentos, ou seja, os produtos humanos anteriormente concretizados na forma dessas matérias primas ou ferramentas / instrumentos. Já o “trabalho vivo” está representado pelo momento do trabalho em si, no trabalho “vivo em ato”. Entre essas duas dimensões do processo produtivo há ainda a organização do processo de trabalho, o conhecimento sobre o modo de organizá-lo e os saberes tecnológicos que o informam, agilizados pelas habilidades, inteligência e capacidade inventiva do trabalhador para operá-los e aplicá-los. Portanto, nos saberes, tanto tecnológicos quanto organizacionais, produzidos e sistematizados anteriormente, há tanto uma dimensão de trabalho morto quanto de trabalho vivo em ato, ao sofrerem influência real do trabalhador concreto que está atuando e o seu modo peculiar no ato produtivo.

Segundo o mesmo autor, há processos produtivos em que o peso das dimensões que expressam o trabalho morto é maior que o do trabalho vivo. É o caso da produção de uma máquina em uma metalúrgica. Em outros processos, por exemplo, na produção de uma aula ou atos de cuidados em saúde, ocorre o contrário, é maior o peso do trabalho vivo.

Uma das conseqüências mais importantes desta leitura de Merhy sobre o trabalho, particularmente, o trabalho em saúde, é a ampliação das possibilidades de concepção e de exercício de outros modos não hegemônicos de gestão e de produção de serviços, portanto, de mudança. A relação entre “trabalho morto” e “trabalho vivo” é uma relação do tipo instituído/instituinte, que não está dada anteriormente e cujo peso de cada dimensão depende da correlação de múltiplas forças instituídas/instituintes, das forças do presente no modo de produção até “ (...) as que se apresentam nos processos imaginários e desejanter (...) ” (MERHY, 1997, p.100).

O trabalho em saúde, para Merhy, centrado no trabalho vivo em ato, tem um objeto que

(...) não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2002, p.49).

O autor amplia então, a noção de tecnologia em saúde, particularmente importante tanto para a avaliação desta dimensão relacional/interativa do trabalho em saúde quanto para a formulação de propostas com potencial significativo de impacto sobre os modelos assistencial e gerencial dominantes. Assim, além dos equipamentos e máquinas: “tecnologias duras”; dos saberes estruturados que orientam o trabalho em saúde: “tecnologias leve-duras”; estariam também envolvidas no trabalho em saúde, na produção de vínculo, acolhimento, etc, “tecnologias leves” e “tecnologias das relações” (MERHY, 2002, p. 75).

Essa ampliação da noção de tecnologia em saúde, proposto por Merhy, traz para dentro da “caixa de ferramentas” ou da “maleta do médico” a dimensão humana relacional do trabalho que se costuma denominar “saber d’arte” no exercício profissional.

A dissociação entre essas duas dimensões da prática: aplicação dos conhecimentos científico-tecnológicos e saber d’arte/modo de interagir com o outro, perde-se a dimensão da conversa. Como alerta Schraiber (1997), se a conversa não compor a totalidade da intervenção, assume um caráter de complemento à dimensão tecnológica, reduzida em geral à “conversa útil”, isto é, produtora de informações à serviço do tecnológico, mesmo não contendo em si qualidade tecnológica.

Neste sentido, é importante o posicionamento de Merhy (2002) que reconhece necessária a conversa e que, também, é uma tecnologia. Trata-se de uma tecnologia ímpar, não passível de reprodução, porque o acesso a ela não está igualmente distribuído para os diferentes sujeitos e, finalmente, porque a qualidade e efetividade de tal “tecnologia-leve” é, indissociável do sujeito que a aplica.

Isto induz à reflexão, por exemplo, sobre os limites das estratégias de educação/formação profissional e a sensibilização dos profissionais de saúde em vista à recuperação da dimensão cuidadora na produção da assistência à saúde.

Mais do que isto, é preciso reconhecer que esta dimensão interativa/intersubjetiva da prática médica, da prática assistencial em saúde é o que mais escapa às estratégias gerenciais de monitoramento, avaliação e controle. Compreendê-la como tecnologia não amplia as possibilidades de controle/intervenção sobre ela, a despeito de induzir ao contrário pelo uso que o termo tecnologia possa produzir.

Afinal, outro desafio ético posto à sociedade ocidental moderna é a oposição no universo das relações sociais, entre os princípios universais, valores e relações sociais e o individualismo e a competitividade que fomentam e disparam o processo de internalização da lógica econômica e dos valores forjados na racionalidade de mercado (LUZ, 2005).

O projeto da modernidade mobiliza forte tensão no campo da ética e da cultura que repercute na subjetividade e nas práticas sociais à medida em que captura o homem em sua relação com o mundo e consigo mesmo e esbarra com a vida mesma que se nega a ser aprisionada (SIBÍLIA, 2002).

### 3.1 TRABALHO DA ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

O trabalho nos serviços da Unidade de Emergência (UE) exige conhecimento amplo sobre situações de saúde e domínio dos profissionais sobre o processo de trabalho, ou seja, reconhecimento do conjunto das necessidades envolvidas no cotidiano assistencial. Esse domínio engloba exigências tais como pensar rápido, ter agilidade em qualquer situação, mais ainda, quando há superlotação decorrente da demanda contínua dos usuários pelo serviço e demonstrar competência e capacidade de resolutividade dos problemas emergentes. Trata-se de um ambiente onde a urgência faz o tempo, as atividades são inúmeras e a situação clínica dos usuários requer presteza do profissional para afastar o risco de morte iminente. (ALMEIDA, 2007).

Conforme já foi explicitado, na UE, os trabalhadores estão sujeitos a maior sofrimento psíquico, dada a dinâmica do funcionamento do serviço ininterrupto, o espaço de atendimento ser de livre acesso aos usuários com seus traumas, exigindo uma pronta assistência qualificada e resolutiva.

Dessa forma, a UE de um hospital, neste estudo, a do HCR que presta atendimento às situações de causas externas, tipo: traumas por acidentes e violências, marcam um fazer ainda mais complexo. Em geral, constata-se, que as equipes de saúde não estão preparadas para enfrentar a violência, descolando-a da problemática da saúde pública. Ratifica Deslandes (1999) que em nenhum outro serviço de saúde, a violência adquire tamanha visibilidade como na emergência (...) e é, para a maioria das vítimas, a porta de entrada no sistema público.

O conceito de emergência, por mais diversificado que seja, implica sempre uma situação crítica definida, de modo abrangente, como aquela em que o indivíduo entra em desequilíbrio homeostático por enfrentar obstáculos que se antepõem a seus objetivos de vida. A situação de emergência, também é descrita como aquela em que alterações anormais, no organismo humano, resultam em drástico transtorno da saúde ou em súbita ameaça à vida, exigindo medidas terapêuticas imediatas (NAZARIO, 1999).

Os serviços de emergência hospitalar são, pois considerados os de maior complexidade de assistência e com maior fluxo de atividades de diferentes profissionais e usuários (GOMES,1994). Atualmente, a UE possui uma especificidade que a distingue de todos os outros serviços de saúde. Exigem uma assistência imediata, eficiente e integrada e amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o emprego de recursos tecnológicos. Pode mesmo ser comparada a um subsistema de saúde, pois requer vários serviços associados, dentre outros, centro cirúrgico, unidade de tratamento intensivo, radiologia, laboratório (DESLANDES, 2000).

O processo de trabalho na emergência caracteriza-se por seu foco de trabalho, os usuários portadores de traumas de extrema gravidade, com risco de morte e usuários com quadros clínicos leves ou moderados que não conseguem atendimento na rede de cuidados primários. Contudo, não é correto atribuir o sofrimento dos trabalhadores da emergência à gravidade das situações clínicas apresentadas, mas sim, ao fato de terem que lidar com situações incontroláveis frente às quais se sentem impotentes. É característico desse trabalho na UE, o inesperado, o imprevisível, e de fato também, na maioria dos casos, a falta de condições e de instrumentos de trabalho (OLIVEIRA, 2004).

A organização, através de seu modelo de gestão do trabalho hospitalar, é múltiplo e parcelado. Apresenta uma das características marcantes da organização do trabalho industrial que é a produção de trabalhadores ora compromissados, ora desesperançados. O tempo da vida e do sonho, dos projetos e da utopia parece estar fora de alcance. O processo de trabalho real institucionalizado repete, de forma às vezes caricata, a lógica do trabalho taylorizado, parcialmente oculta no discurso valorativo das atividades das equipes, tornando a análise desse processo mais complexa. O corporativismo expresso na competição, entre as diversas profissões presentes e o individualismo constituem-se obstáculos importantes à invenção de novos caminhos (OSÓRIO DA SILVA, 2002, p.36-37).

A problemática do prazer/sofrimento também sobressai nos modos como esses profissionais buscam encantamento num mundo marcado precipuamente pela dor, tristeza e morte, tornando o ambiente laboral um espaço onde, também, possam subsistir alegria e prazer. Em realidade, nenhuma atividade está isenta de propiciar satisfação ou desgaste físico e mental. Os desgastes poderão estar presentes, em menor ou maior grau, na dependência de fatores decorrentes de sua própria natureza, de sua forma de organização e das condições de realização.

Os trabalhadores da enfermagem vêm revisando seus conhecimentos e suas práticas, reconstruindo teorias e modelos de intervenção. Em que pesem as diferenças decorrentes do contexto e clientelas para os quais foram propostas, todas as modalidades de assistência referem-se à definição de saúde, ao ambiente e seu impacto no ser humano, nos receptores do cuidado, isto é, o indivíduo, os grupos, a família. A enfermagem é descrita então, como um processo que pode integrar a relação entre esses sujeitos.

Não há como negar o diferencial da natureza do trabalho na UE. No entanto, há possibilidades de promover ações que contribuam para a melhoria de suas condições e organização, permitindo aos trabalhadores o exercício da criatividade e a prática do diálogo na transformação do sofrimento patogênico em sofrimento criativo, objetivando prazer.

Ao acompanhar o cotidiano dos trabalhadores da enfermagem na perspectiva de sua vivência, observando como realmente é e não como deveria ser, constatou-

se vários fatores que estão na gênese do prazer e do desgaste em seu trabalho. Nesse sentido, num curto espaço de tempo se produziu conhecimento e se desenvolveu tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão em saúde.

#### 4 A SAÚDE E SUAS VICISSITUDES ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA

A luta, através da mobilização e da participação democrática, por mudanças nos modelos de atenção e gestão da saúde, no final dos anos 70, ampliou o conceito de saúde e a construção de outra forma de viabilizar o acesso universal aos serviços. Fizeram parte desse movimento, do porte de uma revolução, trabalhadores da área da saúde, intelectuais, estudantes, movimentos sociais cuja participação foi o grande diferencial dessa construção (BRASIL, 2006).

A realidade até então, estava marcada pela crise do sistema de saúde por sua ineficácia; ineficiência; inequidade; na credibilidade, face à transição demográfico-epidemiológica; envelhecimento; mudança nos padrões nosológicos; medicalização; desenvolvimento tecnológico e, explosão de custos e gastos. Neste contexto é que as concepções mais extensivas do processo saúde-doença-cuidado articularam saúde e qualidade de vida.

Esse processo foi denominado de movimento, não só por representar a mobilização e articulação de entidades e pessoas com objetivos e formas de manifestações convergentes no cenário social e político, mas, também, por ser uma espécie de ato contínuo ao chamado “movimento sanitário”, que se fez realidade pela Reforma Sanitária Brasileira, enfatizando os cuidados primários e a prioridade do setor público, opondo-se ao modelo hospitalocêntrico (ACURCIO,1998).

O reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e de direito configura um paradigma civilizatório. Foi construído num processo de embates de concepções e sob pressão dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades da assistência referente às demandas sociais, numa perspectiva emancipatória, considerando-se evidentemente, as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano.

Desse movimento, resultou no país, o SUS como um sistema participativo, com controle social sobre as políticas e ações na esfera da saúde. Esse controle social participativo constitui, então, fenômeno recente no processo histórico brasileiro enquanto política e componente da institucionalidade do Estado. A década de '80 é o referencial de sua institucionalização, concretizando o princípio de

participação da comunidade na deliberação, gestão e fiscalização das políticas públicas de saúde.

Até então, a saúde pública era tratada de forma técnico-acadêmica e necessitava adquirir dimensão política e social. A convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) veio concretizar o caráter político do movimento ao declarar que “a saúde é determinada pela organização social”, superando práticas intrasetorializadas. Essa Conferência estendeu esse posicionamento e condicionou que a saúde fosse assumida por toda a sociedade (BRASIL, 2006).

A Lei nº 8.080/90, art.4 define que o SUS é constituído pelas ações e serviços prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (BRASIL,2006). No campo de atuação do SUS estão ainda incluídas as vigilâncias sanitária e epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, inclusive, a farmacêutica.

Essas definições legais assumem lugar preponderante, na própria condição de implementação do SUS, seu funcionamento, o controle social e a formação dos conselheiros. Percebe-se então uma triangulação entre as perspectivas do sistema como um todo, do seu funcionamento para o público e a da formação dos atores. O desafio é então integrar sistema e atores, e estes, ao público ou aos gestores e controladores da garantia de direitos. O pacto federativo em torno da nova política de saúde supõe orçamento, liberação de verbas, acesso, qualidade, descentralização e controle social.

Em resumo, a legislação brasileira em vigor determina pelo SUS acesso universal, integralidade da atenção, ênfase em ações de promoção e proteção da saúde, descentralização, participação social, o que ainda não está inteiramente implementado (BARROS, 1996).

Decorrente de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não são frutos apenas da história recente, ao contrário, há uma longa trajetória de lutas e (re)formulações. A busca das referências desse processo no contexto político mais geral do país oportuniza

melhor entendimento do momento atual e do próprio significado do SUS (CUNHA e CUNHA,1998).

Dentre as políticas públicas, sobressai a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) que atua transversalmente os modelos de atenção e gestão do SUS, com princípios de ampliação dos processos comunicacionais e com a aposta radical na indissociabilidade entre atenção e gestão na produção de saúde. A partir das alterações da experiência coletiva é que foram geradas essas políticas públicas, malgrado a burocratização do Estado (BRASIL, 2007).

A PNH, enquanto política do SUS em suas dimensões política de governo e política pública faz parte do Estado. É parte no limite entre o Estado e o plano coletivo. Concretiza-se nas diversas esferas da gestão federal, estadual e municipal do SUS, nos órgãos e instituições do setor saúde (agências, fundações, autarquias, empresas públicas, etc.).

Neste momento em que o SUS completa 20 anos de existência, constata-se que muitos desafios ainda precisam ser enfrentados e a PNH propõe mudanças valorizando os diferentes sujeitos envolvidos no processo de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Reforçando o levantamento feito pelo MS-2003, sobre a situação dos trabalhadores da saúde, o Documento Base da PNH (BRASIL, 2007), mostra o quadro de “desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente destes trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários”. Dos desafios identificados, a grande maioria se relaciona aos processos e relações de trabalho nos serviços em saúde. Esse quadro reforça a necessidade de incidir radicalmente em todas as situações de atenção e gestão em saúde com a participação efetiva dos trabalhadores.

Para o alcance dos resultados esperados, a PNH opera com dispositivos, entendidos como tecnologias ou modos de fazer. Dentre eles, destaca-se no eixo da gestão do trabalho, a necessidade da participação dos trabalhadores em saúde nos processos de discussão e decisão das mudanças, uma vez que a valorização e

cuidado dos trabalhadores da saúde estão ligados diretamente à construção de uma gestão participativa.

No cotidiano do trabalho, nem sempre os trabalhadores conseguem cumprir as regras que definem ou delimitam o trabalho a ser realizado. São necessárias improvisações e pactos para que esse seja levado a termo. Aquelas regras específicas de gestão e do cuidado são singulares a cada necessidade concreta do trabalho. Implicam em uma capacidade de articulação dos diferentes saberes e práticas, de gerir em conjunto e de regular os acordos entre usuários, equipes e gestores.

Cabe ressaltar que as diretrizes do SUS reconhecem o papel do cidadão na produção de saúde, incluindo o usuário como protagonista na produção do cuidado. A presença e a participação efetiva dos usuários na gestão do cuidado são uma conquista importante de todos os cidadãos brasileiros e expõem as relações de poder, bastante hierarquizadas e historicamente, nas mãos dos cuidadores. A vivência do compartilhamento do poder entre os atores do SUS – usuários, trabalhadores e gestores - exige, de todos, reposicionamento em relação às ações de saúde e à democratização do cuidado. No entanto, o que se percebe é a imaturidade política dos atores em co-gerirem os processos.

Se a saúde é responsabilidade de todos, espera-se de todos, novas atitudes. Não cabe ao usuário a cobrança queixosa e a denúncia vazia, embora tenha direito a utilizar este recurso para expressar seu descontentamento ou frustração, todavia, espera-se um protagonismo e ação propositiva em relação aos programas de saúde. Dos trabalhadores se espera efetiva mudança de postura pois, muitas vezes, também, se utilizam da queixa. Igual, dos gestores são exigidas ações compartilhadas, agora sem mais o poder total ou o poder do famoso “canetaço” nas decisões. Democratizar os processos de conceber e produzir saúde é desafio ainda para muitas gerações, pois, supõe mudança sócio-cultural, em geral, e especificamente, mudanças nos processos e serviços.

Esse paradigma em redes baliza saberes, associando ao conhecimento técnico, valores, crenças e vivências e sensibilizações disparados por todos os

envolvidos e ambientes. Fundamenta ainda, relações que promovem o encontro e o diálogo crítico entre saberes e práticas desenvolvidos no cotidiano.

Essa problemática segue instigante para pesquisas futuras, mantendo como eixo central: as questões referentes à saúde/doença, prazer/sofrimento dos trabalhadores sob todas essas vicissitudes.

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar os efeitos da organização e dos processos de trabalho na dinâmica prazer/sofrimento psíquico dos trabalhadores da enfermagem da Unidade de Emergência do Hospital Cristo Redentor.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Investigar os modos de produção de saúde na UE do HCR;

Compreender a psicodinâmica das situações de trabalho.

Identificar as estratégias de defesa, usadas pelo grupo de trabalhadores da UE do HCR para enfrentar as adversidades do seu trabalho.

## 6 METODOLOGIA

### 6.1 PSICODINÂMICA DO TRABALHO

A metodologia adotada para a realização da pesquisa que gerou este estudo foi o da psicodinâmica do trabalho. Foi utilizada por favorecer a análise da dinâmica dos processos psíquicos, mobilizados pelo confronto do sujeito com a realidade do trabalho, constituindo mecanismos de defesa e/ou construindo identidade no trabalho. A análise dos relatos, por este referencial, permite o entendimento dos processos intersubjetivos e interativos desenvolvidos nos ambientes de trabalho.

Na psicodinâmica, a palavra é mediadora da metodologia, pois, é através da fala/linguagem dos coletivos sobre suas percepções em relação ao seu trabalho que se interpreta as condições de saúde/sofrimento-estratégias de defesa/identidade, e se destaca e se discute os diversos sentidos cristalizados na instituição que montam, remontam e desmontam a organização.

Sua proposta articula pesquisador e campo de pesquisa, sujeito e objeto, conformando propriamente, a pesquisa-intervenção.

Christophe Dejours, médico francês, com formação em psicossomática e psicanálise é um estudioso das relações entre saúde e trabalho, para além do reducionismo médico-biológico. É diretor científico do Laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação no CNAM de Paris, criado após três décadas de pesquisas e trabalhos de campo, construindo as bases para uma visão fértil e dinâmica dessa problemática.

Dejours publicou seu primeiro livro em 1980, intitulado Trabalho: Desgaste Mental – Um Ensaio de Psicopatologia do Trabalho. Com esta obra, tematizava intuições, estudos e pistas para novas pesquisas em torno do núcleo central de sua "clínica do trabalho": o conflito entre organização do trabalho e funcionamento psíquico para além do modelo causalista.

Segundo (Merlo e Mendes 2009), o percurso da produção brasileira em psicodinâmica do trabalho teve início na década de 80 e acompanhou o desenvolvimento da própria teoria, preconizada por Dejours, envolvendo nessa rede

em construção todas as tensões decorrentes no avanço científico de uma teoria e de sua aplicação.

Essa obra foi publicada no Brasil, em 1987, sete anos depois de seu lançamento com um título de apelo comercial: Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho e tornou-se referência para muitos pesquisadores e estudiosos nacionais. A discussão e a abordagem apresentadas na obra eram novas, traziam muitas respostas às questões sobre conflito no trabalho e abriam caminhos para que se pudesse pensar as consequências do trabalho, em especial, as formas de sua organização na saúde psíquica dos trabalhadores.

A nova abordagem mesclava categorias da psicologia, da psicanálise, da ergonomia e da sociologia do trabalho para refletir o papel que o trabalho desempenha na construção do complexo equilíbrio psíquico que os trabalhadores devem estabelecer para se manterem saudáveis em ambientes de trabalho hostis.

Para se desenvolver ações em favor da saúde do trabalhador, na perspectiva da psicodinâmica do trabalho, é necessário considerar a dimensão do sofrimento psíquico, relacionado à organização do trabalho e abordá-la, criando espaços coletivos de troca, debate e reflexão para que se possa perceber o quê no processo do trabalho gera sofrimento, embora também, o quê possa gerar prazer.

A metodologia visa o coletivo de trabalho e não, os indivíduos isoladamente. Diagnosticado o sofrimento psíquico em situações de trabalho, não se formulam atos terapêuticos individuais, mas intervenções voltadas para a análise coletiva da organização do trabalho na qual os indivíduos estejam submetidos. Para tanto, importa muito as estratégias construídas coletivamente em resistência ao trabalho prescrito, evitando o sofrimento e possibilitando vivências de prazer.

A abordagem da metodologia ultrapassa a visão reducionista que responsabiliza apenas o indivíduo pelas consequências do trabalho sobre sua saúde. Ao contrário, prioriza-se as vivências específicas dos trabalhadores, inscritas na realidade concreta de trabalho, por exemplo, o papel da inteligência operária e sua função como mecanismo de defesa e na construção de identidade no trabalho (DEJOURS, 1992).

Nesse sentido, a saúde mental para a psicodinâmica do trabalho coloca-se entre a patologia e a normalidade, ou seja, entre os modos dos sujeitos-trabalhadores (re)agirem sob o sofrimento originado nos constrangimentos impostos pela organização do trabalho. Pois, o trabalhador, ao mesmo tempo, sofre e resiste sofrer com a experiência de fracasso, decorrente de sua falibilidade, frente ao trabalho real e quando se depara com a imperfeição e a falta, elementos indissociáveis do fazer, dada a condição inacabada do trabalho.

O sofrimento é o modo de evitar a patologia, uma vez que o sofrimento atua em duas direções distintas: uma, na mobilização criativa e a outra, na alienação e acomodação. “O sofrimento pode, dessa forma, tornar-se o instrumento de uma modificação na organização do trabalho ou gerar um processo de alienação e conservadorismo” (MERLO, 1999, p.48).

Quando submetido ao estranhamento, os sujeitos constroem defesas que acabam por neutralizar o sofrimento, simultaneamente, também, os sentimentos de indignação, confiança e a solidariedade. Desta experiência decorre, a naturalização da injustiça, a banalização do mal no cotidiano de trabalho, conforme tratado por Dejours (2005).

Ao contrário de postular o trabalho como fator fundamentalmente enlouquecedor (o que se poderia subentender pelo título dado ao livro de Dejours, no Brasil), o autor a partir de enquetes realizadas junto a grupos, revela que os trabalhadores não se mostravam passivos em face das exigências e pressões organizacionais, e sim, capazes de se protegerem dos efeitos nefastos à saúde mental. Eles sofriam mas, exerciam sua liberdade, mesmo que, de forma muito, limitada ou restritiva na construção de sistemas defensivos individuais, prevalentemente, coletivos.

A partir do seu trabalho clínico Dejours deslocou seu foco investigativo das doenças mentais geradas pelo trabalho para o sofrimento e as defesas contra esse sofrimento. À medida que os trabalhadores conseguem conjurar a loucura, apesar da violência da organização do trabalho, a normalidade configura-se um enigma, enquanto equilíbrio instável, precário entre sofrimento e defesas.

A utilização da psicodinâmica do trabalho não significa reprodução de passos técnicos. Supõe a adoção de seus pressupostos teórico-práticos e o discernimento dos efeitos que a escuta do sofrimento produz nos processos de subjetivação dos trabalhadores e sua saúde mental, sem deixar à margem do processo, o pesquisador, supondo sua implicação, engajamento subjetivo, político e ético.

Dessa forma, a metodologia da psicodinâmica do trabalho, configura os elementos para a análise dos processos intersubjetivos e interativos que se desenvolvem nos ambientes de trabalho. Prevê em seu desenvolvimento uma sequência de atos/atividades importantes, a saber: a (re)criação ou identificação da demanda; a pré-pesquisa; a análise da implicação; a pesquisa-intervenção, a análise e interpretação dos fatos e sua validação.

Complementando a descrição do campo de intervenção, feita na Introdução deste estudo, acrescenta-se que o HCR faz parte da rede do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e foi inaugurado em 1956. Sua capacidade é de 284 leitos. Possui 1.213 funcionários. Os atendimentos na emergência são de aproximadamente 128.346 consultas/ano, conforme dados de 2007.

Sua história é marcada por seu perfil institucional, um “Hospital para o Trabalhador”. Em sua missão declara ser “um fio que conduz a trama: a identidade com o trabalhador”. Isto porque o HCR está situado na zona norte da cidade de Porto Alegre, onde abriga o maior número de trabalhadores/fábricas e esta região interliga os parques industriais da região metropolitana.

A rede GHC, da qual o HCR faz parte, propõe para sua organização do trabalho os princípios e diretrizes do SUS, sendo a integralidade das pessoas o eixo da atenção aos usuários e suas necessidades, superando o foco na doença e nos procedimentos.

## 6.2 ANÁLISE DA DEMANDA

Para que fosse possível a pesquisa, era necessária a demanda por parte da pesquisadora e do coletivo. Por parte da pesquisadora, a mesma foi construída ao longo da experiência no campo da saúde e do trabalho e, recentemente, na

consultoria da PNH/MS, atuando junto aos trabalhadores da saúde do GHC, conforme citado anteriormente. Na assessoria ao Comitê de Humanização do GHC, no qual tem representação de trabalhadores dos quatro Hospitais componentes do Grupo, a pesquisadora participou do planejamento, monitoramento e avaliações das ações propostas pelo GT, articuladas com as diretrizes da PNH, implementadas nos hospitais, tais como acolhimento, clínica ampliada, saúde e trabalho, entre outros dispositivos que os hospitais vêm trabalhando para qualificar a atenção e gestão em saúde.

Nessa ocasião, em especial, percebeu-se que a realização da investigação e intervenção na UE do HCR seria propícia. A Unidade de Emergência estava em reforma, sofreria algumas mudanças importantes no ambiente e nos processos de trabalho. Dessa forma, quando foi apresentado o projeto de pesquisa, a gestão entendeu como relevante a possibilidade de promoção de espaços coletivos de conversa sobre o trabalho e suas inter-relações, auxiliando nas revisões e análises dos cuidados em saúde. Ainda que os trabalhadores se sintam incomodados com as atividades e/ou com a organização do trabalho, não conseguem disponibilizar um tempo por suas atividades contínuas e por conseguinte, não se articulam para criarem um espaço de fala entre eles sobre seu cotidiano.

A proposta de encontros coletivos com os trabalhadores da enfermagem foi aceita para a análise da organização do trabalho, de suas atividades e de seus impactos na saúde e constituiu uma oportunidade para reflexão, troca de idéias e construção de algumas estratégias de melhoria da organização e relações de trabalho.

Nos encontros com a gestão da enfermagem da UE ficou evidente que, apesar da intencionalidade da proposta ser interessante e aceita, concretamente havia o obstáculo quanto ao tempo disponível, o número de trabalhadores participantes num momento de mudanças gerais no HCR. Outra ponderação feita, referia-se à continuidade da pesquisa e aos encaminhamentos decorrentes pela pesquisadora, caso se desencadeassem processos de queixas e demandas dos trabalhadores nas rodas de conversa.

Os encontros coletivos foram então negociados e se confirmaram as dificuldades previstas para concretizar a demanda dos encontros com os trabalhadores, pois, não havia como marcar um horário fixo ou ter um número permanente de participantes, devido ao tempo da emergência e a imprevisibilidade de rotinas da dinâmica de trabalho.

A demanda diz respeito a uma forma de movimento em direção a algo que é necessário. Segundo Roudinesco e Plon (1998) a demanda é endereçada a outrem e recai sobre um objeto. A gestão havia aprovado e sinalizado senões operativos à pesquisa, porém, considerava, no momento, de extrema importância a proposta de escuta dos trabalhadores, pois, havia demanda, disposição e desejo dos próprios de serem escutados e de se organizarem em grupos para tal. Desta forma, a demanda não se impõe a partir do pesquisador, mas do coletivo de trabalhadores, que sabe sobre seu trabalho e se dispõe a estabelecer um diálogo com os pares neste caso, mediados pela pesquisadora.

Segundo a metodologia adotada, o grupo não precisaria contar com os mesmos participantes, podendo variar conforme seus turnos e escalas de trabalho, pois a diversificação ampliaria a compreensão das relações referentes ao prazer e sofrimento pelos trabalhadores num mesmo processo organizativo.

Em psicodinâmica do trabalho, a análise da demanda é um momento essencial que condiciona, de fato, a possibilidade de execução e dá contornos à realização da pesquisa. Para tanto, as seguintes questões-chave acompanharam seu desenvolvimento:

- Quem demanda?
- O que se demanda?
- Quais os riscos envolvidos?
- A quem se dirige as ações da pesquisa?

Como se infere, a demanda requer um trabalho prévio e específico de explicitação do contexto do campo e sua problematização aos seus próprios atores para a predisposição à pesquisa-intervenção. Assim, parte das questões iniciais, que

mobilizaram a investigação se identificaram com as da pré-pesquisa e reconfiguraram a própria pesquisa-intervenção.

### 6.3 PRÉ-PESQUISA

Diferente da criação da demanda, ainda que haja proximidade de sentido, a pré-pesquisa constitui-se o início do desenvolvimento da pesquisa-intervenção, propriamente dita.

A pré-pesquisa objetiva construir uma base concreta necessária para compreender de que falam os trabalhadores e ter clareza quanto à representação das imagens de suas condições ambientais do sofrimento, pois, as percepções e sensações desempenham um papel relevante na expressão do sofrimento e do prazer no trabalho.

Esta etapa foi realizada então com o objetivo de (re)conhecer o campo, compreender seus fluxos de trabalho e a estrutura da emergência de trauma do HCR. Para tanto, esta etapa incluiu acesso aos documentos, à história da organização, ao local de trabalho, aos setores, inclusive, a realização das entrevistas. Estas e outras informações tiveram um registro descritivo e reflexivo, conforme o caso, em um diário de campo.

A aproximação do campo foi feita através da Coordenação da Enfermagem do HCR e com a Enfermeira Chefe da UE para acordar a viabilidade da pesquisa. Após estes encontros, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição para sua análise e aprovação, conforme exigência da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS,1996) que resguarda os aspectos éticos necessários à pesquisa com seres humanos. A devolução do parecer ocorreu cinco meses depois, atrasando o início das atividades previstas significativamente, exigindo a modificação do cronograma da pesquisa.

Uma vez aprovada pelo Comitê e aceita pelo Hospital, a proposta foi apresentada ao coletivo de trabalhadores que participariam da pesquisa. A demanda foi acolhida e se iniciou a preparação do seu início com a definição dos participantes, convite para participação, informações sobre os processos de

trabalho, acesso a documentos técnicos, também, acesso aos espaços da organização.

Após o trabalho de documentação e de visitas ao local de trabalho, a pesquisadora deteve-se na compreensão da organização do trabalho. Entende-se a organização real do trabalho, não apenas aquela formulada pelo serviço, fluxos e métodos, mas a que desvenda o conflito entre trabalhadores, hierarquias, categorias, processos e ritmos de trabalho. Para tanto, as entrevistas individuais com os gestores, desenvolvidas nesta etapa foram estruturadas, como mais um instrumento de análise, baseadas nas seguintes questões:

- Como é o trabalho na unidade de Emergência do HCR?
- Como se caracteriza uma UE e o seu modelo de atenção?
- Quanto ao processo de trabalho, como é organizado o cotidiano da gestão e atenção a saúde?
- Quais as necessidades determinadas pelo tempo na emergência?
- Como este modelo de atenção à saúde torna possível o cuidado efetivo do usuário e do trabalhador?
- Quando o trabalho significa um risco para saúde?
- No local de trabalho, você acha que há alguma relação entre adoecimentos e a forma como as pessoas se organizam para trabalhar?
- Que modos de trabalho podem ser contratados para produção de saúde?

#### 6.4 PESQUISA-INTERVENÇÃO

A pesquisa se efetivou em oito encontros com as equipes de técnicos e enfermeiros da UE do HCR. O número de participantes variou entre 05 a 07 trabalhadores por encontro, totalizando 40 envolvidos com o objetivo de participar das discussões sobre os processos de trabalho desenvolvidos na UE do HCR.

Os encontros foram operacionalizados em locais identificados com o trabalho, dentro da instituição hospitalar e ocorreram durante a jornada de trabalho. O convite para a participação do grupo foi feito pela pesquisadora durante as visitas na etapa da pré-pesquisa e pelos contatos realizados nesse período com as chefias de enfermagem de cada turno.

As falas dos encontros foram gravadas em gravador digital para posterior transcrição e também, se utilizou registros escritos durante as rodas de conversa, denominação dada aos encontros. A coordenação esteve sempre a cargo da pesquisadora. Das discussões sobre os relatos e etapas da pesquisa participaram a tanto a pesquisadora e os trabalhadores participantes quanto o grupo de pesquisadores do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este grupo é envolvido, pois além do discurso do pesquisador, é importante que apareça a formulação de outros pesquisadores para o encadeamento dos acontecimentos nos grupos durante o desenvolvimento da metodologia (DEJOURS, 2004a).

Os oito encontros tiveram uma duração mínima entre 30 a 45 minutos e aconteceram durante dois meses. Conforme se esperava pelos impeditivos previstos nem sempre foram os mesmos trabalhadores participantes, o que, de certa maneira, diversificava o grupo, dando abrangência às percepções dos fatos/situações relatadas, e sendo as falas recorrentes, não descontinuavam as discussões. No primeiro encontro, foram feitas as combinações iniciais relativas à proposta da pesquisa, retomando seu tema, objetivos, além da forma de funcionamento do grupo: registros, horários, presença. Também, foram esclarecidos alguns pontos imprescindíveis: o sigilo em relação às informações e material produzido nos encontros; a forma de devolução dos resultados ao final da pesquisa e sua validação coletiva e a obrigatoriedade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os participantes por exigência do Comitê de Ética.

Os encontros foram estruturados conforme propõe a pesquisa-intervenção, priorizando o maior número possível de exercícios promotores da auto-análise dos trabalhadores. As rodadas de debates propiciados pela intervenção, uma vez sistematizadas em cada encontro agenciavam, concomitantemente, revisões e repactuações no cotidiano imediato do trabalho.

A compreensão do sofrimento, a partir da normalidade e não só da patologia, considera o trabalho como importante fator na preservação da saúde mental do trabalhador ao conjugar questões relativas à significação e vivência subjetiva dos trabalhadores e questões relacionadas à organização e às relações sociais do trabalho.

A pesquisa esteve voltada essencialmente à vivência, dirigida sobretudo à percepção atenta tanto das concepções, hipóteses sobre o porquê e os modos das relações estabelecidas no trabalho quanto dos modos de formulações, dos gestos, das piadas, de tal forma, que juntos permitissem dar sentido à análise e interpretação dos fatos relatados.

Durante todo o processo da pesquisa-intervenção foram observados e explorados com atenção, de um lado, os comentários formulados pelo grupo, os temas consensuais ou as discussões contraditórias, hipóteses explicativas para fatos do cotidiano e de outro, a distinção dos elos existentes entre as expressões do sofrimento e do prazer ou os silêncios respeitados sobre certos temas, e as características da organização do trabalho.

Para o término dos encontros foi proposta uma reunião para apresentação do relatório elaborado, produzido a partir das rodas de conversa com a análise do próprio grupo, da pesquisadora e do grupo de pesquisa. Esta etapa constitui um importante espaço de participação, apropriação e validação por parte dos trabalhadores na produção de conhecimento, segundo a própria metodologia.

A interpretação ideal seria aquela que, desmontando um sistema defensivo, autorizasse simultaneamente a reconstrução de um novo sistema defensivo ou um deslocamento do sistema defensivo existente, de maneira a enfatizar um elo entre o sofrimento e o trabalho. Essa dimensão deontológica desdobra-se numa dimensão técnica na medida em que a apreciação do risco da interpretação, ou da escolha de uma formulação, passa pelos próprios pesquisadores e suas capacidades de perceber tensões psíquicas excessivas decorrentes da pesquisa (DEJOURS, 1992, p. 145).

## 6.5 ANÁLISE DA IMPLICAÇÃO

A pesquisa de campo foi realizada na UE do HCR, hospital público de trauma, com objetivo de investigar a prazer/sofrimento psíquico dos trabalhadores da enfermagem. Algumas questões mobilizaram a pesquisadora no início e durante o processo. Dentre elas destacam-se aquelas que foram norteadoras na pesquisa/intervenção:

- como os trabalhadores mantêm a saúde/normalidade possível, apesar das adversidades vividas no trabalho, tanto pela organização do trabalho quanto também, pela própria atividade que desenvolvem?
- que normalidade é essa que os fazem acordar todos os dias e continuar trabalhando com as tragédias que, inesperadamente, atingem crianças, adultos, adolescentes, idosos e que, indiscutivelmente, os atinge enquanto cuidadores?
- o que esses trabalhadores fazem para lidar com o sofrimento alheio e seu próprio na relação de cuidado que estabelecem no ambiente laboral?

Quanto à pesquisadora, a questão que se propunha era:

- qual a minha implicação neste cenário que não faz parte de meu cotidiano de trabalho e que, muitas vezes, revela-me assustador?

Nesta análise de implicação relato a seguir, a percepção da minha própria inclusão junto ao grupo e ao seu trabalho na UE do HCR.

Minhas primeiras reações registradas ao entrar naquele espaço foram a de tentar separar ou distinguir o meu objeto de intervenção dos eventos observados. Não resistia ver o sofrimento dos usuários e admirava a abnegação dos trabalhadores. Era chocante estar próxima de pessoas machucadas, baleadas, acidentadas, queimadas, enfim, todo tipo de situações que normalmente se evita. Porém, foi impossível o distanciamento. O cenário já informava sobre o ambiente de trabalho e as configurações do nosso objeto da pesquisa.

O primeiro encontro, para uma breve conversa com a equipe de enfermagem disponível naquele momento, foi na sala de politraumatizados. Fui conduzida ao local com a sensação de que estava invadindo o espaço desse trabalho delicado e de fato, urgente. Gestores e enfermeiros afirmavam que não havia problema algum, conversar sobre seu trabalho, pois “ali, estava a realidade nua e crua do cotidiano deles”. Como ficar à vontade?

Dessa forma, entre conversas que falavam das dores e delícias do trabalho em saúde, ao fundo, ouvia-se sussurros, gemidos, sofrimento e muita dor dos usuários em seus leitos.

Teórica e metodologicamente havia adotado a pesquisa-intervenção como então, não me envolver com os sujeitos nem me deixar afetar por toda a intensidade de sensações e racionalidades ali vivenciadas? Foi nesse contexto que se realizou a pesquisa-intervenção e em decorrência, a análise de implicação ora destacada.

Passei turnos e turnos, enquanto realizava a pesquisa, sentada na recepção interna da emergência, observando a chegada de pacientes e a relação com a equipe da linha de frente. Perguntava-me continuamente: ‘como conseguem? São heróis?’ Concluía que não. Todos eram tão humanos, quanto todos àqueles que entravam na emergência. Diferenciava-os, naquele momento, as técnicas e procedimentos de cuidado disponibilizados aos necessitados. Mas, persistia o questionamento quanto à execução daquele trabalho e sua organização: ‘o quê fazem para si mesmos’?

Os encontros que se sucederam, foram acontecendo em locais diferentes, uma hora na sala de recepção, noutra, na sala de politraumatizados. Não mais que dez dias após o primeiro encontro, já não me horrorizava tanto o cenário com que me deparava quanto circulava mais ajustada e com tranquilidade nos espaços da UE. Sentia-me aliviada por não mais me compreender roubando ou atrapalhando o tempo de trabalho que corre pela urgência, de fato. É um outro tempo. Então, avalei que eu mesma experienciava uma estratégia de defesa. Seria muito fácil me defender ou proteger no papel de pesquisadora neutra. Mas não era esta a proposta. Enquanto pesquisadora implicada não só, não poderia negar aquele sofrimento quanto deveria transformar este sofrimento em conteúdo de análise pela realização da pesquisa.

Após esses encontros em vários espaços da UE, os demais aconteceram em salas da enfermagem, fechadas, sem os sobressaltos da equipe por qualquer emergência.

Segundo Paulon (2005), abre-se, na realidade mesma, a possibilidade de conceber a intervenção como um caminhar mútuo ou partilhado por processos mutantes que, justo por não poder ser resumida ao encontro de unidades distintas: os sujeitos da investigação e os objetos a serem investigados, a intervenção não pode ser pensada como uma mudança antecipável. Ao operar no plano dos

acontecimentos, a intervenção deve guardar sempre a possibilidade do ineditismo da experiência humana, e ao pesquisador, a disposição para acompanhá-la e surpreender-se sempre.

Os planos da Clínica e da Política, segundo Paulon (2005) estão indelevelmente associados. Não mais numa relação dialética de mútua interferência, mas a partir de uma perspectiva na qual já não se trata da melhor forma de apreender sujeito e objeto em si mesmos, mas de como acompanhar os processos de subjetivação que se revelam não necessariamente em sujeitos individuados.

A metodologia adotada diferencia-se da pesquisa-ação, conforme (Barros, 2007), pelo fato de sujeito e objeto, pesquisador e campo de pesquisa, bem como teoria e prática terem como mote o questionamento do sentido da ação. O que marca como diferença é o aspecto inerente à proposta de mudança. Priorizam-se movimentos, processos e a expressão singular que entram em jogo, através da análise de implicação.

O princípio norteador desse procedimento é o de que a aproximação com o campo inclui, sempre, a permanente análise do impacto que as cenas observadas e vividas têm sobre a história do pesquisador e sobre o sistema de poder que legitima o instituído, incluindo aí, o próprio lugar de saber e o estatuto de poder do perito-pesquisador. O dispositivo saber-poder identificado por Foucault (1978;1979) oferece a ferramenta conceitual necessária para que pesquisador-interventor coloque a instituição-pesquisa em análise.

Pode-se refletir que, esta relação uma vez analisada e discutida, dispara sentidos e movimentos à medida que o grupo pára, tem um espaço concreto para a fala sem sobressaltos, sente-se tranquilo e seguro para refletir sobre seu processo de trabalho, os impactos em sua saúde e principalmente, sobre as estratégias de produção de saúde. A compreensão sobre a relação estabelecida entre pesquisadora e equipes, pesquisadora e instituição foi se modificando à medida em que se desenvolvia a confiança e o entendimento sobre o que seria construído nos espaços e tempos de fala sobre o cotidiano do seu trabalho e a constatação de que a presença da pesquisadora entre eles não significava desnudar “modos operandi” e deixá-los desamparados sem saber o que fazer com toda sua produção. A proposta

era propiciar momentos de análise do seu processo de trabalho e contribuir para [re]organização do mesmo pelos próprios trabalhadores.

## 6.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS FATOS

A análise e a interpretação dos fatos foram construídas pela pesquisadora com o grupo de trabalhadores durante os encontros e com o grupo de pesquisa do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho da UFRGS.

A sistematização do material foi feita considerando os objetivos geral e específicos propostos e as categorias de análise. Estas foram identificadas nas experiências trazidas ou destacadas das falas dos participantes do grupo nos encontros, em diálogo com os autores utilizados no referencial teórico deste estudo e a reflexão da própria pesquisadora.

As categorias de análise selecionadas foram distribuídas entre três grandes blocos: o cenário e processos de trabalho na organização, as relações no trabalho e os impactos no modo de subjetivação do trabalhador da enfermagem da UE do HCR.

As falas produzidas nos encontros, as trocas de experiências e as discussões empreendidas geraram um impacto no grupo que pôde sair da queixa para uma posição de desassossego frente às próprias necessidades. Ao longo do processo de reflexão realizada sempre no sentido de provocar as autoanálises em relação à implicação de cada agente institucional com os processos descritos, os participantes se mobilizaram em direção a alguns encaminhamentos.

Para tanto, as consignias utilizadas para disparar os debates enfocavam tanto a inserção singular de cada um em seu trabalho na área da saúde, evocando suas escolhas profissionais, suas trajetórias pessoais até a composição da equipe onde hoje se inserem quanto a relação com os resultados produzidos no próprio contexto da UE, realidades de trabalho atual de todos.

Partiu-se, portanto, dos seus percursos de trabalhadores da saúde para favorecer o exercício de autoanálise das condições de saúde que hoje se

encontram ao exercerem suas funções neste equipamento específico do sistema de saúde.

A sistematização do material produzido nas rodas de conversas, através dos fatos relatados na análise coletiva, permitiu identificar que as categorias de análise predominantes com que os trabalhadores da emergência referem aos grandes embates hoje vividos pelo grupo e que fundamentam a proposta de encaminhamentos, daí decorrentes.

Ressalta-se, por fim, que, na transcrição da gravação das falas dos integrantes do grupo e sua utilização no texto, foi adotada a linguagem da comunicação oral, isto é, foram mantidas as frases e expressões, tal qual enunciadas pelos participantes, com o devido resguardo a suas identificações, porque foi esta a forma aceita desde o início na pré-pesquisa até à devolução do material que, validado, adquiriram a dimensão de expressões do coletivo.

## 7 PRAZER/SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES DA UE DO HCR

### 7.1 CENÁRIO DO TRABALHO DA UE

#### 7.1.1 A escolha pelo trabalho em saúde.

Revelação de Intencionalidades, desejos e necessidades articuladas à objetividade do trabalho

A única opção que tinha na época, realizei o curso técnico na enfermagem e já trabalho há 06 anos nessa área(G-HCR, 2010).

Não podia ver sangue, hoje sou uma sobrevivente(S-HCR, 2010).

Desde pequena gostava de hospital, a partir do curso técnico se potencializou o gosto pela área(T-HCR, 2010).

Primeira experiência, sempre tive pavor de hospital, depois de um tempo, fui obrigada a acompanhar um familiar e me encantei pelo trabalho(V-HCR,2010).

Não me imagino longe disso. Um dia quis fazer medicina, mas desisti, gosto da parte investigativa, fui fazer o curso técnico e gosto do que faço, acho o contato com o paciente fundamental. Somos os olhos e as mãos de todos os profissionais(R-HCR, 2010).

Minha mãe também é técnica de enfermagem, a partir dos cuidados com familiares, foi gostando da atividade, prezo pelo ser humano que tenha um cuidado digno(F-HCR, 2010).

Desde pequena gostava da função, via muitos seriados de hospitais, pronto socorro e sempre identificava-me com a enfermeira(E-HCR, 2010).

No hospital era um lugar onde eu ficava bem, onde as coisas ruins eram cuidadas, fui várias vezes internada porque tenho asma(A-HCR, 2010).

O trabalho na saúde é um lugar onde sente-se muito exigida emocional e fisicamente Sinto-me útil, cada coisa que se faz é muito importante no resultado final(B-HCR, 2010).

Observa-se que a escolha pela atividade na área da saúde, segundo as falas, aconteceram por diferentes fatores: pela difusão de cursos técnicos na área da enfermagem na perspectiva de profissionalização de nível médio e com certa facilidade de oferta de trabalho nessa área, ou pela influência do meio familiar e histórias vividas, ou ainda, na ênfase do discurso da vocação e desejo de ajudar os outros. Este último fator citado não é mais unânime na escolha pelo trabalho, pois, já não se refere mais à bem aventurança e/ou ao apelo a ajudar o próximo como predominava antigamente.

Este era o grande motivo da procura pelo trabalho na saúde, considerado sacerdócio, um servir desinteressado e de dedicação total. Mas com a medicina tecnológica, a prática perde progressivamente esses traços de personalização e de sacralização, à medida em que vai se estruturando sobre as bases impessoais e objetivas da tecnologia material (SCHRAIBER,1993).

O processo de coletivização do trabalho em saúde e sua subordinação ao saber médico se intensifica, a partir da segunda metade do século XIX, com o avanço dos conhecimentos científicos, especialmente, em anatomia, fisiopatologia, imunologia e microbiologia e com a hegemonia do paradigma positivista de ciência. O conhecimento se fragmenta e com isto, há uma ampliação significativa do número de especialidades. A lógica da organização capitalista do trabalho influencia a organização da assistência à saúde, observa Pires (1999) que passa a ser o resultado de um trabalho coletivo, porém, parcelado em diversas atividades, exercidas por médicos, outros profissionais de saúde e trabalhadores treinados para atividades específicas.

A inserção do trabalho em saúde na lógica capitalista se revela, no entanto, de modo peculiar, guardando algumas diferenças com relação a outras atividades.

Os profissionais de saúde desenvolvem seu trabalho com relativa autonomia, mas sob o gerenciamento médico e, internamente às profissões de saúde, verifica-se, mais claramente, a lógica do parcelamento de tarefas (PIRES,1999, p.87).

Mais adiante a autora pondera:

(...) apesar da influência da gerência taylorista na organização do trabalho assistencial em saúde, realizado no espaço institucional, a expropriação do saber e do controle do processo de trabalho se dão de forma parcial (PIRES, 1999, p.87).

Pires (1999) realiza uma síntese de estudos de vários pesquisadores da história das práticas de saúde e destaca que, desde seus primórdios, a assistência aos indivíduos doentes sempre foi um trabalho diferenciado, desenvolvido por indivíduos que tinham um conhecimento especial ou eram reconhecidos por seu grupo social como tendo uma capacidade especial, um dom, assim como afirma um dos participantes: “A vocação é um chamado” (T-HCR,2010).

Assim, nas sociedades tribais e na antiguidade são os feiticeiros, pajés ou sacerdotes reconhecidos como possuidores de dotes especiais para o tratamento dos problemas de saúde. Praticamente, não há divisão do trabalho. A mesma pessoa faz o diagnóstico, decide sobre a terapêutica, prepara os medicamentos e aplica o tratamento. Já na idade média, o trabalho era realizado por múltiplos agentes, leigos e religiosos dividiam ramos do conhecimento e práticas de saúde. Entre os primeiros, destacavam-se os físicos, médicos clínicos formados nos mosteiros e, depois do século X, nas universidades. Detinham o conhecimento hegemônico de base religiosa e metafísica e atendiam às camadas mais privilegiadas da sociedade. Seu trabalho era mais intelectual e não envolvia, praticamente, procedimentos manuais (CASTILHO SÁ, 2005).

Até o século XVIII, os hospitais eram organizações religiosas e atendiam à população mais pobre com o objetivo principal de assistência espiritual. O local privilegiado de atendimento de pacientes, tanto por clínicos quanto por práticos, era no domicílio do paciente. Tratava-se de um trabalho tipo artesanal que os profissionais detinham o controle sobre todo o processo, da produção e reprodução do conhecimento, via tradição oral, ao acompanhamento da prática na relação entre mestre-aprendiz, até, ao ritmo e ao produto final.

Também era possível que o atendimento fosse feito em uma espécie de consultório montado na casa de quem prestava o serviço ou nas corporações. O processo de mudança do caráter do hospital, que passa a ser um espaço terapêutico e de formação dos médicos, é contemporâneo à decadência da ordem feudal e à emergência do modo de produção capitalista (PIRES, 1999).

A concentração das atividades assistenciais no hospital fez com que a atenção à saúde passasse a ser então, um trabalho coletivo, entre médicos, religiosos e práticos, sob o controle dos primeiros.

A investigação de Schraiber sobre a conexão da medicina aos aspectos da prática liberal e os usos de técnicas modernas, revela importantes elementos históricos na área da produção da saúde. Estes elementos reforçam a convicção de que fazem parte da essência do trabalho em saúde: sua característica relacional / intersubjetiva; sua intervenção única de um sujeito sobre outro; sua reprodução do

modo coletivo vivenciado nas experiências pessoais, portanto, singulares, de vida, prazer, dor, sofrimento e morte; e também, sua preservação sob diferentes contextos histórico-sociais, variando nas formas de exercício e nas representações e valorações associadas.

Segundo a afirmação de um participante, o mundo do trabalho em saúde é

mundo particular, não consigo me imaginar fazendo outra coisa pressão que se vive nos hospitais não é trabalhada, é difícil, e vai aniquilando a saúde mental, gosto do ambiente e **faço vista grossa para o resto mas não tem perspectiva**. Relações de trabalho difíceis e pessoas insatisfeitas é uma teia presa(F-HCR, 2010).( Destaque da pesquisadora)

Quando F declara que há sofrimento, também afirma que há gosto pela atividade, algo que a segura pela mediação da estratégia defensiva, não ver ou fazer “vista grossa”.

Área de atuação gratificante, doa-se saúde aos pacientes, o paciente necessita de sorriso, atenção e carinho.(G-HCR,2010)

### 7.1.2 Cenário da Unidade de Emergência do Hospital Cristo Redentor

A Unidade de Emergência do Hospital Cristo Redentor, atende em média 300 pacientes por dia. Sua área foi duplicada, a partir da reforma no ano de 2009, passando de 1.012 metros quadrados para 2.377. O setor ganhou também mais leitos, de 11 passaram a 22, distribuídos por classificação de risco: quatro leitos na área vermelha, seis leitos na área amarela, 11 leitos na área verde e um leito de isolamento. As consultas na emergência, conforme dados de 2008, perfazem um total/ano de 129.338. Dados atualizados de fevereiro a abril de 2010 indicam que o atendimento mês da unidade é de uma média de 7.000 usuários.

A UE do HCR é a porta de entrada indicada para a atenção da demanda de urgências e emergências em trauma. O fluxo operacional é construído a partir de duas ofertas: a atenção aos pacientes críticos, graves e de risco e a atenção aos pacientes não críticos. O acesso é regulado pela classificação de risco, sendo este o balizador no encaminhamento às salas de atendimento: vermelha, amarela e verde

e azul, seguindo um protocolo mundialmente difundido, ATLS (Advanced Trauma Life Support), protocolo para avaliação de pacientes traumatizados.

A divisão dos setores internos da emergência é estabelecida pela Portaria 2048 do Ministério da Saúde que propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências do acolhimento e da “triagem classificatória de risco”. De acordo com a Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

Mais que uma prescrição legal, esse procedimento é entendido como forma de melhorar a organização do fluxo de pacientes que chegam às portas de entrada de urgência/emergência, priorizando um atendimento resolutivo e humanizado àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico, de qualquer natureza.

Na prática, é um procedimento dinâmico de identificação dos pacientes necessitados de intervenção médica e de cuidados de enfermagem de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Esse processo inicia com a escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Esse fluxo operacional da UE é próprio devido à complexidade da assistência da recepção ou entrada do paciente diretamente na sala ao cadastro com emissão do Boletim de Atendimento (BA), do atendimento inicial à finalização do atendimento ou desfecho.

Resumidamente, o atendimento inclui avaliação inicial com a identificação de potenciais lesões e grau de comprometimento, manobras de ressuscitação e/ou estabilização, exames radiológicos e laboratoriais, avaliação pelos especialistas, definições terapêuticas e encaminhamentos para outras unidades externas ao Hospital Cristo Redentor, ou alta.

A área física da UE do HCR está em funcionamento há apenas seis meses. Fazem parte as salas vermelha, amarela, verde e azul, a sala de medicação, os

quatro consultórios das especialidades, a sala para traumatologia/gesso, sala para sutura, duas salas de raios X, guichê de atendimento e saguão.

Os pacientes não ficam internados na UE. O atendimento é resolutivo e integral para as especialidades médicas disponíveis, no que se refere ao tratamento cirúrgico, internação hospitalar e acompanhamento ambulatorial.

Desta forma ao chegar ao serviço de urgência, demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento.

Os pacientes não críticos têm sua entrada a partir da porta de urgência. O fluxo de atenção inicia a partir do acolhimento com posterior cadastro e emissão do Boletim de Atendimento (BA) dos pacientes que são enquadrados nos critérios, referências e pactuações com a rede de saúde.

Após a sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado à classificação de risco quando o técnico de enfermagem e o enfermeiro, utilizando as informações da escuta qualificada e dos dados vitais, classificam o usuário em cores, conforme a demanda apresentada no momento da apresentação, a saber:

- vermelho: emergência; atendimento imediato na sala de emergência;
- amarelo: urgência; atendimento com prioridade no consultório ou leito da sala de observação;
- verde: sem risco de morte imediato; atendimento após todos os pacientes classificados em vermelho e amarelo; e
- azul: quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social. Deve ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde (UBS) ou atendido pelo Serviço Social; se desejar, o usuário pode ser atendido após todos os pacientes classificados em vermelho, amarelo e verde.

Ficou também melhor para os paciente a questão de separação de complexidade, porque lá ficava tudo junto, entrava tudo na mesma porta, às vezes um paciente totalmente lúcido, via chegar um baleado dentro da sala e a gente fazendo um monte de coisa no baleado, às vezes esquecia que o outro estava vendo tudo entende? (B-HCR, 2010)

O atendimento compreende, resumidamente, a (re)avaliação pelo especialista, os exames radiológicos e/ou laboratoriais, as definições terapêuticas e os encaminhamentos. Cada estágio que compõe o atendimento demanda maior ou menor tempo para sua efetivação, dependendo da classificação do agravo, do número de pacientes, da resposta da equipe técnica, especialidades e dos problemas estruturais relacionados à instituição e a outros serviços externos.

Em pesquisa de satisfação realizada no período de outubro a novembro de 2006, a UE do HCR obteve índice superior a 70% em conceitos positivos. Apesar deste resultado, trabalhadores e usuários enfrentam problemas estruturais e em consequência, um efeito indesejado: o aumento do tempo de permanência na UE que, tanto diz respeito aos pacientes já atendidos com definição de internação hospitalar quanto aos pacientes em atendimento.

A falta de leitos para internação no hospital geral decorre de uma série de fatores, justificando essa permanência. A baixa rotatividade dos leitos das unidades de internação se deve à carência de leitos de recuperação pós-anestésica (SR) o que reduz o fluxo cirúrgico programado, uma vez que a urgência não concorre com a mesma estrutura. Os leitos de SR, por sua vez, estão ocupados por pacientes com indicação de internação em UTI e aguardam liberação de leito. A UTI trabalha com 100% de ocupação. A liberação de leitos nas unidades de internação é priorizada para UTI, objetivando a liberação de leitos da SR, possibilitando melhor fluxo cirúrgico programado. O maior fluxo cirúrgico está diretamente relacionado a redução do tempo de permanência hospitalar e, conseqüentemente, a liberação de leitos para as novas internações.

O represamento de pacientes com indicação de internação na UE caracteriza o engessamento desse sistema, ocasionando adaptações nas internações regulares na UE. Os pacientes ali internados submetem-se ao mesmo fluxo de cuidados da internação regular, referentes a todo o processo de acolhimento/atendimento, dos cuidados, prescrições, dispensa de medicamentos, sistema de informações médicas, avaliações e exames pré operatórios às interconsultas. O atendimento médico é transferido para as equipes de atenção das especialidades na internação, não mais aos especialistas-plantonistas na UE.

A distância física destes pacientes em relação às estruturas usuais, as unidades de internação, é uma barreira que dificulta o processo no que diz respeito à visita médica diária dos assistentes rotineiros ou interconsultores. A liberação de leitos, quando disponíveis para internação, obedece, então, a certos critérios adequados que avaliam: o diagnóstico, a faixa etária, a condição clínica, e o tempo de permanência ou de espera do leito.

Os principais motivos de descontentamento do usuário e familiares em relação a oferta do serviço na UE é o tempo de permanência na unidade e/ou a falta de informação, em geral. Este problema, enfrentado pelo usuário impactam tanto o usuário em seu direito quanto do familiar, de participarem do plano terapêutico que está sendo proposto enquanto atenção à saúde e que está relacionado ao tempo da resposta dos exames diagnósticos e dos especialistas na avaliação, (re)avaliação e / ou conduta definitiva.

O contato com familiar-acompanhante é feito durante o atendimento, no caso de paciente incapaz, menor ou idoso; na liberação ou alta ou na definição terapêutica: cirurgia ou internação hospitalar.

Instituiu-se, há algum tempo horário de visitas nos turnos manhã, tarde e noite. A partir da confecção de listagem diária dos pacientes em atendimento, incluindo os internados e os em observação, é feito encaminhamento dos familiares às salas de atendimento. No entanto, são tratadas de forma pontual, as situações diferenciadas, identificadas pelos familiares que residem no interior ou com dificuldade de horários, ou ainda, pacientes internados críticos com prognóstico reservado.

A partir da definição estratégica do GHC para 2007-2008, foi solicitada a composição de colegiados de gestão. Foram constituídas equipes no total de 209 , no geral, tendo o HCR 23 equipes e, entre elas, a da UE, que junto com o ambulatório, constituem a equipe dos pacientes externos. Em outubro de 2007 foram realizadas eleições para a escolha dos representantes, correspondendo por 10% do quantitativo de lotação. Os mais votados foram representantes da equipe na discussão do Plano de Investimentos - PI 2008. Do total de 230 profissionais foram

eleitos 23, proporcionalmente distribuídos entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, gessistas e administrativos.

No desdobramento setorial do qual participaram os trabalhadores enquanto integrantes do grupo, acordou-se uma série de ações que serão desenvolvidas nos próximos doze meses, em referência a 2008. Duas delas se destacam por sua máxima importância: a discussão do acolhimento e dos processos operacionais.

O cenário atual apresenta-se então, complexo, conflitante, mas igualmente promissor. Identificam-se nas ações, práticas e processos de maior ou menor coerência com o que está sendo preconizado pela PNH da atenção e gestão em saúde e em consonância, com os princípios e diretrizes do SUS.

### **7.1.3 Desenho da prática: do prescrito ao real e vice-versa**

É o encaminhamento do paciente, a alta, recebimento, a transferência.  
(T-HCR, 2010).

A mudança do cenário ou da ambiência propriamente dita foi um dispositivo para cartografar as práticas de trabalho, os fluxos e o modo de fazer das equipes. Segundo relatos, anteriormente os procedimentos não eram normatizados o que revelava algumas disfunções: as equipes sabiam o que era para ser feito, mas não era discutido, realizavam-nas informalmente ou pela prática continuamente repetida. Reconhece-se que não é a prescrição que garante a padronização, pois é impossível, porém, tem a sua função e importância na realização do trabalho.

Olha, eu conheci a emergência na época da emergência velha, e eu nem acompanhei muito a mudança lá pra cima, a gente estava lá e todo mundo sabia que era provisório, só que a equipe toda, acho que ninguém conhecia. Pegaram aquela parte e a gente tava ali meio enjambrado assim né, porque não era o espaço para uma emergência, então eram mil problemas de espaço(T-HCR, 2010).

A elaboração das regras de trabalho pelos gestores, quando possível, tem um alcance que, certamente, não pára no ajuste dos procedimentos de ordem técnica. As regras de trabalho definem e organizam também, todas as relações entre os trabalhadores de uma equipe, desde as relações entre os subordinados àquelas

com os agentes das empresas subcontratadas e com a chefia intermediária (DEJOURS, 2004).

Essa organização é fundamentalmente contraditória e se expressa por duas vias: uma delas é a da normatização e a da organização real, tal qual a normalidade/ a saúde, é instável e enigmática, pelo fato da ineficiência relativa da organização prescrita e a outra via é da impossibilidade de um controle técnico pleno do processo, pois, a organização real só pode ser consequência do compromisso resultante de debates e análises dos processos de trabalho.

A gente tem uma prática boa de trabalho. Não tinha essa normatização e essa uniformidade de condutas, que é necessário. Então tu tinha certos desvios operacionais, coisas que davam errado... Por que? Porque não seguiam aquele acordo tácito. A rotina é um acordo tácito, é formal. Então o que se buscou? Em cima daquilo que se faz na prática, que é a maneira entendida como "a mais acertada", a gente botou isso no papel, registrou o que se faz. Então não há nada risco, o direcionamento da sala por cores, é a complexidade, isso foi criado fluxos novos, todo o resto, é o desenho dessa prática consolidada (S-HCR, 2010).

Aí a gente cria a noção do trabalho todo. E a maneira de tu fazeres treinamento, mediações operacionais, isso é trabalho (R-HCR, 2010).

Segundo Dejours, Abdoucheli, Jayet (1994), as regras repousam sobre o consenso no que concerne às maneiras de trabalhar em conjunto, e ao mesmo tempo, fornecem as bases fundamentais e necessárias à elaboração das relações de confiança entre os trabalhadores. A estrutura da regra não é analisada neste estudo, apesar de sua importância, por não constituir o objeto de análise. Pode-se compreender, no entanto que as regras de trabalho são técnicas e também, podem ser regras éticas. Referem os autores que a organização real do trabalho e seus ajustes decorrem de conflitos técnicos, sociais e psicoafetivos. Dessa forma, pode-se dizer que uma regra é sempre ao mesmo tempo:

- uma regra técnica, fixando maneiras de fazer;
- uma regra social, enquanto condutas de interação;
- uma regra lingüística, passando por modos escritos de enunciação, estabilizadas em práticas da linguagem;
- uma regra ética, em face da justiça e da equidade, servindo de referência às arbitragens e aos julgamentos das relações ordinárias de trabalho.

Essas regras têm poder organizador de coesão e de construção do coletivo. O coletivo de regra que se oporá ao coletivo essencialmente estruturado pelas estratégias defensivas, o coletivo de defesa. Ainda que em realidade os dois coexistam e sejam o mesmo e vários outros.

Sendo o processo de trabalho na emergência, parcelado, fragmentado, o inesperado, o imprevisível emerge, na maioria dos casos, pela falta de condições estruturais e de equipes que entendam, coletivamente, a dinâmica e o contexto em que desenvolvem suas atividades. Também, é conflituosa a relação com as outras categorias que compõem o quadro de trabalhadores da saúde com seu objeto de trabalho e suas relações com os usuários.

#### **7.1.4 Processo de Trabalho na Unidade de Emergência**

Nós temos rotatividade. Hoje, nossa rotatividade é o seguinte: eu estou na amarela, e ela tem sete leitos, de trinta em trinta dias a gente gira dentro da própria sala amarela, após todas as colegas e eu girarmos, até eu chegar de novo no ponto onde eu comecei, aí nós trocamos de cor. Eu posso ir pra verde, pra azul, pra vermelha(...)(T-HCR ,2010).

O trabalho em saúde é tradicionalmente organizado de maneira extremamente fragmentada e verticalizada e conduzido sob a hegemonia biomédica, o saber legitimado sobre o corpo na modernidade.

Segundo Foucault (1979), dois movimentos concomitantes e inter-relacionados vão possibilitar a transformação dos hospitais em instituições médico-terapêuticas. Um é o da introdução de mecanismos de disciplinamento do espaço, das relações e das formas de organização da instituição que foram demandadas por questões econômicas; do preço atribuído ao indivíduo e à vida humana; da necessidade de evitar epidemias e sua propagação; e da transformação do saber e prática médicas.

E o segundo movimento é o da inclusão da medicina leiga no hospital eminentemente religioso, destacando-se por uma de suas estratégias centrais em seu processo de medicalização do hospital, a organização de um sistema de registro permanente e exaustivo do que acontecia naquele espaço, materializados na identificação dos doentes; no acúmulo e transmissão de informações,

exemplarmente, no prontuário do paciente; na obrigação de confrontar experiência e registro da evolução dos tratamentos, exitosos ou fracassados (FOUCAULT,1979, p.99-112).

O saber e a intervenção sobre o corpo é o foco de atuação das equipes no contexto hospitalar, seguindo o modelo médico. O corpo que emerge e se consolida nesse contexto, está também, sob o cuidado de enfermagem no hospital. As análises realizadas demonstram a competência do enfermeiro no domínio da linguagem clínica e na apreensão dos sinais e sintomas. A enfermagem ocupa os espaços de intervenção, demarcado por seu saber, no reconhecimento das hierarquias e *expertises* que delimitam e conformam o processo coletivo de produção de conhecimento e de intervenção sobre a doença e sobre o doente. É nessa complexa rede que se configura a instituição hospitalar contemporânea na qual se inserem os trabalhadores da saúde, em particular, os da enfermagem das unidades de emergência e no caso tratado, a UE do HCR.

O saber clínico conforma e informa um saber-fazer específico, caracterizado nesse espaço e nessas relações, como um saber da enfermagem, que é o cuidado, em suas múltiplas acepções e tendo seu objeto de trabalho desenhado no cotidiano hospitalar. (ARAÚJO, 2005)

Pela análise dos relatos dos encontros nas rodas de conversa com as equipes da enfermagem constata-se que os focos no processo de trabalho são as práticas médicas e aquelas que se desdobram ou que dão suporte a elas. As enfermeiras priorizam registrar as práticas sobre o corpo, primeiro e detalhadamente, as relacionadas aos seus procedimentos técnicos.

Esse modo de organização fragmentado e hierarquizado produz distanciamentos, pouca participação na gestão e no planejamento dos fluxos de trabalho, impactando as relações entre os trabalhadores e os usuários e dos gestores com ambos, dificultando a atuação em equipe e o lidar com as singularidades na atenção e no cuidado.

A gente tem muito pouca participação na organização dos fluxos de trabalho(S-HCR, 2010).

Isso eu acho que ainda está em processo. A gente devia ter uma reunião semanal. Na próxima reunião, eu acredito que as pessoas vão colocar algumas coisas (A-HCR, 2010).

Nas situações de trabalho, os sujeitos ocupam sempre uma posição singular, e se deparam com o prescrito a cumprir, e, também, com o que falha, com o que escapa no trabalhar. É frente aos impasses e interrogações provocadas pelo que escapa ao determinado, é que o trabalhador se mobiliza e experimenta ao mesmo tempo, sendo e não sendo dele o processo. A experiência do planejar, decidir, executar e avaliar mostra-se, então, singular e coletiva e se expressa na intersecção entre a subjetividade e a objetividade técnica nas atividades.

Pode-se falar então, concordando com Leplat e Hoc (1998, p.172) que:

uma situação de trabalho pode ser considerada como um sistema tarefa-sujeito. Analisar essa situação será analisar expressão dessa interação.

### 7.1.5 Gestão

A gestão dos Hospitais do GHC vincula-se às políticas de saúde do Estado, submetem-se ao seu tempo político, em consequência, acatam as mudanças de sua direção, conforme a política vigente. Os Hospitais têm estreita relação com o Ministério da Saúde, sendo hospitais federais, regidos pelos princípios do SUS.

Mudou a direção e os cargos diretivos que foram agregados interferiram na produção direto e isso acho que foi bem desgastante para a grande maioria das pessoas, porque interferiu direto com a prática. A gente está agora num momento bom, onde as gestões intermediárias, que são responsáveis pelas definições técnicas das entidades hospitalares, tão num cunho assim: eu quero essa política de saúde, mas eu quero botar qualidade, não quero só ter um honorário, não quero saber que eu atendo 15 mil por mês, eu quero *saber COMO* eu atendo 15 mil por mês. Então, é um cunho diferente. Quando tu trabalhas qualidade, tu tens que investir no processo, e investir no processo é investir em pessoas, então tu consegue esenrolar um processo de assistência melhor, porque? Porque essa pessoa aqui dá respaldo pra todo esse resto. Se o respaldo não tá aqui gerencialmente, daí tu não tens porque fazer (E-HCR, 2010). (Destaque da pesquisadora)

Cabe ressaltar que a gestão não está somente atrelada a mecanismos organizacionais. Está sujeito aos desejos, necessidades, interesses; aos processos de trabalho com seus saberes; ao poder e seus modos de estabelecer as relações, e às políticas públicas de coletivização dessas relações.

Barros e Fonseca (2004) constataram que a gestão dos processos de trabalho, mais que a efetivação das atividades de um cargo político, é o ponto de encontro entre os sujeitos trabalhadores e seu objeto de trabalho, colocados em relação de intercessão e de mútua interferência, não podendo ser considerados fora desta mesma relação.

Dessa forma, gestão não mais se identifica com o cargo de gestor, diretor ou coordenador, abrange, porém todo o processo coletivo de pensar, decidir, executar e avaliar o trabalho e é prerrogativa de qualquer trabalhador.

No caso da gestão em saúde, campo com características especiais e peculiares, distintas no mercado de consumo, exige um olhar diferenciado sobre as relações de trabalho que constituem a vida dos sujeitos.

A gestão em saúde historicamente está ligada apenas aos que projetam as normatizações do trabalho e distancia os trabalhadores e conseqüentemente, os desresponsabiliza da integralidade da atenção à saúde. Reflete a prevalência de métodos tradicionais de planejamento, condução do trabalho e tomadas de decisão, mesmo com a implementação das equipes colegiadas e colegiados gestores. Percebe-se que a estruturação desses colegiados é apenas, uma forma administrativo-burocrática, não correspondendo ao que se espera de tais dispositivos, enquanto espaços de compartilhamento do saber e do poder.

O grande desafio, então, não está em superar as hierarquias gerenciais, mas implementar um modelo de gestão cuja função seja exercida a partir de um conhecimento técnico, construídos na inter(ação) de regimes de conhecer, coletivamente, instituindo a co-gestão no decidir e trabalhar a indissociabilidade entre a atenção e gestão dos processos de trabalho.

A universalidade, um dos princípios do SUS, indica não apenas acesso aos serviços pelos usuários, também, indica sua condição de possibilidade para o trabalho participativo nos processos de planejamento e decisão pela criação de dispositivos necessários a co-gerir o trabalho.

Debates, disputas e conflitos de necessidades, desejos, interesses e compromissos diversos estão presentes no campo de trabalho, porém, a equidade só se alcançará no diálogo no contexto da realidade.

## 7.2 RELAÇÕES DE TRABALHO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR

### 7.2.1 Trabalhadores da Enfermagem e Usuários do Serviço

Relação complicada com os seres humanos...(T-HCR,2010).

Ficar no acolhimento é o pior lugar, de maior conflito. Eu saio com a cabeça cheia (R-HCR,2010).

O acolhimento, segundo os princípios do HumanizaSUS, requer que o serviço de saúde responsabilize-se integralmente pelo atendimento do usuário, da recepção à finalização do processo de cuidado, contrariando a lógica do encaminhamento instituída nas práticas anteriores de triagem. Isto implica ouvir a queixa inicial do usuário, permitindo que expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, que haja limites necessários para garantir atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessária.

Entre as mudanças na lógica do atendimento proposta pela política de humanização do SUS, está a classificação de risco, implementada nas portas de entrada dos serviços de emergência, realizada por profissional da saúde. Esta prática permite que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais, a ordem de chegada, medida burocrática (BRASIL, 2006).

Tem alguns tipos de casos que a gente não atende aqui né, e tu explicar isso pro paciente, pro familiar, é difícil, porque eles não entendem, eles querem ser atendidos aqui, eles não aceitam, então por mais que tu explicar uma vez, ele não entendeu, dai tu tenta explicar de novo e eles já começam a fazer uma gritaria porque eles dizem: "Ah, tu não queres me atender, mas eu quero ser atendido, porque eu tenho direito!" as aí fica difícil pra gente né, a gente fala várias vezes que o nosso procedimento é esse, então é complicado principalmente por esse fato, que as pessoas as vezes não entendem que é um hospital de urgência e que a gente não

trata, por exemplo, pessoas que caíram há um mês atrás e vem aqui agora entendeu? (L-HCR, 2010)

Há uma posição dos trabalhadores frente à mudança na lógica do atendimento, que, ao invés de atender às solicitações burocráticas, adota como princípio a atenção à vida. O que induz vários questionamentos:

- Qual é o olhar cuidadoso e empático dirigido a quem sofre, como critério de avaliação de risco?
- Como trabalhar tais critérios a partir de diretrizes humanizadoras num contexto burocrático?
- Como enfrentar a passagem desses modelos de atenção e gestão?
- É possível, para esses trabalhadores, atenderem situações limite que encontram na emergência e manterem-se preocupados com protocolos e dispositivos da atenção e gestão?

Abbês (2006) reforça esta dimensão sensível que a práxis de saúde solicita aos seus agentes ao afirmar que o acolhimento

funcionando como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (ABBÊS, 2006, p. 145).

Da análise construída com os trabalhadores da enfermagem da UE do HCR sobressai um posicionamento crítico do grupo em relação às mudanças no processo em seu ambiente de trabalho. Mesmo reconhecendo a radical qualificação que o novo espaço representa no desempenho de suas funções promotoras de saúde, há uma consciência coletiva de que apenas a transformação física do ambiente não garante a transformação do modelo de saúde vigente nesse equipamento. As falas registradas dos encontros coletivos apontam sinais dos pontos frágeis no modelo inovador nos quais é preciso incidir com desvirtuamentos, intencional e efetivamente.

A mudança de modelo implica, não só outra realidade ou resolutividade da rede, mas, outra atitude dos usuários e demanda por outra práxis dos trabalhadores. Esta solicitação exige desapego das formas conhecidas de cuidar, revisão dos

modos de fazer instituídos, correspondentes à demanda curativa, que segue, ainda, hegemônica entre usuários e trabalhadores.

Transformar, portanto, os processos de trabalho que preconizam o cuidar não é tarefa simples e individualizada. Desconforto e insatisfação sentidos sinalizam o posicionamento crítico de um grupo que se percebe em transição e se incomoda por ainda recorrer às velhas ferramentas de intervenção, centradas ainda no procedimento do pronto atendimento da doença.

Esta percepção gera um mal estar tanto em quem recebe o cuidado, quanto em quem cuida. A expressão de um trabalhador exemplifica sua realidade.

Assim lidar com o público, em geral, é complicado, porque todas as pessoas, inclusive nós, somos complicadas, entendeu? O ser humano é assim. Mas nós, na situação de necessidade de atendimento de um hospital assim, é mais complicado. Até tem uma proposta, não sei se vocês ouviram alguma coisa, que o paciente faria boletins que passariam para o assistente social, que faria o encaminhamento. O paciente aí melhora né, porque ele ia falar, ia aceitar melhor(...) é uma forma de aceitação né (R-HCR, 2010).

A descrição usual do processo de trabalho na UE é feita pela palavra “complicado”, repetidamente, pelo coletivo e com uso emblemático. O que primeiro se evidencia é que o próprio fazer do grupo é percebido como complicado/complexo. A equipe se reconhece estando “sempre em movimento”, sem poder parar, sem tempo para planejar-conversar, o fazer-se equipe, já que sua função é apagar os todos e diferentes “incêndios” que chegam.

Todo o fazer que escapa a esta cena cotidiana pelo imprevisto, pela quebra ou fora do *script*, provoca estranhamento nos trabalhadores. Quando o elemento surpresa, por exemplo, se apresenta incorporado ao caso clínico, os trabalhadores sabem como proceder rapidamente, definindo os caminhos e as soluções que devem ser executados para oferecer o atendimento específico. Entretanto, quando surge algo além desse repertório doente/atendente – doença/procedimento, por exemplo: um familiar angustiada, o próprio usuário atrapalhado, descompensado, os trabalhadores se sentem agredidos, violentados. Parte desse sofrimento vincula-se à insuficiência do suporte da rede do SUS, às carências de suporte da instituição e do próprio serviço e ainda, as peculiaridades de cada trabalhador.

Os paciente querem bater em ti, te xingam, e tu não podes falar nada pra eles, não podes revidar, e tu fica guardando aquilo, tu vai guardando aquilo, daqui a pouco eles te fazem a pergunta mais boba do mundo e tu pensa: mas só um pouquinho, tu tá brincado comigo! (A-HCR, 2010)

Esta fala é freqüente nos grupos e aponta que há uma relação difícil com os usuários e familiares. Sentem que não há confiança nem reconhecimento pelo trabalho que desenvolvem. Além do desgaste pessoal nessa situação, acrescenta-se relações tensionadas dentro das equipes, acirrando principalmente, a competição com o saber médico.

A cultura presente entre os trabalhadores, em muitos momentos, é pré-SUS, ainda centrada na lógica tecnicista em que o poder está centrado no saber especializado. Com as reformulações geradas pela alteração do modelo de gestão da saúde, o usuário-cidadão adquire o poder de participação e direito à informação que antes não compunha o repertório de trabalho dos cuidadores e gestores. Tal mudança aumenta o estranhamento e a sensação de perda entre muitos trabalhadores, que, muitas vezes, reagem com nostalgia, em relação ao modelo anterior, com desejos de resguardo corporativo; por exemplo: desejando o retorno dos vidros, separando-os dos usuários, a expectativa do respaldo superior, alguém ou sistema a garantir segurança.

Esta resistência é justificada, pois cai por terra as características antes previsíveis e esperadas quanto ao público que atendem com o avanço do controle social, representado pelo direito dos usuários e familiares, a quem não mais podem contar como pacientes, obedientes, submissos, ou, cooperativos.

O elemento surpresa não é mais exclusividade da assistência técnica, aquela que supostamente controlavam com um saber específico ou uma assessoria médica. Ele está em outro lugar e pede outra postura de todo aquele que integra o sistema de saúde que garante acesso universal e deve prestar atendimento integral.

A complexidade requerida na perspectiva de atenção proposta pelo SUS, o trabalhador tem que aprender na rotina e espera que novas regras de negociações sejam inventadas para enfrentarem as surpresas, porém, para que novas combinações surjam, torna-se imprescindível a convivência grupal, capaz de forjar a construção de um espaço coletivo de reflexão e avaliação do sentido das práticas de cuidado.

## 7.2.2 Trabalhadores da Enfermagem em Equipe com outras Categorias

A ação coletiva gera saúde no trabalho (G-HCR, 2010).

Apesar do reconhecimento da importância de se trabalhar em equipe, independentemente da área de atuação, o hábito recorrente dos trabalhadores da saúde reduzirem o usuário ao aspecto da fisiopatologia, da doença, acaba por dificultar a ação do trabalho interdisciplinar.

É fundamental, diante da amplitude do conceito de saúde, acolher o usuário em sua singularidade, sujeito de sua história e com vivências que se relacionam com seu processo saúde-doença. Por esta razão, é necessário que o cuidado seja realizado com olhares e fazeres das diferentes áreas do conhecimento e que atendam as aflições e diferentes demandas dos usuários, não prescritas nas referências bibliográficas nem na ordem/normatizações hospitalar.

Nesta perspectiva, é preciso abertura para o encontro dos saberes e fazeres. É importante a interdisciplinariedade promover a aproximação, o intercâmbio e a transversalidade de distintos campos do conhecimento relacionados à questão da saúde de saberes, pois, os fazeres fechados em si mesmos, em defesa de territórios disciplinares, serão ultrapassados. Nenhuma disciplina ou técnica compreende toda a dimensão do trabalho em saúde, ainda mais, considerando as condições objetivas materiais e seu objeto de trabalho multifacetado inscrito nas relações e produção da saúde/normalidade e doença/sufrimento humano.

(...) está se tentando novamente implantar rotinas, na nova emergência que todos os turnos mantenham a mesma rotina, porque é difícil também, em turnos as rotinas são diferentes, na verdade a rotina é igual, mas acaba que cada uma age de uma determinada maneira, e a questão da área médica é uma coisa assim já muito arraigada no grupo, muitos anos que ela, como culturalmente né, a soberania do médico! Então aquela coisa de interdisciplinaridade, de juntar todos os funcionários para que todos ajam em função do principal, que é o paciente, a enfermagem enxerga melhor isso, e o médico já tem uma visão diferente. Nos cursos de medicina, alguém me comentou que estão tentando dar uma ênfase nesse lado também, para o médico enxergar o todo, não ver só a perna quebrada (...)(S-HCR, 2010).

A especificidade de cada profissional conforme a fala do participante contribui para qualidade sinérgica da equipe, o que exige refletir sobre a importância de se escutar o outro no processo de trabalho.

O que se percebe, apesar do trabalho em saúde apresentar-se com equipes multiprofissionais nos equipamentos, é que ainda são caracterizadas pela justaposição de diferentes categorias/saberes, pela existência de hierarquias bem sedimentadas e rígidas, característico do modelo biomédico, mantendo a fragmentação do trabalho e dos olhares em relação à saúde.

Disputas de saberes e poderes entre as categorias de trabalho(A-HCR, 2010).

Esse fracionamento do cuidado se apresenta como um empecilho substancial para práticas de integralidade nos serviços, uma vez que a produção de relações que superem a fragmentação da relação com o outro é um ponto determinante para que tais práticas se efetivem (MATTOS, 2001, p.129).

Segundo Schwartz (2000), toda atividade de trabalho se realiza a partir de negociações entre normas que antecedem e as variabilidades presentes nas condições de sua efetivação, a realização da atividade diante das variabilidades que se apresentam exige produção de novos saberes, mas essa dimensão inventiva se apóia sobre um patrimônio coletivo, as normas antecedentes.

A atividade acontece na atualização das normas antecedentes, na renormatização do fazer, que é da ordem da gestão do singular, marca da dimensão histórica de todo fazer, e se baseia na transformação constante das situações de vida e de produção (SCHWATZ, 2004, p. 23).

As ações dos trabalhadores em equipe são construídas, não apenas pelos diferentes saberes, métodos e especificidades, também, por valores produzidos dentro e fora do trabalho, valores que perfazem a ética do cuidado.

Nietzsche (1998) afirma que a noção de valor é própria do processo criativo. O mundo é criado ao se lhe atribuir valores concretos. A concretude revela que se atribuí importâncias no momento em que se age. O valor aponta a tendência da ação, não a determina, não possui uma existência em si, ganha existência na ação. A essa concretude dada pelos valores não há uma experiência extrínseca a si mesma. Valores são a um só tempo aprendidos e (re)produzidos. São históricos.

Ao analisar as experiências de trabalho em equipe, relatadas, observa-se práticas de integralidade, mais ou menos desenvolvidas, sempre constituídas de um saber-fazer coletivo que enfrenta o cotidiano que se atualiza na experiência, conhecimento e ação na realidade.

Trabalho em equipe é fundamental para dar certo e não se estressar. Tem uma rotina que não consegue ser seguida porque(...) da nossa parte tudo bem, a gente até faz a nossa parte, mas é que falta o restante do grupo né (V-HCR,2010).

Descaso de algumas categorias profissionais, que furam o procedimento em equipe(R-HCR,2010).

Os médicos são superiores não se vêem como colegas, tudo é descontado na equipe da enfermagem(T-HCR,2010).

E sem contar que as vezes cada pessoa impõe uma rotina meio que diferente assim, porque(...) aconteceu há poucos dias: a gente decidiu que na sala vermelha só se atende titular. E aí a gente fez os procedimentos, a gente chamou os titulares, e teve gente que chegou já dizendo que não era assim, que já tinha falado milhões de vezes... então a gente fica sabe? Assim...? então cada médico tem uma rotina diferente, então tu tens que adivinhar quem é o médico que está de plantão e tu tens que fazer assim porque ele gosta assim, é diferente com cada médico, então isso acaba estressando porque(...)( S-HCR,2010).

### **7.2.3 Trabalhadores da Enfermagem e as políticas públicas - SUS**

**Saúde: direito de todos.**

O SUS é outro vetor que condiciona as relações dos trabalhadores pela conjuntura que estabelece e normatiza institucionalmente.

O SUS tem conseguido superar obstáculos importantes em seu processo de implantação. Mesmo em tempos de políticas de redução do Estado e de desfinanciamento dos setores sociais, os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, os programas de saúde chegaram a praticamente todos os municípios do país e, com dificuldades, recentemente se conseguiu assegurar recursos mínimos para o setor. Além disso, hoje em dia, há um sistema descentralizado que conta com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem instâncias de pactuação e controle social.

Apesar dos 20 anos de sua implantação ainda se identificam trabalhadores e usuários sem o devido entendimento do que é a perspectiva ampliada do conceito da saúde, visto que se mantém alta prevalência da procura pelo modelo assistencial curativo.

Cabe destacar que o subsistema privado reforça junto aos profissionais da saúde e à sociedade, valores que o SUS pretende desconstruir. O direito à saúde é traduzido pelo direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, por existir uma supervalorização das especialidades, dos procedimentos e da incorporação de tecnologia a qualquer preço. A oferta de serviços diferenciados, de acordo com o poder de compra da pessoa ou do segmento populacional é considerada normal. Persiste a supervalorização do trabalho do médico em detrimento do trabalho dos demais profissionais de saúde, e também, a centralidade do hospital enquanto instância articuladora do sistema, por ser o serviço que concentra equipamentos e tecnologia duras (SANTOS, 2004).

Além disso, em seu processo de constituição, o SUS herdou um conjunto de equipamentos: hospitais, ambulatórios e unidades básicas que funcionavam em estreita relação com os serviços privados conveniados por meio da compra de serviços, por exemplo: de internação, laboratoriais e de diagnóstico. Todas essas unidades e serviços operavam com os conceitos hegemônicos de saúde e de organização do trabalho em saúde, e, majoritariamente, assim continuam operando.

As teorias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico ainda são, portanto, predominantes na sociedade. São eles que formam as expectativas dos usuários, que orientam a formação dos profissionais de saúde e conformam a mentalidade / atuação dos trabalhadores do SUS e os interesses que representam, interferem, extensa e intensamente, a possibilidade de consolidação do SUS.

O que eu noto, e que pra mim também era uma coisa que era difícil de entender, é a questão do SUS assim, o que é esse SUS, o que é isso, o que implica isso no dia a dia do meu trabalho? para mim o SUS era uma coisa que estava lá adiante, lá no ministério da saúde, dentro do prédio do ministério, aquilo era o SUS(T-HCR, 2010).

O SUS era aquilo que paga as faturas hospitalares, o SUS é aquilo(...) sabe, era uma coisa bem formal, administrativa, pra mim o SUS não era aquilo que se faz, eu não entendia aquele princípio lá, aqui no que eu faço. Aí eu comecei a ver de uma maneira diferente essa atenção a saúde e alguma coisas também que acontece, e quando tu consegue identificar

aquilo aqui no que tu faz, tu traz isso pra dentro da tua prática, daí tu consegues ver o princípio aquele que tu faz e sempre fez(...) aquela coisa da integralidade que o GHC faz muito bem. "O GHC só atende SUS e as pessoas não conseguem decodificar o que significa isso, as pessoas não conseguem juntar a prática com a teoria. Porque eles pensam assim que a teoria, a coisa lá da academia é de um jeito, e a tua operação não vai ser parecida com a academia, mas não, o grande barato é juntar isso tudo! E eles tem dificuldade de juntar esses dois volumes(S-HCR, 2010).

O pessoal tem muita dúvida em relação a isso, e isso não foi trabalhado, as pessoas não são trabalhadas sobre o SUS. O pessoal que entra aqui no conceiçãõ, não sabe. Eles tiveram uma aula ou duas falando do SUS e deu, mas não é a mesma coisa. Então a gente tem que prepará-los pra viver essa realidade. Porque eles tem que saber o que eles vão enfrentar, eles tem que defender essa bandeira. Mas isso aí eu acho que é uma questão mais de organização, porque agora ainda está tudo numa forma muito empírica(A-HCR, 2010).

Pela expressão do coletivo de trabalhadores da saúde detecta-se o paradoxo. O SUS vem sendo implementado desde o início dos anos 90 e até agora não influenciou, de modo efetivo e significativo, as práticas dos trabalhadores. Pelo menos, no coletivo da UE do HCR não há esse entendimento de que o trabalho da saúde está projetado na lógica de política pública e que, para além dos procedimentos técnicos, preconiza a interlocução com aspectos relacionais na produção de saúde.

É necessário considerar que as mudanças desejadas e incluídas no processo de trabalho em saúde qualificam a organização e a prestação de serviços, à medida em que modificam as formas tradicionais do exercício das funções, papéis, responsabilidades, desempenho, e principalmente, a forma de interação com usuários. Em decorrência, fazem novas exigências aos trabalhadores, significando, portanto (re)adequações dos processos e condições de trabalho e sobretudo, aporte de novos conhecimentos, habilidades, métodos de atuação em equipe. Configura-se portanto, grandes dificuldades/desafios no âmbito da gestão e atenção da saúde e nos processos e relações cotidianos.

Esse paradoxo contribui para o estranhamento dos trabalhadores em relação à política pública. Esta só será implementada, cada vez mais, com a participação dos trabalhadores e usuários e muitas vezes é a própria gestão que limita ou inviabiliza na prática, o exercício efetivo da condição de sujeitos no processo de trabalho. Restringidos, os trabalhadores, pela insuficiência de mecanismos

participativos de avaliação, planejamento e decisão, pouco conhecimento é gerado; pouca governabilidade das equipes em relação às metas e indicadores é exercida nos modos que norteiam o próprio trabalho. Conta-se ainda menos, com o entendimento real e participação efetiva dos usuários.

Milton Santos (2004) defende que a tendência do espaço e da cultura é a de sempre reproduzir o mesmo, uma tendência de replicar o já instituído. O espaço/cultura resiste às mudanças, e, que estas, quando ocorrem, são lentas e demoram a produzir uma ruptura significativa. Desta forma, precisa-se trabalhar para que as rupturas com o instituído ocorram e gerem mudanças no perfil cultural de acordo com o que se almeja.

Qual o melhor caminho para se construir a integralidade: a rede hierarquizada com a atenção básica, definida como porta de entrada a priori ou, a rede com arranjo variável em que se pode entrar por qualquer ponto, ser acolhido e incluído nas ações de acompanhamento, a depender das necessidades de saúde (CECÍLIO, 2001, p.2-3).

Qual a melhor maneira de assegurar a integralidade dos mecanismos de referência e contrarreferência, (historicamente propostos e pouco concretizados; ou a constituição mais flexível de equipes de apoio matricial e de mecanismos de educação permanente em saúde de acordo com as necessidades dos trabalhadores? (CALDAS & ELLER, 2003)

Vale marcar esta posição importante, quando se trata do trabalho em saúde: o SUS não se refere apenas ao trabalho dos profissionais de saúde, mas a todo um esforço coletivo, envolvendo a participação de múltiplos agentes sociais que contribuem para a melhoria das condições de vida e de saúde de indivíduos e populações. Portanto, é preciso agir, forçar passagem ao novo modelo através de múltiplas ações, envolvendo os diferentes atores sociais.

Existem, portanto, contradições entre os princípios propostos pelo SUS e a maneira de operar dos próprios atores constitutivos do sistema. Essas contradições precisam ser identificadas, debatidas e superadas. Ainda que previsíveis, esperadas, se não enfrentadas, seguirão legitimando o modelo instituído.

É assim também no que diz respeito à articulação das políticas e à construção da integralidade da atenção ao usuário. Tradicionalmente, o Ministério e as Secretarias de Saúde trabalharam com as políticas de saúde de modo fragmentado: gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância e cada uma delas

dividida em tantas áreas técnicas quantos fossem os campos de saber especializado (SANTOS, 2004).

Os trabalhadores ainda são considerados “caixas vazias”, que devem ser orientados pelos programas que estabelecem e padronizam ações ou pelas capacitações e manuais normativos. Todos os meios referidos distribuem orientações programáticas aos trabalhadores e através deles, espera-se normalizar para ordenar o seu trabalho, no caso do SUS, em direção a práticas inovadoras de saúde (CAMPOS, 1997).

A centralização dos processos políticos e a fragmentação do trabalho levam os profissionais ao sofrimento, ao desinteresse, à alienação e à desresponsabilização em relação aos resultados finais. Se no campo da produção, em geral, essa maneira de operar a organização do trabalho traz problemas, em saúde, a prática é mais complicada e os resultados, medíocres, e, no caso do SUS, mais grave ainda, pois é impossível transformar práticas com esse tipo de condução política e técnica (CAMPOS, 1997; MERHY, 2002).

### 7.3 IMPACTOS DO TRABALHO NA SAÚDE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

#### 7.3.1 Estratégias Defensivas

O principal objeto de interpretação da psicodinâmica do trabalho é a identificação das estratégias defensivas pelas quais os sujeitos tentam reconfigurar a realidade que lhes escapa. A intersecção entre prazer e sofrimento é mediada por defesas coletivas que mantêm um acordo entre o real e o prescrito da organização do trabalho.

Dejours (1999) apesar de utilizar a psicanálise na construção de sua teoria, fez a diferenciação entre estratégias coletivas de defesa e mecanismos de defesa. Segundo o autor, no campo da clínica do trabalho, existem defesas construídas e sustentadas pelos trabalhadores, coletivamente, além dos já elencados mecanismos clássicos da psicanálise.

Tais estruturas são denominadas de estratégias coletivas de defesa por serem especificamente marcadas pelas exigências do trabalho, ao contrário das doenças mentais que não são específicas deste campo.

Dejours (1987) salienta que, para os trabalhadores darem conta do prescrito, corresponderem às expectativas da organização e não adoecerem, utilizam estratégias de enfrentamento contra o sofrimento, dentre elas: conformismo, individualismo, negação de perigo, agressividade, passividade. De acordo com o autor, a utilização dessas estratégias de defesa propicia proteção contra o sofrimento e a manutenção do possível equilíbrio psíquico no enfrentamento e na eufemização das situações causadoras do sofrimento.

A enfermagem são os olhos e as mãos de todos os profissionais pela ênfase do fazer e da execução do cuidado.(A-HCR,2010).

É, eu identifico como uma coisa de arte sabe, tu transitar nesse limiar, entre uma proteção, mas também tu oferecer alguma coisa pra uma outra pessoa, e alguns pacientes falam assim pra gente: "ai gurias, como vocês atendem legal aqui!" O paciente sente isso refletido nele sabe, porque não é aquela coisa dura, aquela coisa mecânica, ele sente que flui energia naquela prática (D-HCR,2010).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) consideram as estratégias defensivas, na sua maioria, coletivas. Esses autores definem as estratégias como mecanismos pelos quais o trabalhador busca modificar, transformar e minimizar a percepção da realidade que o faz sofrer. Apontam os autores que, a diferença entre um mecanismo de defesa individual e um coletivo está no fato de que o primeiro permanece sem a presença física do objeto, pois se encontra internalizado, ao passo que o segundo depende da presença de condições externas e se sustenta no consenso de um grupo específico de trabalhadores.

Ao estudar também as defesas e com base nos resultados de diversas pesquisas, Jayet (1994) estabelece categorias de signos indicadores da utilização de estratégias defensivas nas situações de trabalho, os quais devem ser pesquisados na intensidade com que emergem no contexto que envolve o sofrimento, a organização, condições e relações do trabalho. Esses signos isoladamente podem não parecer uma defesa, sendo, por isso, necessária a contextualização do seu surgimento.

Dentre os principais signos apontados pela autora, destacam-se o investimento desproporcional no espaço privado da família e atividades extra-profissionais; a permanente necessidade de se tranquilizar, evitar conflitos e se reconfortar; a negação da realidade; o ativismo, havendo engajamento múltiplos, evitando-se tomar consciência de determinada situação desagradável; o presenteísmo, caracterizado pela presença excessiva no local de trabalho fora do horário regular; a forte coesão das equipes, transformando o agir em uma ideologia; o individualismo, quando realiza tarefas autônomas no próprio grupo, promovendo rupturas no grupo e dispersão das formas de convivência e competição excessiva.

Por mais que a gente tente sair daqui(...) Eu ainda tenho meu noivo que também trabalha na área da saúde, então em casa acaba se tornando sempre hospital(...) A maioria das nossas conversas são sobre hospital, então a gente não consegue se desprender totalmente(D-HCR, 2010).

Quem se envolve mais, cuida melhor(A-HCR,2010).

A relação afetiva dos trabalhadores da saúde com seu objeto de trabalho é caracterizado pela ambivalência: investem afeto em algo, na maioria das vezes fugaz e sem retorno, a morte e a doença. Investir afeto neste objeto de trabalho é, portanto, muitas vezes, fator de sofrimento. É necessário lançar mão de mecanismos defensivos para poder lidar com a carga psíquica do trabalho quando afeto e trabalho se se distanciam. Esse distanciamento também está associado, segundo Dejours (1994) à organização do trabalho, autoritária, rígida e parcelizante, que, considerando as atribuições do trabalho no hospital, pode potencializar ainda mais as práticas defensivas.

A não vinculação com o usuário oferece um alívio ao trabalhador, pois concentra-se no procedimento e não se envolve com sua história, sua tragédia, enfim, defende-se da vinculação afetiva.

As vezes é necessário ter uma carapaça, pois nesse trabalho se varia entre a fragilidade e a dureza, por isso vivemos no limiar da loucura(A-HCR, 2010).

Não vinculação com os pacientes e sua história (D-HCR,2010).

Não se tem como se proteger de tudo(F-HCR, 2010).

É que depende do caso que tu atende né(...) às vezes a gente atende muitos paciente mas ninguém choca tanto, e às vezes chega um caso bem diferente, acidente de trânsito ou alguma coisa que envolveu muitas coisas, e aí aquela situação te choca sabe? Porque às vezes é um paciente que

estava caminhando na rua, foi atropelado e chega aqui com um TCE muito grave e acabam falecendo, daí eu pelo menos fico pensando que isso poderia ter acontecido comigo né, porque tu tá caminhando na rua bem tranquilo (...) tu ouve situações assim que a gente não espera né (L-HCR, 2010).

Estas defesas, quando colocadas em ação, manifestam-se pelo distanciamento e não, pelo envolvimento. São disparadas pelo sofrimento em relação ao cuidado do outro, que ao mesmo tempo gratifica pelo paradoxo do próprio cuidado. Os trabalhadores se defendem do que os faz sofrer, mas se defendem do seu próprio sofrimento em relação à sua fragilidade. Desinvestem a si próprios na mesma medida em que desinvestem o outro. Cuidar da fragilidade do outro pode ser uma forma de se reconhecer forte. Assim sendo, num movimento ambivalente, o trabalho é gratificante e também faz sofrer.

O usuário está naquela situação porque ele tem um problema na cabeça, então é bem complicado, porque a gente não está naquela situação, aí com o tempo tu acabas ficando meio que com uma viseira assim, não tem mais aquela coisa tipo: ai, ele está precisando(...) A gente não tem mais tanta compaixão quanto no começo, isso que eu venho notando (P-HCR, 2010).

Para os fenômenos de desvalorização da vida e de banalização da dor e sofrimento alheios é interessante destacar: a fragmentação do relacionamento enfermeiro/paciente expressos em muitas de suas práticas e atitudes. Cada enfermeiro realiza apenas algumas tarefas sobre o conjunto de pacientes, evitando entrar em contato com a integralidade do paciente; a despersonalização ou negação das diferenças individuais ao referir aos pacientes, não pelos nomes, mas pelos números dos leitos ou nomes das doenças ou, até, pelos órgãos doentes; a resistência à mudança, a falta de clareza nas definições organizacionais quanto à distribuição de responsabilidades quando a estrutura formal e o sistema de papéis na organização não definem, de modo suficientemente claro, quem é responsável pelo quê e por quem. Aqueles que se deparam com este problema sobre a indefinição da atribuição da responsabilidade psíquica inevitavelmente emerge deste quadro.

Tu administra tecnicamente a morte aqui dos pacientes no trabalho, eu tive perdas na família, que eu administrei tecnicamente, como se fosse no trabalho. E aí eu pergunto aonde vai aquela coisa do luto, da dor do sofrimento, que as pessoas tem? Aí que eu não sinto sabe? Mas é que tu

está tão engessado, tu bloqueia com tanta eficiência e com tanta naturalidade, que eu não sei pra onde que a gente manda aquilo tudo. Em algum lugar isso tem que ficar, mas eu prefiro nem descobrir aonde! (T-HCR, 2010)

Outro fator importante a considerar e analisar é a cooperação no trabalho em saúde. Aparece em muitas falas a referência ao trabalho em equipe como possibilidade de amenizar o sofrimento.

Cooperação? Há necessidade do trabalho em equipe(E-HCR,2010).

Ação coletiva gera saúde(A-HCR,2010).

Segundo Lancman e Sznelwar (2004), a cooperação supõe concordância com as regras de trabalho comuns ao conjunto dos agentes, e mais, que sejam reunidas as condições que permitam essas regras ascenderem a uma efetividade social. Para chegar à cooperação, a partir das regras, existe uma sequência: regras de trabalho; visibilidade da prática do trabalho; confiança; cooperação. Esta sequência representa as condições sociais e comunicacionais da cooperação. Não dependem apenas do desejo de cooperar.

As condições psicoafetivas de cooperar, o “desejo de jogar”, usando uma expressão de Ricoeur, não estão dadas e passam pela contrapartida da retribuição, do reconhecimento. O desejo de jogar dos trabalhadores expressam o desejo de reconhecimento. Em troca do sofrimento, do esforço, da engenhosidade, do engajamento no trabalho coletivo, os trabalhadores esperam o reconhecimento, no sentido duplo da palavra: reconhecimento pelo que fazem, o inverso da negação da realidade, e a gratidão por todos aqueles com quem se relaciona.

As estratégias coletivas de defesa têm um impacto no funcionamento singular e também um efeito na constituição e funcionamento do coletivo, tendo um papel essencial na própria estruturação dos coletivos de trabalho, na sua coesão e sua estabilização.

É, claro! Porque quando é bom o trabalho, eu falo que é bom, mas quando é ruim, eu tenho que falar também! A gente tem que cuidar até, porque às vezes, a gente valoriza, mas não expressa, e essa expressão, é uma coisa tua, é uma barreira que tu tens que vencer, a gente aqui cria problemas de afetividade, não de bloquear, mas de emprestar, e isso aí reflete no trabalho a mesma coisa!(E-HCR,2010)

Não tem como negar a natureza deste tipo de trabalho, mas há possibilidades de promover ações que contribuam para a melhoria de suas condições e organização do trabalho, a fim de permitir ao trabalhador o exercício da criatividade e a prática do diálogo, transformando o sofrimento patogênico em sofrimento criativo, objetivando o prazer.

Há um tempo atrás nós nos programávamos de sair seguidamente assim, de sair do plantão e ir em algum lugar, nem que fosse pra sentar, tomar um chopp, e às vezes a gente fazia até doze horas e saía daqui além do cansaço físico com o psicológico também bem abalado, nós nos olhávamos e ficávamos: será que a gente vai, não vai(...) mas enfim, se a gente já ficou doze horas vamos né, afinal de contas é só mais um pouquinho(...) e é incrível, se tu sai daqui e não vai direto pra casa, se tu vai pra algum lugar pra conversar, pra se distrair um pouco, como tu te sentes melhor! Se não tu acaba indo pra casa e te tortura mais(...) Quando a gente sai a gente se distrai porque aí até tu ir pra casa(...) uma vez a gente até comentou que a gente vai no shopping, senta conversa, vê pessoas que estão ali passeando, curtindo a vida, tu te distrai, e quando nós voltamos pro carro a gente reparou que estava uma noite linda, e aí a gente sai leve sabe? Até chegar em casa e ver as pessoas, tua família e tudo, tu já está leve né. É diferente de tu sair daqui e ir carregada sabe? Ir direto pra casa(L-HCR, 2010).

Os trabalhadores referiram, de forma significativa nos encontros, à necessidade de conversar, de distrair, de destensionar em outros ambientes, por exemplo, o de lazer. É importante rever as questões que permeiam o relacionamento interpessoal da equipe neste contexto, tendo em vista, os problemas que emergem das circunstâncias e das peculiaridades do ambiente e repercutem nos trabalhadores. Tais problemas evidenciam ainda, o nível de ansiedade e tensão, provocado sobretudo pela elevada responsabilidade que a enfermagem enfrenta em seu cotidiano profissional na UE.

Neste sentido, entende-se que o lazer tem papel fundamental enquanto meio alternativo para o relaxamento e alívio dos problemas originados no contexto e no cotidiano. O desenvolvimento de atividades de lazer é relevante no favorecimento da comunicação entre os trabalhadores, em seu relacionamento interpessoal, e também, no alívio das tensões, visando pois, a promoção da saúde do trabalhador e do ambiente profissional, em questão.

Em contraposição ao trabalho, o lazer favorece consideravelmente, o nível de saúde integral e, sobretudo, mental das pessoas, canalizando as energias

comprometidas pelas tensões para aspectos saudáveis, aliviando a fadiga exaustiva e o estresse provocados pelas condições desfavoráveis do contexto das pessoas em geral (DUMAZEDIER, 1979; BUENO, 1981).

Foram analisados, até então, os modos de adaptação defensiva ao sofrimento, ocasionado pelo encontro do sujeito com a organização do trabalho. São procedimentos específicos que representam “regras de trabalho”, produzidas pelo coletivo de trabalho, e que não estão de acordo com a organização do trabalho oficial, conduzem à elaboração de princípios reguladores para a ação e para gestão das dificuldades ordinárias e extraordinárias do cotidiano de trabalho.

Os processos psíquicos mobilizados pelos sujeitos na invenção, inovação, criatividade, ajustamentos, bricolagens podem ser ligados a uma forma específica de inteligência. Segundo Dejours (1994), trata-se de uma inteligência que tem raiz no corpo, nas percepções e na intuição sensível: inteligência do corpo, em constante ruptura com as normas e regras. A inteligência astuciosa que está no coração do próprio ofício funciona sempre em relação a uma regulamentação e é subvertida pelas necessidades do trabalho e para atender aos objetivos com procedimentos mais eficazes, ao invés de utilizar estritamente os modos operatórios prescritos.

A psicodinâmica do trabalho refere sobre as formas fundamentais dessa inteligência astuciosa em atividade que se situa no próprio sofrimento, do qual ela é um dos resultados com a diferença que leva não apenas a atenuar o sofrimento, mas a atingir, como contrapartida de seu exercício, o prazer.

É bem difícil, se tu tiveres um pouquinho de empatia né, e trocar de lugar com ele tu te dá conta que é horrível tu chegar no hospital e descobrir que não é ali. E às vezes chega um pessoal que tu vê assim que está precisando e aí tu dizer que não, não é aqui, tu tens que ir pra outro lugar e tal(...) Cada caso é um caso né então(...) Eu já tive acolhimento que chegou um caso que o avô caiu já fazia alguns dias e a pessoa quando cai de costas e tal ela pode ter fraturas de vértebras e eu estava vendo que ela não conseguia ficar de pé, só que ela falou pra minha colega que já fazia mais de setenta e duas horas, daí, eu já estava quase entrando pro plantão, e eu disse: “Faz o seguinte: dá uma voltinha com ela na rua, volta aqui pelas sete e vinte e diz que tu caiu hoje!” e pronto. Ela fez isso e foi atendida, que também é uma estratégia, às vezes a gente tem que fazer isso, e é ruim porque tu tá ali na frente, os paciente querem bater em ti, te xingam, e tu não podes falar nada pra eles, não podes revidar, e tu fica guardando aquilo, tu vai guardando aquilo, daqui a pouco eles te fazem a pergunta mais boba do mundo e tu pensa: mas só um pouquinho, tu tá brincado comigo! (A-HCR, 2010)

As considerações sobre as regras defensivas e as regras de ofício levam a considerar a noção de sofrimento como um conceito possuidor de uma fonte empírica e dinâmica e uma consistência teórica e metapsicológica. Podendo distinguir os dois tipos de sofrimento: o criador e o patogênico.

O desafio, na prática, para psicodinâmica, é definir ações suscetíveis de modificar o destino do sofrimento e favorecer sua transformação e não sua eliminação. Quando o sofrimento pode ser transformado pela criatividade, ele contribui para a identidade, aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática.

Ele até poderia sair daquela sala, mas a visão daquilo ficou né, então(...) era bem complicado assim, a gente via que os pacientes se chocam né, às vezes chega um ali morrendo, já tem um outro ali no respirador, ou em óbito, então é complicado! Pra gente já é ruim, então pra quem não lida com isso, eu acredito que seja muito traumatizante! Até porque, a gente que lida, quando a gente está do outro lado, quando tu está acostumado a lidar como todo o tipo de situação de stress assim, de saúde, e tu passa a ser paciente, é diferente (S-HCR, 2010).

### **7.3.2 Prazer e/ou Sofrimento**

Para Dejours(1999b, p.16) o sofrimento é uma realidade e “a única possibilidade, para nós, é transformar esse sofrimento: não podemos eliminá-lo”.

Ainda em relação ao sofrimento, entende Dejours (1999, p.32) que

se o sofrimento é reconhecido como engenhosidade, a pessoa pode repatriá-lo para o registro da construção de sua identidade. Se os esforços e contribuições individuais não são reconhecidos pelos outros, o sofrimento é experimentado como absurdo, torna-se sem sentido porque não pôde ser transformado, não pôde ser subvertido. Nessa situação, o sujeito é condenado à repetição, à crise de identidade e à doença.

A dinâmica do prazer/sofrimento é o ponto de investigação da psicodinâmica do trabalho. É através desta díade que se revelam as negociações possíveis entre os sujeitos e a realidade, as formas de vivenciar o prazer e o sofrimento e sua compreensão é fundamental para a produção de saúde nos locais de trabalho.

Os trabalhadores apontam a diferença e o impacto do trabalho na unidade de emergência, tendo sentidos diferentes dos outros espaços do hospital, e em consequência, produzindo diferentes afetos.

É diferente, eu trabalhava em outro hospital, e trabalhava nos andares, e é totalmente diferente, porque no andar já chegas e tu já sabes certinho o que tu vais fazer durante o teu dia, tu planejas o teu dia, mas na emergência não, assim como pode estar tranquilo agora, daqui a pouco tá um tumulto lá na frente...(S-HCR,2010)

Exige atenção constante, agilidade, dinamismo, adrenalina pura (T-HCR, 2010).

Os trabalhadores da UE do HCR manifestam de diferentes formas seu sofrimento, gerado ou agravado pelo trabalho na porta de entrada da unidade. Alguns parecem ter consciência desse sofrimento ou, pelo menos, referem a alguns problemas de saúde ou ao estresse, atribuindo suas causas, às condições de trabalho e aos problemas enfrentados. Outros revelam seu sofrimento pela demanda, explícita ou implícita, por cuidado e por escuta.

O sofrimento é sempre e antes de tudo, um sofrimento do corpo engajado no mundo e nas relações com os outros. Não pode haver sofrimento sem carne (...) o conceito de sofrimento pertence à ordem do singular; o sofrimento coletivo é inconcebível, já que não existe corpo coletivo. (DEJOURS,1999, p.19)

Para o autor, o sofrimento sempre permanecerá individual e único, ainda que se observem, do ponto de vista clínico, estratégias coletivas de defesa contra o sofrimento, fundadas na cooperação entre os sujeitos.

É possível estender esta compreensão para o trabalho em saúde. Não só o prazer, a dor e o sofrimento cuja condição de processos individuais/singulares é evidente, também, a vida e a morte para além de suas manifestações biológicas, ambas passíveis de observação no coletivo, serão sempre, em última instância, experienciadas de modo particular, singular, único.

Quando abordadas as questões de saúde e trabalho nos coletivos, os trabalhadores falam do impacto das atividades e das formas de organização do trabalho no corpo, gerando dores, sofrimento e sobrecarga psíquica.

Dor nas costas, lombalgia, isso todo mundo aqui tem! Tu tá trabalhando, vem toda a carga, toda a pressão e tu vai acumulando aquilo né, tu fica que nem tartaruga, com aquele peso acumulando ali atrás! É bem complicado(...) eu to fazendo uma terapia faz uns dois, três anos já. Faço massoterapia, e é lá que eu alivio minhas tensões, porque tu faz a massagem e tu fica leve, e ainda por cima tu conversa, então tu descarrega tudo mesmo( M-HCR, 2010)

As equipes de enfermagem confrontam-se com a ameaça e a realidade do sofrimento e da morte como poucos profissionais. Seu trabalho envolve a execução de tarefas que, pelos padrões comuns, são repulsivas, desgastantes e atemorizantes.

O objeto de trabalho em saúde pode favorecer tanto a alienação, a apatia e a heteronomia, no sentido dado por Enriquez (1994), quanto autonomia, criatividade e capacidade de formulação de projetos solidários, flexibilizando, conseqüentemente, os limites postos à cooperação, à solidariedade e ao cuidado com a vida nos serviços públicos de saúde. Como sugere Menzies (1970), estratégias defensivas entre os profissionais de saúde, são postas em movimento para lidar com a impotência face à dor, ao sofrimento e morte alheios e na dificuldade de enfrentarem seu próprio desamparo, dores, sofrimentos, angústias, morte.

Alguns pacientes lembram histórias familiares de cada um de nós(B-HCR, 2010).

Para isto, no entanto, é preciso que o sujeito possa ver no outro, espelhada, sua própria precariedade, sua própria insuficiência, aponta Birman (2000). Neste sentido, uma importante questão de investigação é saber se o trabalho em saúde e seu objeto, por lançarem o sujeito face a face à dor, a morte, a fragilidade, o desamparo, mobiliza à prática da fraternidade, apesar de todos os mecanismos defensivos e dos processos sociais mais amplos de violência e banalização do sofrimento alheio.

Vale a pena fazer a diferença, porque nunca se sabe as situações que poderão enfrentar um dia (E-HCR, 2010).

Os trabalhadores dos hospitais de emergência sofrem, cronicamente, tal qual outros funcionários públicos, com o descrédito da sociedade em relação à qualidade de seu trabalho, dedicação e, até mesmo, sua honestidade. Tal avaliação é o resultado de uma série de desacumulações historicamente produzidas na relação entre Estado e Sociedade, no exercício do poder público e no modo de funcionamento da máquina estatal.

No entanto, entre todos os serviços públicos, os da saúde, talvez sejam os que concentrem as maiores críticas da sociedade e, dentre esses, os serviços de emergência, encabeçam a lista de descontentamentos.

A rede se fecha pro usuário. Por políticas e muitos motivos, mas daí afunila e o que está de porta aberta? A emergência. Então a emergência acaba sendo o acesso, então o cara chega, tu diz que não é ali daí ele se rebela, sabe te agride, e daí que surgem as polêmicas, porque ele quer entrar pro sistema, só que essa não é a porta pra ele. E é complicado! Se a rede fosse uma rede mais permeável, quem sabe facilitasse pra gente. Ia facilitar a saúde de todo mundo, do usuário e dos trabalhadores da saúde porque ia evitar conflitos. A crítica que tem surgido é essa, a dificuldade de encaminhamentos. Dificuldade de relação, de atendimento, aceitação (...)  
(S-HCR,2010)

O sofrimento inicia quando o arranjo entre a atividade e a organização do trabalho não é possível. A energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão, e em muitos casos, há um transbordamento para o corpo, desencadeando perturbações que produzem fadiga, mesmo que ela resulte de uma carga psíquica excessiva com tradução psicossomática.

O desgaste, a enxaqueca, gastrite e diarreia fazem parte do quadro psicossomático que enfrenta quem está na linha de frente (E-HCR,2010).

Eu acho que LER(...) as costas é o que mais judia (...) a gente tem que fazer tantas coisas que a gente não consegue fazer a coisa mais correta pra nós. As vezes chega um paciente que a gente tem que fazer um malabarismo pra tirar do carro, tem que pegar do jeito certo pra não machucar mais o paciente, então tu acaba te machucando pra não machucar o teu paciente (H-HCR,2010).

Quanto à relação entre prazer/sofrimento, o que faz os trabalhadores continuarem nesse trabalho? E, como produzem saúde?

A resposta pode estar na dialética entre esses dois pontos, expressos nos relatos a seguir, em que o prazer da atividade realizada está presente mas nem por isso está descartado o sofrimento. E, o sofrimento pode andar lado a lado com o prazer?

O trabalho é bom, emocionante, sempre tem coisas novas, desafios, aprende-se a improvisar(P- HCR, 2010).

O trabalho é estressante, complicado, mas mesmo assim se gosta de tudo isso(F-HCR,2010).

Exige atenção constante, agilidade, dinamismo, adrenalina pura(R-HCR, 2010).

Da psicopatologia do trabalho numa reviravolta epistemológica para a psicodinâmica do trabalho, há uma diferença no foco de interpretação e intervenção. A primeira está relacionada às questões das doenças mentais. Porém, se em geral, os trabalhadores não se tornam doentes mentais no trabalho, a segunda, vai considerar a normalidade como um enigma e questionar: como esses trabalhadores fazem para resistirem às pressões psíquicas do trabalho e para conjurarem a descompensação e a loucura?

Na redefinição do objeto de pesquisa, para a psicopatologia do trabalho, a questão do sofrimento, do sofrimento no trabalho é compatível com a normalidade e salvaguarda do equilíbrio psíquico e implica uma série de procedimentos de regulação (DEJOURS,1994, p.127).

O sofrimento é concebido como a vivência subjetiva intermediária entre doença mental descompensada e o conforto ou bem estar psíquico. Se a doença mental é fácil de definir, o bem-estar ou boa saúde mental é mais difícil de compreender. Esta dificuldade, analisada sistematicamente, conduz, com o tempo, à proposta de uma nova concepção de normalidade/saúde (DEJOURS,1994, p.127).

Na dimensão da dinâmica do sofrimento, o mesmo implicará, sobretudo, um estado de luta contra as forças vinculadas à organização do trabalho que o empurram em direção à doença mental. Além da contradição relativa ao patológico e ao não patológico, há uma segunda contradição no domínio da psicopatologia que é a doença mental. Esta só tem sentido no indivíduo. O sofrimento e o prazer pertencem ao domínio privado, porém, o trabalho é de natureza social, recruta indivíduos de um meio social e é ampliado sobre o funcionamento coletivo.

A psicodinâmica do trabalho mostrou que os trabalhadores em grupo eram capazes de reconstruir a lógica das pressões do trabalho que os fazem sofrer e também, os fazem construir estratégias defensivas coletivamente construídas para lutar contra os efeitos desestabilizadores e patogênicos.

Para mim, acho que são os processos de trabalho. Porque é uma coisa que não depende única e exclusivamente de uma pessoa e sim do grupo,

e, muitas vezes, ficam furos. Ou por minha vez, ou pela vez do colega, ou pela administração, sempre deixa furo (...) e isso aí a gente já cansou de dar stress por causa disso. E agora com nova rotina, a gente tem livro de ocorrência, então é um monte de coisa (L-HCR,2010).

Em relação ao sofrimento, há um deles que corresponde diretamente à organização do trabalho e exerce uma ação específica sobre os trabalhadores cujo impacto se faz sentir no aparelho psíquico. Refere-se à carga psíquica do trabalho inversamente à carga física aumentada com o subemprego de aptidões psíquicas o que promove retenção de energia pulsional. Neste sentido, o trabalho torna-se perigoso e fonte de sofrimento ao se opor à livre atividade do trabalhador e à descarga de energia pulsional acumulada.

Em certas condições, o resultado da relação do homem com o trabalho é o sofrimento devido ao choque entre a personalidade do sujeito, o seu projeto individual e a prescrição imposta pela organização do trabalho que não considera a sua subjetividade.

Não há uma solução geral para diminuir a carga psíquica de sofrimento no trabalho. Mas sabe-se que, para transformar um trabalho em objeto de produção de saúde, precisa-se flexibilizar a organização do trabalho, de modo a deixar maior liberdade ao trabalhador para rearranjar seu modo de produção e para reencontrar os gestos capazes de lhe fornecer prazer. O próprio sofrimento torna-se potência de novos modos de criação-invenção de estratégias e saídas para as situações que levam ao adoecimento.

Vivemos no limiar da loucura (B-HCR,2010).

O adoecimento acontece quando tu guarda tudo, engole e não pára para pensar (C-HCR,2010).

A saúde é então, a possibilidade de inventar e experimentar ações de uma maneira diferente, ainda que o adoecimento seja também uma forma de se agir no mundo. Se um corpo fica doente muito tempo é porque não está conseguindo funcionar de uma maneira diferente, o que pode levar à doença, à morte. A saúde, por outro lado, é essa força que todo ser vivo possui para inventar outras formas de funcionamento e de relação consigo mesmo e com o mundo.

Nessa perspectiva, outras formas de funcionamento em relação ao sofrimento e ao prazer no trabalho, acompanhou o diálogo entre pesquisadora e trabalhadores. Constatou-se a presença do enigma: a normalidade, dando sentido à prática, gestos, atitudes que são capazes de expandir ou diminuir a carga psíquica geradora de mais sofrimento.

Eu acho que isso é que é o bom da coisa, porque pelo menos a gente não se adapta muito à rotina, isso a emergência te oferece, ela não te dá uma rotina, ela te dá experiências, a cada dia uma coisa nova, só que também eu acho que a emergência é o ponto mais estressante de trabalho dentro do hospital. A gente está na linha de frente, onde a família vem questionar, chegam ali gritando, berrando, querendo invadir, o paciente com TCE que chega agitado, confuso, te agride(...) e tudo tu tens que entender que ele está naquela situação ali, que ele tem um trauma (E-HCR,2010).

Falta apoio para a equipe de enfermagem, muita cobrança das chefias, não gostam de ver ninguém parado (A-HCR,2010).

Se a relação do homem com a organização das atividades é favorável, o trabalho também pode ser fonte de prazer e satisfação. Para que o trabalhador sinta prazer no trabalho é necessário que as exigências correspondam às suas necessidades ou que possam expressar sua subjetividade, participando da escolha do ritmo de trabalho e modificando sua organização de acordo com a própria vontade. É sempre necessário levar em consideração que trabalhar não é apenas efetuar atividades produtivas, engloba também, a convivência e a subjetividade.

Mas, e diante do enigma? O trabalho da enfermagem em unidades críticas não envolve apenas sofrimento. A possibilidade de aliviar a dor e o sofrimento dos usuários e a possibilidade de salvar vidas humanas podem ser fontes de conforto e satisfação que contribuem para o equilíbrio psíquico dos trabalhadores.

O bom é que funciona, não se fica na angústia, se vê o resultado, tem resolutividade (A-HCR.2010).

As vezes se sai moída mas com prazer, quando se realiza o trabalho com cooperação em equipe se tem capacidade de enfrentar o problema e de ver os resultados (F-HCR,2010).

A ação coletiva gera saúde no trabalho (R-HCR,2010).

O prazer no trabalho advém principalmente do fato dos profissionais poderem assistir diretamente os usuários, prestando cuidados, evolução clínica. A grande

satisfação sentida pelos profissionais em poderem ajudar os usuários revelam fontes de realização e de prazer no trabalho o sentimento de utilidade e a capacidade para resolver alguns problemas dos usuários. Pode-se considerar que a maior fonte de satisfação no trabalho do profissional de saúde, em particular do enfermeiro, em unidade de emergência concentra-se no fato de que as suas intervenções auxiliam a manutenção da vida humana.

As situações de urgência e emergência apresentam-se como bastante desafiadoras proporcionando realização plena quando terminam com êxito. Trabalhar arduamente para obter sucesso nas manobras de ressuscitação numa parada cardíaca ou reverter um choque anafilático é considerado algo extraordinário, incrível sendo motivo de regozijo, prazer e satisfação no trabalho.

Há possibilidade de resgate e apropriação dos processos de trabalho através de discussões sobre a organização do trabalho em saúde. Considerar os diferentes sentidos, os múltiplos significados da produção de saúde, da dor, do sofrimento, da vida e da morte para os diferentes sujeitos é uma das condições mais importantes para o enfrentamento dessa realidade. Essa prática abre caminho para o desenvolvimento entre os sujeitos da percepção do outro enquanto diferente e ao mesmo tempo, semelhante, porque também, portador de múltiplos sentidos da vida e da morte.

O problema é que aqui, às vezes, como a emergência é uma área fechada, porém é aberta, a gente fica aqui num plantão de doze horas, tu sai de casa de noite e quando volta pra casa também tá de noite, então tu sai pra rua e só vê noite! Então às vezes é barra pesada! No inverno é brabo! Tu sair estressada e tu sai com a sensação que não fez nada e que não teve tempo nem pra ti!(S-HCR,2010)

E na hora que chega um paciente grave, tu não lembra de ti, tu te preocupa com ele(T-HCR,2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse em realizar a pesquisa no campo da saúde pública, mais precisamente, sobre o trabalho da enfermagem em um hospital de trauma, foi engendrado em minha trajetória de trabalho em saúde do trabalhador e pelo envolvimento na experiência de consultora da Política Nacional de Humanização/MS. As vivências, enquanto trabalhadora na área, ampliaram o entendimento sobre o conceito de saúde e os modos de sua efetivação nos ambientes de trabalho e redimensionaram questionamentos.

A experiência vivida como trabalhadora, suscitou o desejo de pesquisar este campo de atuação, adotando porém, uma metodologia que pudesse ser utilizada como dispositivo de intervenção nos coletivos de trabalho. A compreensão realista da concepção de saúde nas situações de trabalho e nas relações decorrentes, em conjunto com os trabalhadores do SUS, otimizou a construção da demanda da pesquisa em mútuo entendimento de que o diálogo sobre os processos de trabalho, desvendam situações desgastantes ou desafiadoras aos trabalhadores.

A investigação, pois, dos modos de produção de saúde a partir da análise da dinâmica prazer/sofrimento, experimentados pela enfermagem da UE do HCR foi construída junto aos trabalhadores. Mostrou-se relevante pelo fato, de que ainda não tinham realizado trabalho similar pela metodologia da psicodinâmica do trabalho, e mais importante ainda, com o foco na saúde e não na doença, na normalidade e não na loucura, nos processos e menos nas prescrições.

Durante todo o período de investigação considerou-se então a saúde, não restrita à ausência de doença, mas a possibilidade de criação de estratégias para lidar com as situações que produzem incômodo, dor, insatisfação e adoecimento. A pessoa doente imobiliza-se diante de obstáculos, se torna impossibilitada para criar outras normas de funcionamento, quando poderia, efetivamente, experimentar uma vida mais saudável. Ainda que haja situações adoecedoras em que o sujeitos se percebem mais fortes e potentes para continuarem vivendo. Também, se pode afirmar que doença e/ou saúde é um estado do indivíduo, porém, as situações vividas referentes tanto às formas como estes se relacionam entre si e com os ambientes de trabalho quanto à forma como se organizam para produzir, são

produções coletivas. Tais situações são fundamentais e importantes para se pensar a produção de saúde pelos trabalhadores.

O trabalho, de uma maneira geral, é constituído pelo constante diálogo entre as prescrições e a atualização e/ou criação de novas formas de trabalhar. O desafio é evitar a polarização entre ambas, pois, prescrição e experiência relacionam a objetividade técnica e as questões subjetivas. Atuar somente por um desses polos, já se mostrou ao longo da história, prejudicial à saúde dos trabalhadores.

As questões que foram dando contorno ao trabalho, pautaram-se na relação de trabalho na saúde e seus impactos nos trabalhadores e as possibilidades de transformar o sofrimento, inerente à condição humana frente às adversidades, em prazer e conseqüentemente, saúde.

Ao incidir sobre essas questões, a metodologia remete à implicação de todos os envolvidos, pesquisadora e trabalhadores com uma prática política, subsidiada pela normativa pública vigente que afeta a produção de vida, demarcando sua especificidade, priorizando sujeitos-atores e valorizando os processos coletivos. Essas práticas alteram o *status quo* em saúde em contraste ao individualismo e à competição instituídos, geradores de disputas. A modificação da lógica permite que os sujeitos assumam seu protagonismo por direito e prerrogativa na construção de redes de cuidados e gestão compartilhados.

O trabalhador é impelido incessantemente a criar e produzir novos conhecimentos e formas para que o trabalho se efetive no mundo de variabilidades, construídas historicamente, questionando as normas antecedentes da organização do trabalho, quase sempre antagônicas à reapropriação da produção do trabalho por seus atores-chave.

Nesse sentido, na área de saúde essas variabilidades são visíveis, uma vez que, além das diferenças dos trabalhadores entre si, há diferenças entre eles pelas profissões, entre os locais de trabalho, entre as formas de contratação, e ainda o trabalho da UE que é marcado pelo contato direto com os usuários do serviço, sempre distintos, por não haver um usuário padrão. Todos os envolvidos, trabalhadores e usuários possuem histórias singulares de vida, demandas e queixas específicas, valores e crenças diferentes.

Entendendo-se saúde como a capacidade de lidar com as variabilidades do meio e criar novas normas de vida, pode-se afirmar que, quando o trabalho limita essas capacidades, as condições de adoecer são maiores. Ao se investigar e analisar a relação entre trabalho-saúde/doença, cenário organizacional - relações de trabalho / estratégias defensivas, ficam configurados os modos do funcionamento dinâmico entre prazer/sofrimento.

Os meios pelos quais a psicodinâmica do trabalho possibilitou o encontro dos sujeitos, trabalhadores da UE do HCR foram fundamentais para cartografar a partir das falas dos participantes nos encontros coletivos, o que caracterizava a expressão do seu trabalho, desde a escolha profissional feita aos modos de produzirem saúde.

O cotidiano das equipes de enfermagem foi acompanhado sob a perspectiva da vivência, de como realmente é, e não como deveria ser seu trabalho, contemplando fatores que estão na gênese do desgaste e do prazer no trabalho em uma unidade de emergência hospitalar.

O diálogo da pesquisadora e os trabalhadores com o campo/objeto de investigação foi sustentado pelos referenciais de diferentes autores que pesquisam sobre a relação entre trabalho e saúde mental, na lógica do prazer/sofrimento, considerando-a no contexto de saúde pública, envolvendo a integralidade da atenção pelas práticas de cuidado, o enfrentamento da realidade do hospital, os processos de trabalho, enfim, referenciais que redimensionam a problemática através da perspectiva ética e política do fazer em saúde e suas repercussões no trabalhador.

Em alguns relatos tem-se a expressão paradoxal sobre percepção da atividade quando os participantes afirmam que “é sofrida, desgastante”, ou reagem: “saímos pesados, mas ao mesmo tempo é bom, adrenalina pura, desafiadora e resolutiva”. Há um enigma? Se há, em parte pode ser decifrado à medida que se entende sofrimento não como categoria patológica, mas, como estado de luta do sujeito para manter sua saúde mental. O conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico suscita estratégias defensivas para lidar com o impasse desencadeado.

Observou-se na falas algumas dessas estratégias adotadas recorrentemente para lidar no limiar saúde/doença e/ou como aliviar o sofrimento. Estas dizem respeito a vários mecanismos, um deles é a tentativa de não vinculação afetiva com o usuário, apostando mais na objetividade técnica do trabalho do que nos aspectos subjetivos, afastando-se de tudo que possa mobilizar outros modos de cuidar. Administra-se tecnicamente o cuidado de si e dos outros, o que também não é menos sofrido, pois relatam um certo endurecimento frente as adversidades. Outro mecanismo adotado refere-se à tentativa de criar espaços fora do hospital para minimizar a carga psíquica do trabalho. Também lançam mão da busca de cooperação no trabalho.

O desejo de produzir conhecimento e desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão em saúde não se esgotariam numa experiência de pesquisa-intervenção em uma única edição, seria pretensão idealizada por todos, porém, oportunizou-se um espaço requerido de tal forma, que os próprios participantes manifestaram a intenção de dar continuidade a esse espaço de fala, reflexão e criação de um outro protagonismo. Senão por tudo, aprendido, por isto fêz-se relevante a experiência.

Este estudo sintetiza parte de um processo inicial de pesquisa-intervenção da problemática tratada, porque não se esgota nesse exercício; fica para os trabalhadores, gestores e pesquisadores a continuidade dessa intervenção por outras variáveis não incluídas aqui; reforça-se também, a ausência de afirmações conclusivas finais por não ser possível, por não haver na realidade mesma; também, frisa-se que não era intenção inicial buscar respostas a perguntas feitas à priori, no sentido de causa-efeito, mas compreender as interseções objetivas e intersubjetivas; desde a proposição sabia-se que o campo/objeto de pesquisa era/é, caracteristicamente dinâmico, de relações com alterações contínuas de diferentes naturezas e nuances e mais, que hoje, o conceito de saúde não mais se restringe a um espaço institucional para sua produção, mas se amplia no conjunto de acessos as todas as políticas públicas referentes à qualificação da vida dos sujeitos-cidadãos.

O objetivo geral de compreender os processos que ocorrem na produção de saúde, em particular, pelos trabalhadores da enfermagem numa UE de um hospital

público em relação à dinâmica prazer/sofrimento e a construção coletiva de estratégias defensivas, por essas considerações pontua-se seu alcance.

## REFERÊNCIAS

- ABBÊS, C. **Modos de intervir: de quando a formação se faz potência de produção de coletivo.** IN: PINHEIRO, R., BARROS, M. E., MATTOS,, R.A. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade; valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.
- ACURCIO, F. A. **Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil.** Minas Gerais, 1998
- ANTUNES, R. **Palestra Ministrada em Seminário de Saúde Mental e Trabalho.** São Paulo, 2008.
- ARAÚJO, L. F. S., **Processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da(o) enfermeira(o) nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar: a Unidade de Terapia Intensiva** [doutorado]. Ribeirão Preto (SP):USP/EERP/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental; 2005.
- ARENDT, H. **A condição humana.** IN: JOVCHELOVITCH, S. **Trabalho e sofrimento psíquico.** dissertação de mestrado PUCRS, Porto Alegre: 1990. p.23
- AYRES, J.R.C.M. **Cuidado e humanização das práticas de saúde.** IN: PINHEIRO, R., BARROS, M.E., MATTOS, R.A. (org.) **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: Valores, saberes e práticas.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.
- BARROS, E. **Política de Saúde no Brasil: A universalização tardia como possibilidade de construção do novo.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p5-17,1996.
- BARROS, R., Grupo: **A Afirmação de um simulacro.** Porto Alegre: Sulina/Ed.UFRGS,2007
- BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- BIRMAN, J. **Arquivos do mal estar e da resistência.** Ed. 2006.
- Dor e Sofrimento num Mundo sem Mediação.** Rio de Janeiro: Estados Gerais da Psicanálise, II Encontro Mundial. Disponível em: [http://www.estadosgerais.org/mundial\\_rj/download/5c\\_Birman\\_02230503\\_port.pdf](http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf)  
Consulta em 01/09/2003
- BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevistas e grupos.** IN: HELOANI e CAPITÃO. **Saúde mental e psicologia do trabalho.** São Paulo em perspectiva, 17(2), 2003.

- BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do Humano - compaixão pela Terra**. Ed. ,1999.
- BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. (2004). **A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), p.213-223.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª edição, Brasília, 2007
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do sus: histórias da reforma sanitária e do processo participativo /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil) ISBN 85-334-1238-X.
- CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA JR, M.; TONON, L. M. Cadernos de saúde. **Planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. Cap.2, p.11-26.
- CAMPOS, G.W. **A saúde pública e a defesa da vida**. Ed. Hucitec, 1991
- CAMPOS, G.W. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 229 p. 2000.
- CECCIM, R. **Notas sobre uma nova estética e o singular estado da arte**, curso de doutorado em psicologia clínica, PUC/SP,1994.
- CECÍLIO, L. C. O. **Modelos tecnoassistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v 13, n3, 1997.
- CODO, W. **Sofrimento Psíquico nas Organizações**. Rio de Janeiro. Vozes, 1995.
- CUNHA, J.P. & CUNHA, R. E. **Sistema Único de Saúde – SUS: Princípios**. IN: DEJOURS, Christophe. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2007a.
- \_\_\_\_\_. Addendum. Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. In: LANCMAN, S. e SZNELWAR, L.I. Christophe Dejours - **Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. Rio de Janeiro : Ed. Fiocruz, Brasília : Paralelo, 2004
- \_\_\_\_\_. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

\_\_\_\_\_**Por um novo conceito de saúde.** Revista de Saúde Ocupacional. Nº 54, vol 14, abril, maio, junho, 1986.

\_\_\_\_\_; ABDOUCHELI, E.; JAYET,C. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho.** São Paulo: Atlas, 2007b.

\_\_\_\_\_ e MOLINIER, P. **O trabalho como enigma.** In: LANCMAN, S. e SZNELWAR, L.I. Christophe Dejours - **Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho.** Rio de Janeiro : Ed. Fiocruz, Brasília : Paralelo, 2004, p.127-139.

\_\_\_\_\_; LAPIS, N. **A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da Psicodinâmica do Trabalho e da Sociologia do Trabalho.** Psicologia & Sociedade. 19 (1): 61-68; jan/abr. 2007.

DESLANDES, S. Texto Apresentado em Seminário “**A Humanização do SUS em debate**”, Vitória/ES, 2008.

\_\_\_\_\_. **Violência no cotidiano dos serviços de emergências: representações, práticas, interações e desafios.** [Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

DIAS, E.C. **Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil.** In: JACQUES,M.G.,CODO,W.(org). **Saúde Mental e Trabalho.** Petrópolis:Vozes, 2002,cap.7.

DUMAZEDIER.,BUENO. In: PEREIRA, M.E., BUENO,S., **Lazer - um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em uti: uma concepção da equipe de enfermagem,** Revista Latino Americana de Enfermagem, vol.5, n4, Ribeirão Preto/SP, 1997.

ENRIQUEZ, E. **Instituições, Poder e “Desconhecimento”.** In: Araújo, José Newton Garcia & Carreteiro, Teresa Cristina (orgs). **Cenários Sociais e Abordagem Clínica.** São Paulo: Escuta/Belo Horizonte: Fumec, 2001.

\_\_\_\_\_ **Vida Psíquica e Organização.** In: Motta, P. & Freitas, M.E. (orgs.) **Vida Psíquica e Organização.** São Paulo: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2000.

\_\_\_\_\_ **A Organização em Análise.** Petrópolis: Vozes. 1997a.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital.** IN: machado, R. (org). **Microfísica do poder,** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREUD, S. **O mal-estar da civilização**. In: TITTONI, Jaqueline. **Subjetividade e Trabalho**. Porto Alegre, Ortiz, 1994. p.7

GOMES, A. **Emergência: planejamento e organização da unidade. Assistência de enfermagem**. IN: ALMEIDA, J. S., PIRES, D. E. P., **O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento**. Revista eletrônica de Enfermagem - Internet. 2007; 9(3):617-29. <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). Disponível em: [www.ghc.com.br](http://www.ghc.com.br). Pesquisado em 04.10.2008

HARVEY, D. **A condição pós-moderna – Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**, São Paulo: Loyola, 1993.

HELOANI, J.R. e CAPITÃO, C.G. **Saúde mental e psicologia do trabalho**, São Paulo em Perspectiva, 17(2), 2003.

JACQUES, M.G., CODO, W. (org) **Saúde Mental e Trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2002.

LEITE, J.E.T, **Nós quem cara pálida?: a razão depois de Taylor**. IN: DAVEL & VASCONCELLOS (Org). **Recursos” Humanos e Subjetividade**. Petrópolis, Vozes, 1996. P97.

LEMOES, J.C., CRUZ, R.M., BOTOMÉ, A.B. **Sofrimento psíquico e trabalho de profissionais de enfermagem** estud. psicol. natal. vol.7, no.2 .2002.

LEPLAT, J., HOC, J.M. **Tâche et activité dans l' analyse psychologie des situations, cahiers de psychologie cognitive**. IN : OSORIO E SILVA, C. **As ações de saúde do trabalhador como dispositivo de intervenção nas relações de trabalho**. Psicologia e Saúde : desafios às políticas públicas no Brasil, Vitória/ES, Edufes, 2007.

MARX, K. **Manuscritos econômico – filosóficos de 1844**. IN: TITTONI, Jaqueline. **Subjetividade e Trabalho**. Porto Alegre, Ortiz, 1944. P22

MENDES, J. M. & OLIVEIRA, P. A. B. **Óbitos relacionados com o trabalho entre moradores de Porto Alegre/RS**. Porto Alegre, 1995 (relatório de Pesquisa, UFRGS/FAPERGS).

MENZIES, I. **O Funcionamento das Organizações como Sistemas Sociais de Defesa contra a Ansiedade**. mimeo (Traduzido e adaptado por Arakcy Martins Rodrigues, de Menzies, I. The Functioning of Organizations as Social Systems of Defense against Anxiety. Londres: Tavistok Institute of Human Relations), 1970.

MERHY, E. **Texto A Clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias.** 2008. [http://www.aben-df.com.br/CD/arquivos/palestrantes/emerson\\_merhy.doc](http://www.aben-df.com.br/CD/arquivos/palestrantes/emerson_merhy.doc)

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Ed. Hucitec. 2002.

\_\_\_\_\_. **Saúde. Cartografia do trabalho vivo.** IN: PINHEIRO, R., BARROS, M.E., MATTOS, R.A. (org.) **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: Valores, saberes e práticas.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

MERLO, A. R. C. **A Informática no Brasil: prazer e sofrimento no trabalho.** Porto Alegre: Ed. Universidade UFRGS, 1999.

MERLO, A. R. C., MENDES, A. M. B. **Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: Teoria, Pesquisa e Ação.** Cadernos de psicologia social do trabalho, vol.12, n2, 2009.

MYNAIO, M.C.S. **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80.** In: JACQUES, M.G., CODO, W. (org) **Saúde Mental e Trabalho.** Petrópolis: Vozes, 2002.

NAZÁRIO, N. **Fragmentos de uma construção do assistir em situação de emergência.** Florianópolis: Insular, 1999.

NIETZSCHE, F. **Nietzsche contra Wagner – Um problema para música: Dossiê de um Psicólogo,** Companhia das Letras, 1999.

OSÓRIO da SILVA, C. **Vida de Hospital: a produção de uma metodologia para desenvolvimento da saúde do profissional de saúde.** Rio de Janeiro, 2002. Tese. (Doutorado em saúde do trabalhador e Ecologia Humana) – Centro de estudos da Saúde do trabalhador Ecologia Humana- escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

PASCHE, D. **A Humanização do SUS em debate,** Documento Seminário de Vitória/ES, 2008, p.2.

PASSOS, E. ; BENEVIDES, R. (org.) **Textos/Cartilhas: Formação de apoiadores para a PNH da gestão e atenção à saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 2v.

PAULON, S. M., **A análise de implicação como ferramenta na pesquisa intervenção.** Psicologia & Sociedade, 17 (3), 2005.

PINHEIRO, R., BARROS, M.E., MATTOS, R.A. (org.) **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: Valores, saberes e práticas.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**, 2 edição. São Paulo:hucitec,1999.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. IN: SÁ, M. C. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência**. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Psicologia, São Paulo, 2005.

ROCHA, S.M. ; ALMEIDA, M.C. **O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade**, rev. latino-am. enfermagem. Ribeirão Preto. vol.8, no.6. 2000.

SÁ, M. C. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência**. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Psicologia, São Paulo, 2005.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica, razão e emoção**. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2004

SCHRAIBER, L. **Medicina Tecnologia e Prática Profissional Contemporânea: novos desafios, outros dilemas**. IN: SÁ, M. C. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência**. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Psicologia, São Paulo, 2005.

SELIGMANN-SILVA, E. **DESGASTE MENTAL NO TRABALHO DOMINADO**. SÃO PAULO: CORTEZ, 1994.

SCHWARTZ, Y. **Trabalho e gestão : níveis, critérios, instâncias**. IN : BARROS, M.E.; SANTOS,S.; **Trabalhador da Saúde Muito Prazer!**, Rio Grande do Sul: UNIJUI, 2007

TITTONI ,J. **SUBJETIVIDADE E TRABALHO**. PORTO ALEGRE. ORTIZ, 1994.