

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

**DA PRESCRIÇÃO À CRIAÇÃO:
INTELIGÊNCIA PRÁTICA, PRODUÇÃO DE CUIDADO E
INVISIBILIDADE NO TRABALHO DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM
EM ONCOLOGIA**

MARIA LIANA GESTEIRA FONSECA

ORIENTADORA: Prof. Dra. MARILENE DE CASTILHO SÁ

**Tese apresentada à ENPS/FIOCRUZ como
requisito parcial à obtenção do grau de
doutor em Saúde Pública.**

Rio de Janeiro

Março/2014

“Da prescrição à criação: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia”

por

Maria Liana Gesteira Fonseca

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marilene de Castilho Sá

Rio de Janeiro, março de 2014.

Esta tese, intitulada

“Da prescrição à criação: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia”

apresentada por

Maria Liana Gesteira Fonseca

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecilio

Prof. Dr. João Batista de Oliveira Ferreira

Prof.^a Dr.^a Jussara Cruz de Brito

Prof.^a Dr.^a Simone Santos Silva Oliveira

Prof.^a Dr.^a Marilene de Castilho Sá – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 27 de março de 2014.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

F676 Fonseca, Maria Liana Gesteira

Da prescrição à criação: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia. / Maria Liana Gesteira Fonseca. -- 2014.

251 f.

Orientador: Sá, Marília de Castilho

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Trabalho. 2. Psicodinâmica do Trabalho. 3. Enfermagem Oncológica. 4. Psicologia do Trabalho. 5. Cuidados de Enfermagem. I. Título.

CDD – 22.ed. – 610.73

Autorizo a reprodução integral ou parcial deste material, desde citada a fonte, para fins de estudo ou pesquisa.

Dedico esta tese a todos os trabalhadores que participaram da pesquisa e aqueles que a tornaram possível. Estendo essa dedicatória a todos que trabalham na assistência direta ao paciente oncológico. Se há algo presente no cotidiano do serviço de atenção oncológica que justifique a ideia de excelência – e que está sempre vinculado a seu oposto, o que há de humano, imperfeito e inacabado - esse algo passa pelo suor e pela emoção dos operadores do cuidado.

“O Vosso tanque, general, é um carro forte
Derruba uma floresta, esmaga cem homens
Mas tem um defeito: precisa de um motorista

O Vosso bombardeio, general, é poderoso:
Voa mais depressa que a tempestade
E transporta mais carga que um elefante
Mas tem um defeito: precisa de um piloto

O homem, meu general, é muito útil,
Sabe voar e sabe matar
Mas tem um defeito:
Sabe pensar”

Bertold Brecht

AGRADECIMENTOS

Gratidão, em primeiro lugar, à minha orientadora, Marilene de Castilho Sá, não somente pelo investimento na orientação e pelo carinho, mas o principalmente por não ter me deixado trancar o doutorado quando fui convocada, por concurso público, para trabalhar no INCA, no final do primeiro ano de doutorado, em janeiro de 2011. Sem esse gesto de imensa generosidade, generosidade daqueles que não tem medo de confiar e de amar, essa tese não existiria.

À todos os trabalhadores que fizeram parte do campo de pesquisa, pela participação, pelas ricas conversas, nos momentos formais e informais. Conviver com vocês contribuiu para que eu pudesse descobrir outros ângulos pelos quais posso enxergar a vida.

À Carlos Camilo Alves e Andréa Oliveira, cujo apoio foi fundamental para que a pesquisa acontecesse.

À Girlene Benjamin e Tábata Moura pela confiança na pesquisa, pelo apoio em todas as suas formas. As contribuições e o investimento de vocês foram fundamentais para realizar o campo de pesquisa.

Ao meu filho Gabriel, pela compreensão, pelas horas roubadas de sua atenção, pelo seu bom humor, por sua torcida, suas piadas e suas perguntas de quase todos os dias: “Mãe, quantas páginas?”; “Mãe, falta quanto?”

A Alex Gertner, meu primo, por ter corrigido meu abstract prontamente, com generosidade.

Ao meu companheiro João pela parceria, pela compreensão, pela torcida, pelo incentivo e pela leitura de alguns capítulos.

À minha mãe, Rachel, pelo apoio, pela compreensão e pelo amor de sempre. Sua força e torcida me foi muito importante!

À meu pai, por me incentivar a fazer o doutorado desde o término do mestrado e por se repetir sem cessar: “*Você tem que dar atenção ao seu doutorado, minha filha!*”.

À Sandra Conti por toda ajuda e todo apoio nesse momento, fundamental para conseguir terminar a tese!

À Conceição, cujo cuidado com meu filho, comigo e com minha casa foram fundamentais, se não totalmente indispensáveis, para que esta tese existisse.

À Lilian Miranda pela escuta, amizade, sugestões, longas conversas e pela sensibilidade.

À Marilene Cabral do Nascimento por me incentivar nas empreitadas acadêmicas desde o mestrado, pelas conversas, pela escuta e pela amizade preciosa.

À Luciana Ponte pelo apoio, pela amizade inestimável, pela leitura do oitavo capítulo, pelos diálogos e por ensinar o cuidado nas relações que trava com o trabalho, com os amigos e com o mundo.

À Suely Rozenfeld pela amizade, apoio e torcida: é muito bom ter amigos de infância acompanhando nossa trajetória.

À Marcos Teixeira de Souza, amigo raro, que, além de me incentivar, de me escutar e de ser uma pessoa generosa com todos os colegas de trabalho, sem distinção, ainda pediu para ler a tese para me ajudar com a correção.

À Ângela Freitas, pela amizade, pelo incentivo e apoio e por acreditar na pesquisa e no meu trabalho.

À Rosilene Souza Gomes por ter lido o oitavo capítulo, pela amizade, longas conversas, escutas e parceria.

À Keila Moraes pela amizade preciosa que se aprofundou ao longo da pesquisa, pelas conversas, trocas e parceria.

À Monica Pinheiro por nossos almoços, conversas e pelo apoio.

À Célia Azevedo, pela amizade, pelo apoio e por ter me incentivado a ir no Congresso de Psicodinâmica do Trabalho em Gramado, em outubro de 2013, essa viagem foi muito importante pra mim e para meu trabalho.

À Bernardo Suprani pelas boas conversas e pelos textos de Dejours que me enviou depois do Congresso.

Aos novos amigos no Inca, companheiros de esperança, Raquel Pavan, Fábio Batalha, Alessandra Evangelista, Ana Paula e Raquel Amorim: muito agradecida pelo apoio carinhoso e amizade.

À Camila Allievi, Janaína Barros, Ana Paula Rodrigues, Nanci, Adriana Pereira, Márcia Lima, Georgina Simião, Fernando Souza, Marisa, Adriana Cândido Pires, Fabiana, Márcio Ferrão, por me transmitirem sensação de acolhimento e amizade no cotidiano.

À Nelson Virla pelas boas conversas sobre a enfermagem.

À Marne Simão e Flavia Conte pelo apoio e por acreditarem no meu trabalho.

À Ilse Pietz por ter sido generosa e solidária com meu momento de pesquisa e pela sugestão que eu fizesse as entrevistas individuais na sala de atendimento da Disat no hospital: sem essa sugestão teria sido muito mais difícil realizar as entrevistas individuais.

A minha chefia da Divisão de Saúde do Trabalhador, Dra. Laura Campello e seu substituto, Alexandre Cunha, por terem deixado que minha pesquisa se transformasse em um processo de trabalho. Sem essa permissão, o trabalho de campo não teria acontecido e essa tese não estaria aqui.

Aos colegas da Divisão de Saúde do Trabalhador pela compreensão e respeito de meu investimento afetivo na pesquisa.

À Alessandra Pereira por ter me enviado sua dissertação sobre o Inca e ter me recebido para uma conversa esclarecedora, que me ajudou no processo de compreensão da instituição.

A Mary Yale por ter lido e discutido o projeto de pesquisa comigo de forma generosa e desprendida, dando suas contribuições depois da qualificação.

Aos professores Luis Carlos de Oliveira Cecílio, Teresa Cristina Carreiro, Jussara de Brito e Simone Oliveira por aceitarem fazer parte da banca. À Jussara e Teresa por terem também participado da qualificação do projeto de pesquisa.

Ao professor João Batista Ferreira por aceitar, de forma generosa, participar da banca prontamente.

A Marcelo Varela por toda ajuda com a formatação

À Vida, por me proporcionar aprender e crescer com esse trabalho.

Fonseca, M.L.G. **Da Prescrição à Criação: Inteligência Prática, Produção de Cuidado e Invisibilidade no Trabalho de uma Equipe de Enfermagem em Oncologia.** Rio de Janeiro, 2014. 264 f. Tese. [Doutorado em Saúde Pública]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Esta tese tem como principal objetivo investigar os usos da *inteligência prática* no trabalho de uma equipe de enfermagem que atua em uma enfermaria oncológica. O conceito *inteligência prática* foi cunhado por Christophe Dejours, criador da Psicodinâmica do Trabalho (PDT), para designar os saberes construídos pelos trabalhadores na passagem do trabalho prescrito ao trabalho real. Este conceito está ligado aos demais conceitos da PDT, tais como *Dinâmica Prazer-Sofrimento no Trabalho*, *Real do Trabalho* e *Dinâmica do Reconhecimento*. A tese usou metodologia de investigação qualitativa, incluindo observações participantes, entrevistas individuais em profundidade e entrevistas coletivas, embasadas pela abordagem clínica de pesquisa, que considera a relação do pesquisador com seu campo de investigação e o próprio ato de investigação como uma intervenção. Os resultados apontam para um contexto de exercício do trabalho que desafia a saúde física e mental dos trabalhadores; a capacidade desses trabalhadores, em meio a este contexto, de exercer modos próprios de produção do cuidado, colocando a *inteligência prática* a serviço do cuidado na relação com os pacientes e suas famílias, mas limitado pelas fortes pressões de tempo e de um quantitativo de trabalhadores insuficientes; um contexto amplo da saúde pública influenciado pelo gerencialismo, focado prioritariamente em metas quantitativas, que deixam o exercício deste trabalho na invisibilidade e o sentido do trabalho, advindo principalmente da relação destes trabalhadores com os pacientes oncológicos.

Palavras-chave: Trabalho, Psicodinâmica do Trabalho, Enfermagem Oncológica, Psicologia do Trabalho; Cuidados de Enfermagem.

From Prescription to Creation: Practical Intelligence, the Production of Care and Invisibility in the Work of an Oncology Nurse Team. Rio de Janeiro, 2014. 264 p. Thesis [Doctor of Philosophy in Public Health]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

This thesis's main goal is to investigate the use of practical intelligence by an oncology nurse team in a oncological sick room. The use of practical intelligence is related to the psychological "pleasure-suffering" economy at work and, equally, to the dynamics of recognition. The research was based upon the psychosociological-clinical approach, which considers the relationship between the researcher and the object of study and the act of investigation as interventions in themselves. The research was based upon the psychosociological-clinical approach, which focuses the relationship between the researcher and the object of study, and considers the act itself of investigating as a kind of intervention. In this sense, participant observation and individual and collective interviews were used as research. The study uncovered a work environment that challenges the nurses' mental and physical health, an environment characterized by time constraints and insufficient staff. This environment is embedded in a public health context deeply influenced by managerialism and focused on quantitative goals, which makes nurses' work invisible, especially the work derived from the relationship with patients. In spite of these prevailing conditions, this research demonstrates the possibility of recognizing these workers' capacity to use their practical intelligence, producing their own way of caring for patients and their families.

Key-words: Work; Work Psychodynamics; Oncology Nursing; Work Phycology; Nursing Care

SUMÁRIO

Introdução.....	1
1.Trabalho entre Sofrimento, Prazer e Demanda por Reconhecimento.....	7
1.1. Sofrimento no Trabalho.....	11
1.2.Estratégias Defensivas Contra o Sofrimento no Trabalho.....	17
1.3. Inteligência Prática, Criadora ou Astuciosa.....	20
1.4. Dinâmica do Reconhecimento e Prazer no Trabalho.....	25
2. O Trabalho em Saúde.....	30
2.1 A Constituição das Profissões de Saúde.....	29
2.2 Elementos Comuns entre os Trabalhos em Saúde.....	32
2.2.1 O Contato com a Morte.....	36
2.2.2. Trabalho em Saúde: encontro com o paciente.....	40
3. O Trabalho da Enfermagem.....	47
3.1. A Enfermagem como Profissão: um pouco de sua história.....	47
3.2. Vestígios da História no Exercício da Enfermagem Hoje.....	53
4. Gestão, Gerencialismo e Ideologia da Excelência no Serviço Público.....	61
5. Perspectivas Teórico- Metodológicas de Investigação.....	73
5.1 Abordagem Clínica de Pesquisa: questões teórico-metodológicas e éticas.....	76
5.2 Escuta e Palavra.....	80

5.3.O Conceito de Implicação e a Implicação da Pesquisadora.....	83
5.4 Caminhos de Investigação Propriamente Ditos.....	88
5.4.1 Observações Participantes.....	90
5.4.2 Entrevistas em Profundidade.....	94
5.4.3 Entrevistas Coletivas.....	96
5.5 O Campo de Pesquisa.....	99
5.6 Aspectos Éticos.....	102
6. Excessos e Insuficiências: os paradoxos do real do trabalho.....	106
6.1. O Paradoxo Concreto: excesso de procedimentos versus insuficiência de pessoal.....	109
6.2 O Paradoxo Simbólico: insuficiências diante dos excessos da morte.....	120
7. Inteligência Prática e o Exercício do cuidado na enfermagem oncológica.....	136
7.1 Cuidado e <i>Inteligência Prática</i> como Palavra e Escuta.....	145
7.2 Cuidado e <i>Inteligência Prática</i> como Silêncio.....	153
7.3 Estratégias Defensivas em meio ao Exercício do Cuidado.....	156
7.4 Cuidado e Inteligência Prática como <i>Conforto</i>	159
8. Ideologia da Excelência, Invisibilidade e Demanda por Reconhecimento.....	174

8.1 Avaliação do Trabalho: Avaliação do Invisível.....	180
8.2. Idealização das Tecnologias Duras e Inovações.....	187
9. Dinâmica do reconhecimento: o pouco suficiente.....	207
9.1 O Sentido do Trabalho: aprender a viver, aprender e viver.....	216
10. Considerações Finais.....	222
Lista de Siglas e abreviaturas.....	229
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Equipe de enfermagem.....	231
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pacientes aos cuidados da equipe de enfermagem.....	236
Referências Bibliográfica.....	240

Introdução

Esta tese de doutoramento tem como objeto o trabalho da enfermagem em uma enfermaria oncológica, no intuito de destrinchar as questões relativas ao uso das habilidades e saberes desses profissionais para produção de cuidado, diante de um contexto de trabalho que lhes requer muito mais que a técnica e os conhecimentos aprendidos em seus cursos- técnicos, de graduação ou pós-graduação.

Tais saberes e habilidades não conceituais, que se dão na experiência do ato de trabalhar, foram chamados por Cristophe Dejours, responsável pelo desenvolvimento da Psicodinâmica do Trabalho, de Inteligência Prática, Astuciosa ou Criadora, baseado no antigo conceito de *Métis*, dos gregos.

Considero relevante lançar luz sobre o uso das habilidades e saberes que vão para além do trabalho prescrito em uma equipe de enfermagem, porque - considerando a história da enfermagem e o lugar que costuma ocupar na dinâmica hospitalar, o uso de habilidades que vão para além da prescrição não costuma ser considerado nas discussões sobre o trabalho dessa categoria. No entanto, tendo em vista a concepção de trabalho da Psicodinâmica do Trabalho (PDT), assim como as concepções das demais clínicas do trabalho, tal qual a Ergologia, a Clínica da Atividade e Psicossociologia do Trabalho, sabemos que nenhum trabalhador é um mero executor, nem mesmo aquele que aparentemente só aperta parafusos. Pelo contrário: para que o trabalho aconteça, é preciso que o trabalhador acrescente de si às prescrições. Este trabalho minucioso e, muitas vezes, meticoloso – palavra que tem origem na *métis* dos gregos - costuma ficar na invisibilidade ou, no máximo, restrito a escassos espaços de discussão entre pares, onde pode ganhar uma visibilidade momentânea e fugaz. Este o motivo que impulsiona esta tese: tornar visível uma parte desse trabalho.

Todavia, todo olhar se fixa no seu objeto por meio de um ângulo, que nunca é completo e suficiente, mas busca abraçar o objeto em suas nuances mais finas. O ângulo teórico que me pareceu mais apropriado para me aproximar desse objeto foi a Psicodinâmica do Trabalho, embora tenha usado também de outras teorias e referências para compor esse olhar, como a psicossociologia e referências sobre o trabalho em saúde.

À investigação do trabalho de enfermagem em um setor específico, que descreverei seguir, soma-se uma análise de seu contexto, na qual a Psicossociologia de grupos e organizações vem nos auxiliar com suas lentes que destrincham mais de perto a chamada sociedade gerencial, da qual nos fala Vincent Gaulejac. Tal referencial também foi fundamental para traçar e conceber o modo de realizar os caminhos de investigação e a tornar o próprio ato de investigar um ato de co-produção de sentido, junto com os sujeitos de pesquisa.

A pesquisa foi realizada em um único setor de uma das cinco unidades assistenciais do Instituto Nacional de Câncer, do qual também sou servidora – não lotado no hospital, mas na Divisão de Saúde do Trabalhador, que fica no nível central, dentro da Coordenação de Recursos Humanos. O fato de ser servidora do Instituto foi, em alguns momentos, fator facilitador, principalmente no que diz respeito à relação com os trabalhadores, com quem já havia estabelecido uma relação de confiança, por ter realizado grupos anteriormente na unidade, os chamados *grupos de escuta, palavra e vínculo*. Tais grupos tinham como objetivo acolher os trabalhadores em suas angústias cotidianas, produzir sentido acerca do sofrimento vivido no trabalho e fortalecer os vínculos solidários entre os trabalhadores.

No entanto, o fato de eu ser servidora da casa também produziu dificuldades, principalmente nos momentos de análise do material, na medida em que determinadas análises me levavam inevitavelmente a fazer novas hipóteses ou mesmo conclusões que talvez venham a ser de difícil elaboração por parte de alguns atores. Tais situações me exigiram maior cuidado na redação, buscando a delicadeza na comunicação dos resultados e, ao mesmo tempo, a fidelidade aos achados da pesquisa e ao meu compromisso de dar visibilidade ao trabalho de uma categoria de pouco prestígio e status dentro da dinâmica organizacional do instituto.

Nesse hospital, o setor onde se deu a pesquisa é chamado de “andar”¹, de seis enfermarias, com vinte e sete leitos, que abriga pacientes oncológicos com características muito peculiares. Este setor possui características específicas, pois, pelo tipo de câncer que se propõe a tratar, costuma receber pacientes com grandes feridas e mutilações, assim como pacientes muito jovens, entre o final da adolescência e o início da vida adulta. Essas especificidades implicam uma ampliação da intensidade do trabalho da enfermagem em oncologia, seu contato cotidiano com o

sofrimento agudo, tanto de pacientes, como de seus familiares. Contato este que lhes demanda, incessantemente, trabalho de elaboração das intensas vivências cotidianas; sejam elas advindas de perda ou de trato constante com o sofrimento e outros sentimentos dos familiares, confrontados com uma doença geralmente vinculada ao imaginário (e à realidade) da morte. Via regra, os pacientes costumam chegar ao hospital em estágio já avançado da doença, o que intensifica ainda mais os desafios do trabalho dessa equipe de enfermagem em oncologia.

Inicialmente a pesquisa seria realizada somente com técnicos de enfermagem. No entanto, as enfermeiras do setor também apresentaram uma demanda importante de serem escutadas. Acedi a tal demanda por perceber a forte proximidade das questões levantadas por elas e pelos técnicos e técnicas do andar.

Para compreender melhor o trabalho da enfermagem em oncologia, é preciso ter em vista que o setor onde se deu a pesquisa está inserido em um contexto maior, tanto no âmbito da saúde e da atenção oncológica no Brasil, como em um contexto de grandes mudanças na atenção hospitalar e na saúde pública brasileira. Contexto este que faz com que este trabalho da enfermagem em oncologia tenha, mais que características próprias - como todo trabalho - características que merecem um debate, considerando diversos elementos envolvidos, inclusive a contradição entre as demandas de um justo atendimento por parte da sociedade na figura dos usuários do SUS e algumas condições de trabalho e de recursos humanos da instituição que não se coadunam com novos modelos gerenciais focados prioritariamente em metas que são praticamente restritas a números e protocolos, deixando de fora importantes dimensões do trabalho.

Portanto, a investigação localizada nessa enfermaria, se por um lado, não deixa de trazer à luz uma hipérbole do sofrimento envolvido no trabalho de enfermagem em oncologia, por outro traz questões presentes em grande parte dos serviços de saúde, quando confronta os impasses entre o ato de cuidar em um serviço público (com as limitações de quantitativo de pessoal que lhe são próprias) e as exigências atuais, de indicadores, produtividade, números. Exigências necessárias por um lado e contraditórias com as algumas condições de trabalho, por outro.

As situações de trabalho relatadas por estes trabalhadores não devem ficar restritas apenas aos consultórios particulares ou aos consultórios dos profissionais de saúde do setor ocupacional. Elas devem ser examinadas de forma a compreender a sua relação com um contexto mais amplo

– o hospital, o sistema de saúde, as exigências da nova administração pública, mas, sobretudo, suas contradições nos serviços públicos de saúde.

Os relatos a respeito do trabalho devem ser examinados, também, de forma a compreender quais as implicações deste cotidiano de trabalho na qualidade do cuidado. É necessário, assim, procurar visualizar o que é possível de ser transformado ou construído tanto para beneficiar a saúde destes trabalhadores e trabalhadoras, quanto para beneficiar os serviços de saúde, dando subsídios para que se possa compreender o trabalho em oncologia de forma a respeitar suas especificidades.

É necessário compreender ainda os impasses desse tipo trabalho em um contexto de grandes mudanças na saúde pública e no gerenciamento dos hospitais, absortos na lógica dos resultados, indicadores e números. Números estes cobrados por instâncias superiores ao próprio hospital e por vezes incorporados pela lógica gerencialista dos gestores. De um certo ponto de vista, a necessidade de metas, números e indicadores são plenamente justificáveis e justificadas, tendo em vista as necessidades dos usuários do SUS e o imperativo de se garantir o mesmo acesso aos serviços de saúde com qualidade e eficiência no uso dos recursos públicos. No entanto, na área de oncologia, as demandas crescem exponencialmente e nem sempre as condições de trabalho e de recursos humanos são condizentes tais cobranças. Por isso é preciso compreender e observar mais de perto o trabalho real desses *operadores do cuidado* e suas possíveis contradições com as prescrições, metas, indicadores e dinâmica organizacional.

O que este tipo trabalho demanda de seus trabalhadores? E, como estes, com suas histórias, conhecimentos e habilidades respondem a essas demandas? O que está no interior desse trabalho?

Para investigar essas questões, escolhi o referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho como principal ponto de vista, por, tal qual outras clínicas do trabalho, considerar o trabalhador como um sujeito ativo na sua relação com o trabalho e com o trabalhar. Além disso, a Psicodinâmica dá especial importância, aos mecanismos de transformação e passagem tanto do trabalho prescrito para o trabalho real, como do sofrimento ao prazer no trabalho.

Considerando que estes trabalhadores estão dentro de um contexto organizacional, escolhi examinar algumas questões desse contexto, que influenciam diretamente esse trabalho, à luz da

psicossociologia, principalmente das críticas de Gaulejac quanto à chamada *sociedade gerencial*. Usei também esse referencial para compreender minha relação com o campo de pesquisa e para embasar meus caminhos de investigação.

O referencial da Psicodinâmica do Trabalho vem no primeiro capítulo, como ponto de partida para compreensão do trabalho. Em seguida, trato das especificidades do trabalho em saúde. Considerando que estou pesquisando uma equipe de enfermagem, um breve histórico dessa categoria não poderia deixar de ser citado, como material para compreender algumas peculiaridades desse grupo e de seu trabalho. Em seguida, faço uma breve passagem pelas mudanças nas organizações de saúde, considerando alguns elementos do gerencialismo que vem atravessando os serviços públicos. No capítulo cinco esclareço a abordagem metodológica utilizada para a pesquisa de campo, discorrendo sobre as características de uma abordagem clínica de pesquisa, baseada principalmente em autores advindos da psicossociologia de grupos e organizações. No sexto capítulo começo a trazer o material de pesquisa. Neste capítulo, nomeado *Real do Trabalho: Excessos versus Insuficiências* trato tanto das contradições que se dão tanto em um nível mais concreto quanto aquelas que se dão em um nível mais simbólico, menos visível em um primeiro momento, invisíveis, mas passíveis de serem escutadas.

No sétimo capítulo trato do exercício da Inteligência Prática nos gestos e nas formas de exercício do cuidado, com base tanto nas observações participantes, quanto nas entrevistas e nas conversas informais que se deram ao longo do trabalho de campo.

No capítulo oitavo trato da problemática da invisibilidade do trabalho e da demanda por reconhecimento do trabalho real, por parte desses *operadores do cuidado* em relação a uma gestão que ainda precisa conhecê-los e conhecer melhor seu cotidiano de trabalho para além das prescrições.

No nono capítulo, finalmente, trato da dinâmica do reconhecimento e do sentido do trabalho, aquilo que move estes trabalhadores e trabalhadoras a continuar se mobilizando para o trabalho, a despeito dos constrangimentos do *real do trabalho*.

1. O Trabalho entre Sofrimento, Prazer e Demanda por Reconhecimento

A Psicodinâmica do Trabalho (PDT) é uma clínica do trabalho, que considera não a doença, mas a saúde daqueles que trabalham como um enigma a ser desvelado. Sendo assim, se interessa não pelo adoecimento propriamente dito, mas pelos caminhos feitos pelos trabalhadores para não adoecer, suas estratégias de defesa individuais e coletivas contra o sofrimento no trabalho, assim como se interessa pelos caminhos feitos pelos trabalhadores para transformar trabalho prescrito em trabalho real. Ou seja, a PDT parte do princípio, baseada na ergonomia da atividade, de que o trabalho prescrito é sempre diferente do trabalho real e é nesse hiato que se movem as concepções, as emoções e as defesas dos trabalhadores, nem sempre claras, nem sempre pertencentes à dimensão da consciência. Para Dejours, a Psicodinâmica do Trabalho:

“ (...)é uma disciplina **teórica** que se esforça para inscrever os resultados da investigação clínica da relação com o trabalho numa teoria do sujeito que engloba, ao mesmo tempo, a psicanálise e a teoria social. (Dejours, 2004: 28).

Ainda que o conceito de fundamental interesse para a investigação aqui proposta seja o de *Inteligência Prática* ou *Inteligência Criadora*, não há como separá-lo de todo o corpo teórico da Psicodinâmica do Trabalho, pois ele está intimamente relacionado à *dinâmica prazer-sofrimento* no trabalho, que, por sua vez, se relaciona com as *defesas contra o sofrimento*.

A dinâmica do reconhecimento também não pode deixar de ser citada, na medida em que é o reconhecimento sobre as contribuições singulares dos trabalhadores - que ultrapassam as prescrições e que, portanto, fazem com que o trabalho aconteça – tem o poder de transformar o sofrimento em prazer no trabalho e inscrevê-lo numa rede de sentidos, onde se inscreve a própria identidade do trabalhador.

Desta forma, apresentarei os principais conceitos relevantes para a investigação desta tese, contudo sem a pretensão de dividi-los em tópicos muito bem delimitados, visto que, inevitavelmente um tópico adentrará pelos outros.

A Psicodinâmica do Trabalho nasceu da Psicopatologia do Trabalho, que é definida como a “*análise do sofrimento psíquico resultante do confronto do homem com a organização do trabalho*” (Dejours, 2008 a: 51). Todavia, esta última disciplina, ainda que procurasse superar o modelo causalista, não conseguia fazê-lo, ao postular que o trabalho poderia causar distúrbios psicopatológicos e ao procurar a etiologia desses distúrbios, ainda influenciada por uma lógica baseada no nexos causal (Dejours, 2008).

Até então, no contexto que a cercava, apenas o corpo, em seu sentido biológico, era motivo de maior preocupação por parte de especialistas e sindicatos, que o consideravam o maior alvo dos efeitos deletérios de alguns tipos de trabalho. No final da década de mil novecentos e setenta se inicia uma virada na produção teórica quando Dejours passa a chamar a atenção a mediação das estratégias do aparelho mental no exercício das exigências corporais (Neves e Colaboradores, 2004).

Dejours começou, então, a dar atenção àquilo que está para além ou para além da doença mental no trabalho, para os modos pelos quais os trabalhadores se defendiam do sofrimento sem enlouquecer e que não necessariamente se constituíam como doença ou perturbação.

Assim, a passagem da Psicopatologia para a Psicodinâmica do Trabalho traz para a cena dos estudos sobre saúde mental e trabalho os mecanismos menos visíveis da relação do trabalhador com a organização do trabalho, mas, nem por isso, menos importantes e, ainda, com impactos relevantes sobre o modo de trabalhar. Athayde (2005), em sua resenha sobre um dos trabalhos mais importantes da Psicodinâmica de Dejours publicados no Brasil, intitulado “A Loucura do Trabalho”, afirma:

“Ao contrário de postular o trabalho como fator enlouquecedor (o que se poderia entender pelo título dado no Brasil), [Dejours] afirma (...) que as enquetes do grupo haviam detectado: os trabalhadores não se mostravam passivos em face das exigências e pressões organizacionais, e, sim, capazes de se proteger dos efeitos nefastos à saúde mental. Eles sofriam, mas sua liberdade se exercia, mesmo que de forma muito limitada, na construção de sistemas defensivos, fundamentalmente coletivos. Esse trabalho clínico levou Dejours a deslocar seu foco investigativo das doenças mentais geradas pelo trabalho para o sofrimento e as defesas contra esse sofrimento. À medida que a maioria dos trabalhadores conseguia conjurar a loucura, apesar da violência da organização do trabalho, a normalidade (equilíbrio instável, precário, entre sofrimento e defesas) é que se configurava como enigma”. (Athayde, 2005: 988).

A Psicodinâmica do Trabalho, desta forma, se concentra, não na doença, mas naquilo que não necessariamente é visível, naquilo que se encontra acobertado pelo “enigma da normalidade”, como os sistemas defensivos contra o sofrimento, o próprio sofrimento oculto por estes sistemas e seu avesso, o prazer no trabalho - estreitamente vinculado à dinâmica do reconhecimento - e ao uso da chamada *inteligência pratica* ou *inteligência criadora*, conceito fundamental para a investigação aqui proposta.

A preocupação com o sofrimento e não com a doença, a patologia ou psicopatologia marca a diferença entre a abordagem psicodinâmica e outras abordagens de saúde mental e trabalho, colocando o trabalhador como sujeito criador em interação dinâmica com a organização do trabalho e com o ato de trabalhar:

“Fazer do campo da normalidade um enigma aberto para a liberdade da vontade dos agentes significa romper com os modelos provenientes do behaviorismo, do pavlovismo e do estresse” (Dejours, 2008 a: 54).

Todavia, da Psicopatologia para a Psicodinâmica do Trabalho, um pressuposto - que nasceu do diálogo da Psicopatologia do Trabalho com a Ergonomia - se manteve: a diferença insuperável entre o trabalho prescrito e o trabalho real, questão que estará o tempo todo presente nas análises do trabalho.

Essa diferença entre o trabalho prescrito e trabalho real foi enunciada pelos ergonomistas, justamente em um contexto de trabalho organizado de forma tipicamente Taylorista. Na virada da década de 1960, ao analisarem um trabalho em uma indústria eletrônica, perceberam que as operárias alteravam a ordem de fixação dos componentes eletrônicos, alterando os movimentos programados. Mesmo nesse contexto de programação rígida, foi descoberto que as operárias tinham que tomar decisões e gerir os incidentes (Brito, 2008a). Foi justamente esta inferência dos ergonomistas, de suma relevância para a grande maioria das clínicas do trabalho, como a Psicodinâmica e a Ergologia, por exemplo, que se tornou o fundamento de base de muitas pesquisas na área:

“O que ainda aparece para o clínico como a característica maior do «trabalhar», é que, mesmo que o trabalho seja bem concebido, a organização do trabalho seja rigorosa, as instruções e os procedimentos sejam claros, é impossível atingir a qualidade se as prescrições forem respeitadas escrupulosamente (...). O caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha. Assim, para o clínico, o trabalho se define como sendo aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados”.(Dejours, 2004: 28). [Grifo meu]

Para Dejours, trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real. Esse ato, contudo, não pode ser previsto, medido ou antecipado. Nesse sentido o trabalhador, a cada momento, ao

trabalhar, cria e recria modos de operar. A partir desta perspectiva, o trabalho se define como aquilo que o sujeito acrescenta de si mesmo a partir das prescrições para atingir o fito de sua atividade laboral (Dejours, 2004).

Se essa máxima se aplica aos trabalhos operários, no que concerne às especificidades do trabalho em saúde, ela se multiplica por si mesma inúmeras vezes, na medida em que o trabalho em saúde implica, a todo momento, de forma ainda mais intensa, variabilidade e imprevisibilidade.

No caso do trabalho de técnicos de enfermagem e enfermeiras que atuam na área oncológica, assim como de outros trabalhos em saúde, essas assertivas ficam óbvias, na medida em que - devido à natureza eminentemente relacional de seu trabalho (Azevedo, 2005; Merhy, 2002; Sá, 2005; 2009) e ao próprio objeto do trabalho em saúde - o trabalhador está sempre acrescentado de si às prescrições, sempre ajustando as regras gerais, aos casos particulares e sempre lidando com situações singulares (Brito, 2001; Marsiglia, 2011). No caso da enfermagem, cujo aprendizado e trabalho prescrito se concentram principalmente na execução de procedimentos técnicos, a diferença entre o prescrito e o real fica ainda maior, na medida em que é preciso, além de aplicar as técnicas, lidar com um outro, em situação de extrema fragilidade, que se coloca à sua frente.

Machado & Merlo (2008), ao analisarem o trabalho de técnicos de enfermagem de unidades que os autores chamam de “críticas” de um hospital cardiológico sob a ótica da Psicodinâmica do Trabalho, afirmam:

“O trabalho do auxiliar e do técnico de enfermagem demanda sensibilidade destes profissionais e percepções das necessidades dos pacientes. Essa percepção vai além do prescrito pelo médico no prontuário como tratamento. Estas características tornam esse trabalho complexo, pois exige do trabalhador o investimento de sentimentos que precisam ser oferecidos a um estranho, o paciente.”(Machado & Merlo, 2008: 447).

O hiato gerado entre a organização prescrita do trabalho e a organização real solicita - a todo momento - da parte daquele que opera o trabalho, uma atividade de concepção (Dejours, 2004) e mesmo de interpretação do mundo a sua volta. Sendo assim, o trabalho em saúde é também, como todo trabalho, um trabalho de criação, de concepção, de produção de saber e de uso de suas capacidades e saberes tácitos.

É justamente no hiato entre esses dois pólos, a saber, o trabalho prescrito e o trabalho real – presente mesmo nos trabalhos considerados de pura execução - que se encontra boa parte das produções subjetivas daquele que trabalha: sua inteligência criadora, seu prazer e seu sofrimento.

Estes últimos, na ótica da psicodinâmica, são esferas indissociáveis, na medida em que não há trabalho sem sofrimento e que, por sua vez, o sofrimento não é somente um ponto de chegada, mas também um ponto de partida para a construção dos modos singulares e coletivos de trabalhar.

Entre essas esferas – prazer e sofrimento no trabalho - habitam uma série de mecanismos, como a *dinâmica do reconhecimento*, o uso da *inteligência criadora* e os *mecanismos de cooperação*. Abordaremos aqui primeiramente, então, aquilo que é ponto de chegada ou de partida, saúde ou doença, matéria-prima ou produto: o sofrimento no trabalho, que tem características específicas no trabalho em oncologia, para além do sofrimento inerente a outros trabalhos.

1.1. Sofrimento no Trabalho

Para Dejours, não há trabalho sem sofrimento, este está presente na história de todo sujeito e é inevitável na trajetória de vida e no mundo do trabalho. Não há dispositivo tecnológico ou forma de organização do trabalho que seja *naturalmente* propiciador de saúde ou prazer no trabalho (Dejours, 2008 b):

“Na verdade, toda organização é, de antemão, desestabilizadora da saúde (...) não podemos conceber uma organização do trabalho sem sofrimento, mas organizações do trabalho mais favoráveis à negociação da superação desse sofrimento. A saúde, o prazer no trabalho, a realização de si mesmo, a construção da identidade são ganhos com relação ao sofrimento, componente básico da relação de trabalho” (Dejours, 2008 b: 352).

O sofrimento, dentro desta perspectiva, não é um monólito, ele pode ter diversos sentidos, ser tanto criativo, quanto patogênico. A diferença entre o primeiro e o segundo está nas possibilidades de transformação tanto dos sujeitos como da organização do trabalho e do trabalhar. Dejours define o sofrimento patogênico da seguinte forma:

“(...) quando todas as margens de liberdade, na transformação, gestão, aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas. Isto é, quando não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo ou o sentimento de impotência. Quando foram explorados todos os recursos defensivos, o sofrimento residual, não compensado, continua seu trabalho de solapar e começa a destruir o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o lentamente ou brutalmente para uma descompensação (mental ou psicossomática). Fala-se então de sofrimento patogênico.” (Dejours et. al., 2011: 137).

Isto é, quando o sofrimento se encontra com o limite que impõe que nada mais possa ser transformado, quando não há mais espaço para o exercício da chamada *inteligência criadora*, ele se configura mais como um ponto de chegada do que como ponto de partida para novas construções, que seriam vitais para a saúde mental dos sujeitos/trabalhadores. Nesse ponto, o sofrimento é patogênico.

Desta forma, as principais fontes do sofrimento no trabalho, na perspectiva da Psicodinâmica, são o entrave ao exercício da *inteligência prática* ou *criadora* e o não reconhecimento dos esforços e do custo para os trabalhadores do exercício dessa inteligência, em termos de saúde.

Podemos, assim, concluir que o avesso também é verdadeiro: quando há espaço para o exercício da *inteligência prática* e reconhecimento dos esforços para o uso dessa inteligência, é possível que o trabalho possa produzir sentido para aquele que trabalha, o que se desdobra em saúde.

Existe, assim, também aquilo que Dejours chama de sofrimento criativo ou sofrimento criador. No mesmo texto citado anteriormente, mais a frente, o autor acrescenta:

“Quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele traz uma contribuição que beneficia a identidade. Ele aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. O trabalho funciona então como mediador para a saúde.”(Dejours et. al., 2011: 137).

No entanto, em outra publicação, Dejours problematiza, com nuances mais delicadas, a questão do sofrimento no trabalho, afirmando que este não é somente o resultado do encontro do trabalhador com o real, mas também um ponto de partida, de origem, a partir do qual o sujeito/trabalhador pode criar e construir seu trabalho:

*“O sofrimento afetivo, absolutamente passivo, resultado do encontro com o real, ao mesmo tempo em que marca uma ruptura da ação, ele não é apenas o resultado ou o fim de um processo que une a subjetividade ao trabalho. O sofrimento é, também, um ponto de partida. Nesta experiência se concentra a subjetividade. O sofrimento se torna um ponto de **origem** na medida em que a*

condensação da subjetividade sobre si mesma anuncia um tempo de dilatação, de ampliação, de uma nova expansão sucessiva a ele. O sofrimento não é apenas uma consequência última da relação com o real; ele é ao mesmo tempo proteção da subjetividade com relação ao mundo, na busca de meios para agir sobre o mundo, visando transformar este sofrimento e encontrar a via que permita superar a resistência do real. Assim, o sofrimento é, ao mesmo tempo, impressão subjetiva do mundo e origem do movimento de conquista do mundo (Dejours, 2004: 28).

No trabalho em oncologia, poderíamos afirmar que o encontro com o sofrimento do outro que está no lugar de paciente - assim como o encontro com os possíveis entraves na organização do trabalho em meio a um trabalho tão delicado - pode desencadear produções de sentido que, por sua vez, podem se transformar em novas percepções acerca do mundo e da vida, que, por sua vez, podem se desdobrar em novos modos de cuidar e receber o outro.

A relação prazer/sofrimento no trabalho não é simples, especialmente na área da saúde, em que existe o componente “*se sentir útil*”. Isto é, a vivência de lidar com o sofrimento do outro nem sempre é uma fonte somente de sofrimento no trabalho para o profissional de saúde, pois existe a dimensão do cuidar, que pode também trazer vivências gratificantes para os profissionais de saúde. Martins e colegas (2010), ao investigarem o trabalho de uma equipe de enfermagem sob a ótica da Psicodinâmica do Trabalho, afirmam:

“Entretanto, o trabalho dos profissionais de saúde, mesmo em locais como UTIs e PS, não envolvem apenas o sofrimento. A possibilidade de aliviar a dor, de salvar vidas, de sentir-se útil, de trabalho coletivo, entre outros fatores, pode ser fonte de conforto e satisfação, que contribui para o sentimento de prazer e favorece o equilíbrio psíquico dos trabalhadores” (Martins et. al. 2010: 1108).

Sendo assim, na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, o sofrimento tem múltiplas faces e se encontra entre o trabalhador e o real do trabalho, seja paralisando, na forma de sofrimento patogênico, seja gerando movimento e transformação, quando é sofrimento criativo.

Há que se considerar ainda, que o trabalho é uma forma de relação social, em que se fazem presentes as relações de dominação, de poder e desigualdade. Sendo assim, o encontro da subjetividade com mundo social é perpassado, como havia de se esperar, por experiências de sofrimento. O encontro do trabalhador com aquilo que Dejours chama de *real do trabalho* não é um encontro harmônico, mas uma relação social com todas suas nuances possíveis:

“Assim, o real do trabalho não é somente o real da tarefa, isto é, aquilo que, pela experiência do corpo a corpo com a matéria e com os objetos técnicos, se dá a conhecer ao sujeito pela sua resistência a ser dominado. Trabalhar é, também, fazer a experiência da resistência do mundo social; e, mais precisamente, das relações sociais, no que se refere ao desenvolvimento da inteligência e da subjetividade. O real do trabalho, não é somente o real do mundo objetivo; ele é, também, o real do mundo social. (Dejours, 2004: 31).

Sendo assim, além do sofrimento resultante da diferença irreduzível entre o trabalho prescrito e o trabalho real e de todos os demais descompassos sempre presentes nessa relação do sujeito com o mundo, entre os encontros e desencontros do trabalhador com tudo aquilo que compõem seu trabalho, estão também as vicissitudes do encontro do sujeito com o mundo social. Desta forma, o *real do trabalho* inclui o *trabalho real* e tudo que lhe envolve, de forma indissociável, mas também não se reduz ao mundo social e às relações de dominação:

“O real do trabalho, por sua vez, é caracterizado por situações imprevistas que ultrapassam o domínio técnico e o conhecimento científico. A experiência do

real do trabalho evidencia o fracasso dessas prescrições, estabelece desafios à compreensão e ao fazer humanos. Nessa perspectiva a ação de trabalhar não se reduz às relações sociais que a constituem, aos salários, às linhas de poder ou normas e procedimentos. O real do trabalho é parte da realidade que se revela ao sujeito por sua resistência aos procedimentos operacionais, ao conhecimento e à ciência.” (Ferreira, 2013: 345).

Por outro lado, é importante mais uma vez sublinhar que o sofrimento resultante do encontro do trabalhador com o *real do trabalho*, não necessariamente é deletério ou patogênico, embora possa se configurar dessa forma em algumas situações. Esse sofrimento é esperado também no encontro do sujeito com o mundo social. Em “*Subjetividade, Trabalho e Ação*” mais uma vez Dejours afirma:

“O sofrimento, enquanto afetividade absoluta, é a origem dessa inteligência [criadora], que parte em busca do mundo para se colocar a proa, se transformar e se engrandecer”. (Dejours, 2004: 29).

Ou seja, é também a partir das experiências de sofrimento que novos modos de operar, de conferir sentido, de elaborar podem surgir. No trabalho em oncologia não é raro ouvir que o próprio sofrimento oriundo do contato cotidiano com a dor, a morte e a perda, de algum modo, tem o poder de transformar os sentidos atribuídos ao viver, para alguns trabalhadores de saúde.

Sendo assim, o conceito de sofrimento no trabalho, na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, é multifacetado, pois implica a compreensão de que o *real do trabalho* - aquilo que resiste ao saber e à técnica, presente no mundo, não passível de captura pela ciência e pelo conhecimento formal - é prenhe de imprevistos, de riscos, de variabilidades e pode levar a diversas experiências de fracasso (Dejours, 2012 a; Ferreira, 2013), até que seja atravessado ou

não pelas habilidades e pela inteligência dos trabalhadores. Esse relacionamento do trabalhador com o *real do trabalho* não é isento de sofrimento e se repete incessantemente. Além disso, existe um confronto entre os desejos do sujeito trabalhador com as normas da organização do trabalho.

O sofrimento do trabalhador no encontro tanto com o real do trabalho quanto com a organização formal do trabalho, assim, nem sempre é vivenciado de forma direta, na medida em que, em algumas situações pode se tornar insuportável. Dessa forma, por vezes, os trabalhadores, de modo individual ou coletivo usam de estratégias defensivas para fazer face ao sofrimento.

1.2. Estratégias de Defensivas Contra o Sofrimento no Trabalho

O sofrimento presente na vida e no mundo do trabalho não é passível de extração por mecanismos médicos ou psicoterápicos e emerge no encontro do trabalhador com o *real do trabalho* e com a organização formal do trabalho. Contudo, toda experiência de sofrimento é dolorosa e os trabalhadores, seja individual ou coletivamente, são capazes de construir recursos, chamados de estratégias, para minimizar a percepção do sofrimento, as estratégias defensivas conta o sofrimento no trabalho.

O conceito de *estratégia defensiva* tem sua origem na teoria freudiana, que pressupõe um conflito estrutural entre o psiquismo e os constrangimentos da realidade. Diante desse conflito estrutural, o psiquismo tende a buscar prazer e evitar o sofrimento (Moraes, 2013).

No entanto, as estratégias defensivas são diferentes dos mecanismos de defesa do ego, porque estes protegem o ego das angústias provenientes de conflitos intrapsíquicos, enquanto as estratégias defensivas tem a função de proteger a saúde mental, por meio de uma percepção atenuada das fontes de sofrimento no trabalho (Moraes, 2013).

Esse conceito possui importância capital para a passagem da Psicopatologia para a Psicodinâmica do Trabalho, na medida em que rompe com uma relação de causa e efeito entre agressão e sofrimento, concebendo o trabalhador como capaz de construir recursos para lidar com as fontes de sofrimento, ou seja, o trabalhador como sujeito ativo na sua relação com o trabalho e com o trabalhar (Moraes, 2013).

As *estratégias defensivas contra o sofrimento no trabalho*, que podem ser individuais ou coletivas, funcionam como meios de se esquivar da percepção do sofrimento e, portanto, de proteger a “saúde mental”, ao mesmo tempo em que podem insensibilizar quanto ao sofrimento/riscos do trabalho. Sendo assim, estas estratégias desembocam em modos de conceber e de operar o próprio trabalho que não são conscientes:

“O funcionamento das estratégias defensivas é inconsciente. Na maioria das vezes são construídas a partir de uma denegação em relação à percepção daquilo que faz sofrer. Por essa razão, trabalhadores não falam diretamente do sofrimento; antes tentam negá-lo. Assim, a elucidação das estratégias defensivas conduz à compreensão do sofrimento, que é negado e metamorfoseado, com expressão específica em cada coletivo de trabalho (...)” (Moraes, 2013: 154).

As estratégias coletivas de defesa, segundo Dejours (2007), são marcadas especificamente pelas pressões reais do trabalho. Se, por um lado, são modos pelos quais os trabalhadores conseguem se esquivar do adoecimento e proteger sua saúde mental, podem se transformar também, em alguns casos, em modos de apartamento da realidade, em construção de mecanismos de endurecimento e desumanização (Dejours, 2007; Sá, 2005):

“(...) as estratégias defensivas cumprem papel paradoxal, porém capital, nas motivações subjetivas da dominação a que já nos referimos (...) Necessárias à

proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento, as estratégias defensivas podem também funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer.(...)”(Dejours, 2007: 36)

Assim, as estratégias defensivas podem se manifestar de inúmeras formas. E é por meios de suas mais variadas manifestações que se tem acesso ao sofrimento. Em 1988, quando a Psicodinâmica ainda não tinha emergido da psicopatologia do trabalho, Dejours já afirmava:

“A psicopatologia do trabalho – como já disse – se interessa pelo sofrimento dos trabalhadores, mas esse sofrimento (...) não é revelado diretamente (...) O sofrimento só pode ser captado, por meio das defesas, ao ponto que a psicopatologia do trabalho interessa-se finalmente mais pelas defesas do que pelo próprio sofrimento enquanto tal (...) A vocação primeira dessas defesas é resistir psiquicamente à agressão que constitui determinadas formas de organização do trabalho. A coisa complica-se bastante pelo fato de que se essas defesas forem eficazes, elas conseguirão dissimular, com maior ou menor êxito, o sofrimento em questão da própria consciência dos trabalhadores” (Dejours, 2008 c: 146).

Avellar e colegas (2007), ao pesquisarem o trabalho de técnicos de enfermagem em oncologia, em um hospital no estado do Espírito Santo destacaram várias falas que apontavam para as estratégias individuais e coletivas de defesa contra o sofrimento no trabalho, com contradições importantes no que dizia respeito ao envolvimento com o paciente oncológico. Os autores afirmam que, apesar dos técnicos fazerem menção a sentimentos tristeza, mal-estar e impotência, ao mesmo tempo, eram ambíguos na expressão desses sentimentos, do tipo “*sente, mas não pode sentir... não gosta, mas tem que gostar...sofro, mas não posso sofrer*” (Avellar et al., 2007: 479).

Desta forma, as defesas contra o sofrimento no trabalho, ao mesmo tempo em que protegem a saúde mental, funcionam como meios de esquiva e, portanto, como freios para a *emancipação e a mudança*, na medida em que a transformação do sofrimento proveniente do encontro com a organização do trabalho só é possível de ser transformado mediante um enfrentamento mais ou menos direto das situações fonte de sofrimento. Sendo assim, as estratégias defensivas atenuam o sofrimento sem propiciar a cura ou a transformação da situação causadora de sofrimento. Em outro texto Dejours afirma:

“Demonstrar confiança na verdade: recusar o acesso à verdade do drama vivenciado é também recusar toda possibilidade posterior de ação e contribuir para a estabilização do sofrimento, enclausurando-o em sua própria ignorância.”
(Dejours, 2008 a: 56).

Assim, ao procurar o acesso e o estudo a respeito das situações de sofrimento no trabalho - mesmo que por meios indiretos, como as defesas - a Psicodinâmica do Trabalho busca não somente produzir conhecimento, mas também transformar as situações e as relações dos sujeitos com o trabalho por meio do *acesso à verdade do drama vivenciado*. E essa transformação acontece, primeiramente, pela via da escuta.

1.3. Inteligência Prática, Criadora ou Astuciosa

O termo inteligência prática se refere a uma qualidade especial de inteligência, produzida no âmbito do trabalho, a partir do ato de trabalhar. A palavra prática, aqui, não deve ser entendida como em oposição ao teórico, mas como aquilo *“(...) que é requisitado tanto na esfera teórica quanto empírica para intervir racionalmente no domínio da ação.”* (Dejours, 2008 d: 347).

Dejours formula esse conceito baseado no conceito grego de *métis*, que dá origem às palavras *metier e meticoloso* e se relaciona com atividades ligadas à técnica e à fabricação (*poiésis*). (Vasconcelos, 2013).

Métis, na mitologia grega, é a primeira esposa de Zeus, deusa das habilidades, da prudência e dos ofícios. Ao se transformar em uma gota d'água, a pedido de Zeus, foi engolida por ele, que temia ser destronado pelos filhos do casal. Assim, Zeus assimilou as qualidades da prudência e da astúcia para intervir e se antecipar aos perigos (Vasconcelos, 2013):

“Detienne e Vernant (2008) concebem a métis como uma forma de inteligência e pensamento que possibilita a seu detentor vencer sem o uso da força, na medida em que consegue mobilizar a astúcia (dólos), aproveitar as vantagens (kérde) e o momento oportuno (kairós). Essa articulação é descrita como complexa, mas coerente. Articula sagacidade, precisão, esperteza, atenção e senso de oportunidade.” (Vasconcelos, 2013: 237).

Para Dejours, a inteligência prática é produzida no exercício do trabalho. É o exercício do trabalho e o confronto com o real que mobilizam a formação dessa inteligência tanto no nível individual, quanto no nível coletivo (Dejours, 2008 d): *“É o trabalho que produz a inteligência (prática) e não a inteligência que produz o trabalho”* (Dejours, 2008 d: 326).

Uma das principais fontes de sofrimento no trabalho é o entrave ao uso dessa inteligência. De onde podemos concluir que uma possível fonte de prazer seria o contrário, o livre exercício dessa inteligência como forma de contribuir com a organização do trabalho:

“No lado oposto, o prazer está no encontro do trabalho, ao se descobrir que é precisamente quando a utilização dessa inteligência não é contrariada ou combatida, mas, ainda, quando se reconhece a contribuição fundamental que ela

representa para a organização do trabalho. E esse prazer é de grande importância para a saúde plena, pois inscreve a relação do trabalho como mediadora da realização de si mesmo e da construção da identidade. É a condição necessária para tornar válido o aforismo segundo o qual “o trabalho é a saúde”.” (Dejours, 2008 d: 327).

Para a Psicodinâmica do Trabalho, portanto, há uma outra perspectiva sobre o chamado “fator humano”. Enquanto para outras disciplinas o fator humano é negativamente valorizado, ao qual se atribui em geral a causa de acidentes e erros em decorrência, por exemplo, de distração ou negligência, para a Psicodinâmica do Trabalho o fator humano é a contribuição singular do trabalhador e também aquilo que se acrescenta às prescrições para que o trabalho aconteça. No trabalho em saúde e, mais especificamente, no trabalho do técnico de enfermagem, a importância do acréscimo da contribuição específica do trabalhador fica evidente, na medida em que cada procedimento técnico pode ser atravessado também por um ato de cuidar do outro.

A inteligência prática não é equivalente aos requisitos cognitivos e uma de suas primeiras características é ser enraizada no corpo. No entanto, quando Dejours faz essa afirmativa, está se referindo a uma concepção específica de corpo. O autor não se refere ao mesmo corpo dos biólogos, mas a um segundo corpo, aquele que experimenta o mundo afetivamente, o corpo que é habitado, o corpo investido na relação com o outro:

“Uma longa discussão seria necessária para expor as relações entre a inteligência no trabalho e o corpo. A habilidade, a destreza, a virtuosidade e a sensibilidade técnica passam pelo corpo, se capitalizam e se memorizam no corpo e se desenvolvem a partir do corpo. O corpo inteiro – e não apenas o cérebro – constitui a sede da inteligência e da habilidade no trabalho. O trabalho revela que é no próprio corpo que reside a inteligência do mundo e que é, antes de tudo, pelo seu corpo que o sujeito investe no mundo para fazê-lo seu, para habitá-lo (...) A

própria inteligência do corpo se forma no e pelo trabalho; ela não é inata, mas adquirida no exercício da atividade. A formação desta inteligência passa por uma relação prolongada e perseverante do corpo com a tarefa”. (Dejours, 2004: 29).

Dejours afirma, ao contrário do senso comum, que o trabalho intelectual não se reduz à cognição: “*Ao contrário, trabalhar passa, primeiro, pela experiência afetiva do sofrimento, do pático* (Dejours, 2004: 29). No entanto, o engajamento do corpo, ainda que funde a inteligência prática, não exclui o pensamento racional (Dejours, 2004).

Mais adiante Dejours afirma também a experiência subjetiva do sofrimento como algo que é registrado no corpo:

“(…) Não existe sofrimento sem um corpo para experimentá-lo. De fato, a inteligência no trabalho nunca é redutível a uma subjetividade que sobrepuja o sujeito. A subjetividade só se experimenta na singularidade irredutível de uma encarnação, de um corpo particular e de uma corporeidade absolutamente única. (Dejours, 2004: 29).

Uma segunda característica da inteligência prática é estar mais voltada para os resultados, para os fins, do que para os meios. Ainda que o pensamento esteja presente, toda atividade rigorosa de análise e elucidação se dá a posteriori de atingidos os resultados. Ela se coloca em oposição à inteligência conceitual, por isso é também chamada de inteligência astuciosa. Dejours a compara à *métis* dos gregos, que se opõe à *thémis*:

“Esta métis é que assegura o sucesso nas provas práticas e na ação, ao mesmo tempo que funda a própria profissão; ela está no centro da

engenhosidade, que é o princípio mesmo do ofício” (Dejours, 2008 d: 335).

A terceira característica da inteligência prática é estar presente também na atividade intelectual e no trabalho teórico, ou seja, estar presente em todas as atividades, ao contrário do que se poderia pensar, de que ela estaria presente somente nos trabalhos corporais ou manuais. Neste tipo de trabalho ela pode se fazer presente na forma de intuições, aspirações, habilidade e elegância no encadeamento de idéias, conceitos, discursos (Dejours, 2008 d).

A quarta característica da inteligência prática enunciada por Dejours é sua capacidade criadora e até mesmo subversiva. Subversiva na medida em que o real impõe resistência e o trabalhador cria modos de operar ao se encontrar com o real. E esses novos modos de operar não obedecem às prescrições à risca. Isso não quer dizer simplesmente subverter as regras por subverter, mas criar novos modos de fazer em favor dos próprios objetivos do trabalho, quando o real apresenta obstáculos.

A quinta característica da inteligência prática é estar presente em todos os sujeitos/trabalhadores, desde que estes se encontrem em bom estado de saúde. De forma sucinta, Dejours resume essas cinco características na seguinte proposição:

“Em suma, a inteligência prática é uma inteligência do corpo, sua força é sua astúcia; está no âmago da profissão, opera em todas as atividades do trabalho, incluindo as teóricas; é fundamentalmente criativa e subversiva, amplamente distribuída entre os homens; é pulsional e seu subemprego é patógeno” (Dejours, 2008 d: 337).

Portanto, o reconhecimento da inteligência prática é de suma importância para o cuidado à saúde dos trabalhadores, assim como para a organização do trabalho. O reconhecimento dessa

contribuição dos trabalhadores para a organização do trabalho é peça-chave na passagem do sofrimento em prazer no trabalho, mas também na produção do cuidado. A instauração de espaços coletivos é de fundamental importância para sua consolidação, para transformação da inteligência prática em sabedoria prática, de caráter coletivo:

“Para ser efetiva, conhecida e partilhada por um grupo de trabalhadores, sendo, portanto, convertida em sabedoria prática, a inteligência prática necessita passar por uma validação social viabilizada por um espaço público interno, construído pelos próprios trabalhadores” (Vasconcelos, 2012:240).

Por meio desses espaços, é possível conhecer e reconhecer as contribuições dos trabalhadores e trabalhadoras para a organização do trabalho.

1.3. Dinâmica do Reconhecimento e Prazer no Trabalho

A teoria da Psicodinâmica do Trabalho parte do princípio que o sujeito, em sua relação com o trabalhar, espera contribuir para a organização do trabalho e não ser um mero executor. A isto Dejours chama de *direito à contribuição*. A esta contribuição dada pelo trabalhador à organização real do trabalho é esperada uma retribuição que é fundamentalmente de natureza simbólica (Dejours, 2008 d).

Esta retribuição simbólica, que vai para muito além da remuneração, é o reconhecimento. Reconhecimento este que, por sua vez, confere sentido à experiência e à contribuição do trabalhador. Dito de outra forma, podemos afirmar que, de acordo com a teoria dejouriana, a transformação do sofrimento em prazer no âmbito laboral depende da dinâmica do reconhecimento, que confere sentido a todo o esforço de transformação dos constrangimentos e sofrimentos impostos pelo encontro do trabalhador com o *real do trabalho* e suas vicissitudes.

A falta de sentido no trabalho, por outro lado, pode se desdobrar em doenças físicas ou mentais. Daí a importância capital da dinâmica do reconhecimento para a saúde mental dos trabalhadores e para a organização do trabalho:

“A retribuição simbólica acordada pelo reconhecimento provém da produção de sentido que ela confere à vivência do trabalho. O sentido que dá acesso ao reconhecimento é do sofrimento no trabalho e, como vimos, este é proveniente e consubstanciado em toda situação laboral, pois representa, antes de tudo, encontrar-se diante do conjunto de constrangimentos sistêmicos e técnicos” (Dejours, 2008 a: 76).

É desta dinâmica também que depende a mobilização subjetiva para o trabalho, que, segundo Dejours (2008), está sempre presente em todos os trabalhadores, desde que não seja desmobilizada por uma organização do trabalho que frustrasse o *direito de contribuição*. A falta de reconhecimento da contribuição singular dos trabalhadores para a organização do trabalho se configuraria como obstáculo à emergência da mobilização subjetiva.

O reconhecimento a que Dejours se refere se dá sobre o trabalho, sobre o saber-fazer. Todavia, na medida em que este carrega inevitavelmente a atividade de concepção daquele que o opera, se confere valor também à contribuição singular de cada trabalhador e isso se desdobra em um ganho para a inscrição da identidade no mundo do trabalho. Ou seja, há um registro na esfera da personalidade:

“O reconhecimento da qualidade do trabalho realizado pode inscrever-se na esfera da personalidade, em termos de ganho no registro da identidade. Em outras palavras, a retribuição simbólica conferida por reconhecimento pode ganhar

sentido em relação às expectativas subjetivas e à realização de si mesmo”
(Dejours, 2008 a: 75).

Em outro texto, Dejours vai mais além, no tocante aos desdobramentos da dinâmica do reconhecimento no registro da identidade:

“Por trás desta expectativa de levar uma contribuição singular para o campo do trabalho, há, de forma irreduzível, uma busca de identidade. O que mobiliza o sujeito em sua relação com as tarefas não é apenas a compulsão ou a força da pulsão, é o desejo subjetivo fundamental de obter em retribuição de seu engajamento e de sua contribuição um benefício em termos de sentido para si. Atrás da mobilização subjetiva, há a busca da identidade” (Dejours, 2008 d: 343).

Além do ganho, no que tange à inscrição do trabalho na esfera da identidade, o reconhecimento pode funcionar como espécie de amálgama para o funcionamento intersubjetivo dos trabalhadores:

*“É graças a este reconhecimento sobre o **fazer** que se pode respeitar e manter, apesar disso, relações de cooperação com pessoas com as quais não se simpatiza ou pelas quais se sente até mesmo uma certa aversão. O reconhecimento da qualidade das contribuições singulares no registro do fazer desempenha um papel essencial na conjuração da violência entre os seres humanos. O reconhecimento do fazer confere, como acréscimo àquele que dele se beneficia, um pertencimento: pertencimento a um coletivo, a uma equipe ou a um ofício.”*
(Dejours, 2004: 32).

No entanto, o reconhecimento, para Dejours, tem, no mínimo, duas dimensões fundamentais: aquele que se dá no sentido da constatação e aquele que se dá no sentido de gratidão pela contribuição dos trabalhadores à organização do trabalho.

O primeiro, aquele da constatação da contribuição individual à organização do trabalho, confronta as resistências hierárquicas, na medida em que reconhece a não completude da técnica e da ciência, da organização prescrita do trabalho e, portanto, sublinha e valoriza a contribuição dos trabalhadores como recurso indispensável para a organização do trabalho (Dejours, 2008 a).

O segundo tipo de reconhecimento, aquele da gratidão, segundo Dejours, é dado com muita parcimônia nas organizações estudadas até então (Dejours, 2008 a).

Todo reconhecimento passa também pela construção de um julgamento a respeito do trabalho realizado. Esses julgamentos podem ser de tipos diferentes, como por exemplo, o julgamento de utilidade, de caráter eminentemente vertical, conferido pelos superiores e, de outro lado, um julgamento que Dejours chama de julgamento de estética, conferido pelos pares, de caráter eminentemente horizontal. Este último teria um caráter especial, na medida em que os pares têm um conhecimento mais apurado sobre o trabalho realizado. Nesse sentido, o julgamento proferido por estes tem papel capital na dinâmica do reconhecimento.

No trabalho em saúde, a *dinâmica do reconhecimento* assume papel fundamental, na medida em que a natureza do trabalho é de caráter eminentemente relacional. O reconhecimento do usuário pode, assim, conferir sentido ao investimento afetivo do profissional em seu trabalho.

A dinâmica do reconhecimento é essencial para a para a saúde mental no trabalho. Trata-se de um conceito intimamente imbricado com outros conceitos da Psicodinâmica do Trabalho e de extrema importância para esta pesquisa, na medida em que opera a complexa tarefa de transformação do sofrimento em prazer no trabalho. Será usada, assim, como categoria de análise da relação dos trabalhadores de oncologia com seu trabalho, com seus pares e com a hierarquia da organização.

O reconhecimento se dá sobre a contribuição feita pelo trabalhador à organização do trabalho, pelo uso de suas qualidades e também de sua *inteligência prática*.

2. O Trabalho em Saúde

O trabalho em saúde guarda especificidades importantes, não vividas na maior parte de outras atividades laborais, tais como o contato constante com a dor, a morte, o sofrimento, a esperança e todos os sentimentos dinâmicos que integram a vida. Sentimentos estes que são vivenciados em intensidade ampliada no contato do trabalhador de saúde com o usuário, pois quando este precisa do cuidado de um profissional, via de regra, está em situação de fragilidade. No âmbito da atenção oncológica, essa intensidade - que já é própria do trabalho em saúde - em geral se torna ainda mais aguda, na medida em que o câncer ou traz o imaginário da morte e da perda - vivências, muitas vezes, quase irrepresentáveis – ou traz a própria realidade da morte para o usuário e sua família. Essas vivências podem se desdobrar em sentimentos de impotência e insuficiência por parte dos trabalhadores.

Tratamos aqui do trabalho da enfermagem, que guarda suas especificidades dentro do trabalho em saúde. No entanto, é preciso compreender brevemente a constituição das profissões de saúde para compreendermos melhor o lugar da enfermagem hoje.

2.1. Constituição das Profissões de Saúde

Denise Pires (1998), ao sistematizar importantes obras sobre o trabalho e as organizações de saúde, trata da constituição das profissões de saúde e destaca o caráter historicamente artesanal destes ofícios. Na idade média, os físicos (que detinham o conhecimento mais valorizado, de base eminentemente intelectual), assim como os leigos profissionalizados nas corporações de artífices, os cirurgiões barbeiros, os barbeiros, os boticários e também as parteiras tinham controle sobre seu processo de trabalho. A formação desses ofícios se transmitia pelo legado da tradição oral e pelo acompanhamento da prática-treinamento do tipo mestre-aprendiz (Pires, 1998). Ou seja, os ofícios de saúde têm origem histórica em um campo mesclado entre técnica, arte e ciência.

Após o século XVIII, a medicina, aos poucos, foi se conformando como saber científico e profissão, junto com a emergência do capitalismo e o surgimento da medicina liberal, até que medicina tecnológica ganhasse o espaço que hoje ocupa na sociedade contemporânea (Scharaiber, 1993)

A medicina tecnológica, assim, foi tomando espaço do trabalho de cunho eminentemente artesanal e as corporações foram se dividindo. O físico, que daria mais tarde origem ao clínico, tomou cada vez mais espaço como “trabalho intelectual”, com status diferenciado em relação aos outros ofícios. O trabalho das parteiras e religiosas, por sua vez, foi incorporado na profissão da enfermagem (Pires, 1998):

“(...) os físicos passam a determinar regras para o exercício dos ofícios da saúde. A divisão social do trabalho em áreas de conhecimento, em campos de atividades, adquire outro caráter. Pode-se dizer que à especialização das atividades se sobrepõe a perda parcial do controle do processo de trabalho. Os ofícios independentes passam a ser subordinados às regras das corporações dos clínicos, mas esse controle só se torna mais significativo quando esses trabalhos realizam-se em um mesmo espaço físico – hospital ou unidade ambulatorial, que envolva o trabalho coletivo.” (Pires, 1998: 84).

No trabalho em saúde na atualidade há, portanto, algo que lhe é fundamental e que não pode ser omitido: sua dimensão coletiva. Nos hospitais ou ambulatórios, o médico passa a assumir o controle desse trabalho coletivo, delegando atividades (Pires, 1998).

Esse parcelamento das atividades, em que impera a hegemonia do poder médico como uma espécie de maestro do trabalho em saúde, que começa a se instituir com emergência do modo de organização capitalista e com as mudanças na função do hospital, por volta do século XVIII, trará, mais tarde, no âmbito das organizações, conflitos entre categorias que repercutirão na produção de cuidado e na mobilização para a cooperação:

“A institucionalização do trabalho médico no espaço hospitalar é um locus privilegiado para analisar a transformação das relações de trabalho e o processo de imposição da medicina como a verdadeira ciência da saúde e dos médicos como seus legítimos representantes e que buscam exercer seu poder institucional e o controle do processo de trabalho na saúde, onde ‘enfermeiro – irmãs enfermeiras ou leigos treinados’ e boticários fiquem com a incumbência de desenvolver parte do trabalho, que tem como resultado final a ação terapêutica da saúde”. (Pires, 1989: 97).

A ação terapêutica passa a ocorrer com o trabalho coletivo, de forma interdependente. O trabalho do médico, detentor do saber sobre a causa, a sintomatologia e o desenvolvimento das doenças, passa a delegar aos enfermeiros a administração dos medicamentos e os cuidados básicos com os doentes. A divisão técnica do trabalho começa a assumir características da divisão social e parcelas do trabalho, própria do processo do industrial, que naquele momento já estava em desenvolvimento na Europa e em estruturação no Brasil. O produto final do trabalho é uma ação em saúde, resultado da trabalho de diversos profissionais interdependentes entre si, mas responsáveis por partes do trabalho controlada pelo médico, que passa a assumir, aos poucos, o papel de gerenciador do trabalho em saúde nas instituições hospitalares e ambulatoriais. (Pires, 1989):

A falta de autonomia [dos trabalhadores da saúde], antes independentes e autônomos, gerou conflitos até hoje facilmente identificáveis na prática dos profissionais de saúde” (Pires, 1989:98).

Segundo Pires (1989), a assunção do gerenciamento do processo de trabalho em saúde pela categoria médica, está relacionada com a identificação dos médicos com as classes dominantes, em diferentes momentos históricos:

“A implantação do poderio médico, com a apropriação do crescimento de saúde e assumindo o gerenciamento do processo de trabalho em saúde, está relacionada com a identificação dos médicos com as classes dominantes nos diversos momentos históricos, produzindo discurso, saber e tecnologia necessários à manutenção do status quo e a ordem social estabelecida, diferentemente do senso comum, que entende que a supremacia médica no setor se deve à superioridade do saber médico”. (Pires, 1989:105).

Essa construção histórica de um certo lugar de status e poder pela categoria vai se refletir no trabalho coletivo em saúde, assim como nas assimetrias entre categorias dentro das organizações hospitalares, que terá impacto para o gerenciamento, para o trabalho e para a saúde de todos os trabalhadores de saúde.

Se há diferenças de poder que se instalaram no trabalho em saúde dentro das organizações, sejam elas hospitalares ou ambulatoriais, e que marcam uma divisão social muito clara entre diversas categorias, há elementos em comum que dizem respeito a todos os trabalhadores de saúde. Se, por um lado, é preciso demarcar as assimetrias, que estão longe de serem inócuas para a produção do cuidado, para a dinâmica organizacional e para a saúde dos trabalhadores (principalmente aqueles a quem é subtraída a autonomia), é preciso também salientar o que é comum às práticas de trabalho em saúde.

2.2. Elementos comuns entre os trabalhos em saúde

Schraiber (1993) menciona um elemento relevante para o trabalho do médico, que se acrescenta ao conhecimento técnico, a saber, a relação entre o “bom cuidado” e a qualidade da figura pessoal do agente: “(...) *Tudo se passa como se o trabalho dependesse exatamente de sua conformação moral e técnica*” (Schraiber, 1993: 155). Ou seja, a despeito de todo o domínio da

medicina tecnológica, da divisão social do trabalho e do parcelamento das tarefas, a técnica, por si só, não basta, mas a ela é preciso acrescentar características morais do agente que cuida. Podemos refletir aqui a respeito dessas exigências para os demais trabalhos em saúde: aquilo que Schraiber está chamado de qualidade da figura pessoal do agente se estenderia aos demais trabalhos em saúde? Minha hipótese inicial em relação a esta assertiva é que sim, a *qualidade da figura pessoal do agente* está diretamente relacionada com a qualidade os trabalhos em saúde envolvidos nos atos assistenciais, na medida em que este agente acrescenta de si às prescrições para exercer seu ofício e se relacionar com o paciente.

O trabalho em saúde e, mais especificamente, os atos assistenciais são fundamentalmente intersubjetivos e é sobre este aspecto do trabalho que me detenho aqui. Segundo Sá (2005):

“A investigação de Schraiber sobre como, na medicina, historicamente se conectam os aspectos da prática liberal nos revela importantes elementos que reforçam nossa convicção de que o que constitui a essência do trabalho em saúde – e que se preserva em diversos contexto sócio históricos culturais, variando nas formas de exercício e nas representações e valorações a eles associados – é sua característica relacional/intersubjetiva e de intervenção única de um sujeito sobre o outro, em suas experiências vivenciadas, portanto, singulares de vida, prazer, dor, sofrimento e morte.” (Sá, 2005: 52).

Nesse sentido, faço aqui uma conexão entre o caráter intersubjetivo do trabalho e o uso da *inteligência prática* que, embora usada em todos os atos de trabalhar, por trabalhadores de vários ofícios tem um caráter central nos trabalhos em saúde. Dejours nos chama atenção para a utilização da *Inteligência Prática* no exercício dos ofícios de saúde:

“Em medicina, assim como em enfermagem, ensinam-se apenas conhecimentos aos estudantes, não se pode ensinar o trabalho propriamente dito. Cada médico, ao deixar o

hospital para instalar-se por conta própria em um consultório, deverá encontrar por si só, a partir de sua inteligência inventiva e criativa, as artimanhas, as astúcias da profissão que não lhe foram ensinadas. Ocorre com o profissional de saúde o mesmo que com a criança: não se ensina uma criança a andar, pode-se segurá-la pelas mãos, mas não se ensina como tensionar os músculos, mover as articulações, encadear os movimentos. É necessário que ela descubra sozinha e que, como nós, passe à experiência do real...são inúmeras quedas, esquimoses até que ela descubra ou invente soluções para recobrar o seu equilíbrio quando cambaleia” (Dejours, 2012 a: 41).

Dejours nos chama atenção para as habilidades que são inclusive intransmissíveis no trabalho em saúde, que requerem de quem trabalha muito mais que conhecimentos técnicos científicos e formação acadêmica. Sabemos, conforme nos ensinam a Psicodinâmica do Trabalho e outras abordagens derivadas da Ergonomia, que nenhum trabalho é de pura execução e que há sempre uma atividade de concepção daquele que trabalha, inclusive do operário que aperta parafusos, contrariando a concepção Taylorista da divisão entre trabalho de concepção e trabalho de execução. Há, em todo trabalho, uma margem, maior ou menor à atividade de concepção e à transgressão das normas e protocolos, quando se confronta com as dificuldades apresentadas pelo *real do trabalho*.

Considerando as especificidades do trabalho em saúde, a saber, o trato cotidiano com a dor, a morte e o sofrimento, a afirmativa de Dejours sobre a relação do trabalhador com este *real do trabalho* se faz muito pertinente:

“Quando todo o meu ser se choca contra a resistência do mundo, estou no real. E o que eu considerava como verdadeiro aparece, de repente, como falso, O real é a verdade que se revela por sua negativa. Ele se deixa conhecer por aquele que trabalha sob a forma de fracasso, como experiência desagradável, dolorosa, ou como sentimentos de impotência ou angústia, até mesmo de irritação, raiva ou

desânimo. É sempre afetivamente que o real do mundo inicia sua manifestação para o sujeito” (Dejours, 2012: 39).

2.2.1. O contato com a morte

As *resistências do mundo* às quais se refere Dejours, no trabalho em saúde, estão presentes em diversos tipos de constrangimentos, tanto organizacionais, quanto gerenciais, políticos e subjetivos. Além destes, está presente no próprio contato com a morte, que suscita sentimentos de impotência e perplexidade diante do desconhecido, ainda que os profissionais procurem sentidos por meio de explicações ou mesmo religiões.

Lago e Codo (2010) levantam as dificuldades do contato com a morte em nossa sociedade e contextualizam essa dificuldade para os trabalhadores de saúde na contemporaneidade.

Baseados em Phillippe Ariés e José Carlos Rodrigues, os autores (Lago e Codo, 2010) fazem um histórico das facetas da morte em diversos períodos históricos. Começam por contextualizar a ideia de morte na Idade Média, quando pestes, epidemias e pandemias faziam da morte algo comum e presente no cotidiano das pessoas. Nessa época, vinte e cinco a trinta por cento das crianças morriam antes de completar um ano de idade e esse percentual subia para de quarenta a cinquenta por cento, quando se consideravam os natimortos e aqueles que morriam nos primeiros anos de vida. A expectativa de vida entre a nobreza inglesa no século XVI girava em torno dos trinta e seis anos para os homens e trinta e oito para as mulheres. As doenças eram quase sempre mortais. A morte era, assim, onipresente e, como um desdobramento, eram comuns comportamentos que nos pareceriam de uma certa desvalorização da vida:

“(...) a familiaridade com a morte provocava uma forma de aceitação da ordem da natureza. O homem medieval submetia-se, na morte, a uma das grandes leis da espécie. Não se preocupava em se esquivar dela e a aceitava como simplesmente justa, como sendo a vontade da divindade, uma concepção coletiva de destino.” (Lago e Codo, 2010: 48).

Com a gradativa saída da religião como modo principal de conceber o mundo e a si mesmo no ocidente, a partir do final da Idade Média e início da Renascença e com o surgimento do mercantilismo e, posteriormente, do capitalismo, foi se instaurando, aos poucos, a noção de um indivíduo separado do todo. Com essa noção de um indivíduo separado do todo, a morte também foi sendo individualizada. (Lago e Codo, 2010).

Na Idade Média, apenas os reis, bispos e senhores eram sepultados individualmente. Por volta do século XIII, a ideia de um julgamento final em que pesam os atos do morto começa a atribuir não somente a ele e à morte uma ideia de individualidade, mas também começa a fortalecer a noção de uma biografia. Nesse contexto vão ressurgindo os túmulos individuais a representação da figura do morto em estátuas, as inscrições funerárias (Lago e Codo, 2010). A morte era ainda vivida na intimidade e no ambiente doméstico: “*Não apenas o moribundo aguardava a morte em seu próprio leito, como também a este cabia presidir todos os atos de sua cerimônia fúnebre (...)*”. (Lago e Codo, 2010: 57).

Bem mais tarde, com o surgimento dos hospitais, o desenvolvimento da ordem técnico-científica e do capitalismo, a morte e a doença começam a sair do âmbito doméstico:

“A partir do surgimento dos hospitais, a doença e, por consequência, a morte, vão gradativamente se retirando do cotidiano das pessoas, já que, estando doente, o sujeito é retirado da sociedade e levado ao hospital donde retornará saudável ou não mais retornará. Esconde-se assim o que antes era presente no cotidiano: o adoecer, o sofrer, o morrer” ((Lago e Codo, 2010: 58).

O cuidado aos doentes passam a ser, cada vez mais, um ofício profissional e menos caritativo religioso, ligado a uma concepção de ciência como controle do mundo natural, o que vem junto com a secularização do Estado. Isto quer dizer, que as atividades ligadas ao adoecer e à

morte vão se afastando da ideia de atos de misericórdia e de um caráter mítico religioso (Lago e Codo, 2010).

Apesar desse afastamento do caráter mítico religioso ser de suma importância para os ofícios de saúde, por um lado, por outro, como afirmam os autores, deixou esses trabalhadores, no que tange ao contato com a morte, “*embaraçados em uma trama simbólica complicada*” (Lago e Codo, 2010: 65):

“Dito de outra forma, quando tal prática estava ligada às questões religiosas, o fracasso e o possível sentimento de impotência estavam vetados, uma vez que a intervenção sob essa questão pertencia à divindade. Divindade essa que por definição não erra, não fracassa, justamente porque é onipotente. Porém, quando esse dever é então conferido a um ser mortal e que está na mesma condição existencial do enfermo, um quadro ambivalente se estabelece. No sucesso, um empoderamento divino, no fracasso, um sentimento de desamparo e impotência.” (Lago e Codo, 2010: 65-66).

Isto é, foi transferida aos trabalhadores e aos ofícios de saúde a tarefa de driblar a morte, com os recursos de uma ciência em desenvolvimento, mas sem os recursos simbólicos ligados à esfera mítico religiosa que conferem sentidos os mais diversos à morte e ao morrer.

Se há poucas pesquisas específicas sobre a história do trabalho em oncologia, me aventuro a afirmar aqui que, no caso do trabalho em oncologia na unidade hospitalar estudada, em que a morte se faz presente no cotidiano, não se coloca a questão de driblar a morte, tal qual outros trabalhos em saúde, mas de lidar com ela com recursos simbólicos próprios, nem sempre partilhados, vividos normalmente na solidão de suas crenças particulares.

O contato cotidiano com a morte, ainda que com recursos simbólicos próprios de cada trabalhador na forma de sentidos atribuídos à morte e ao morrer por cada trabalhador, não é isento de sofrimento e perplexidade, a despeito de todas as estratégias de defesa contra o sofrimento no trabalho.

Como a morte é um processo vital negado socialmente, pelo seu próprio caráter quase irrepresentável em um mundo regido pelos encantos da razão e da ciência, a equação de vivê-la cotidianamente não se faz sem custos para os trabalhadores de saúde. Maria Júlia Kovacs, discorrendo a respeito das dificuldades de nossa sociedade contemporânea no trato com a morte, nos lembra:

“Engana-se quem acredita que a morte só é um problema do final da vida, e que só então devemos pensar nela. Podemos, é claro, tentar esquecer, ignorar ou mesmo ‘matar’ a morte. Sabemos que a filosofia e o século XX pregam, veementemente, essa atitude, porém, com um sucesso relativo (...).” (Kovacs, 1992:2).

A autora compara nossa sociedade a um adolescente que, onipotente, desafia e nega a morte:

“Nas representações figurativas, os heróis são jovens belos, fortes, predominando, sempre, a característica da impetuosidade. Não há lugar para a morte, que representa a derrota, o fracasso. Como podemos ver, aqui está representada a visão atual da morte: fracasso, derrota, incompetência. Devemos admitir que somos uma civilização adolescente, onipotente, forte, entretanto com pouca maturidade?” (Kovács, 1992: 5).

A autora, também baseada em Phillipe Àries, anuncia a ideia da *morte invertida* no século XX, ou seja, a morte negada, que não deve ser percebida. Nessa perspectiva a medicalização da morte visa coloca-la na ignorância e no silêncio (Kovács, 1992):

“Há uma supressão da manifestação do luto, a sociedade condena a expressão e a vivência da dor, atribuindo-lhes uma qualidade de fraqueza. Há uma exigência de domínio e controle. A sociedade capitalista, centrada na produção, não suporta ver os sinais da morte. Os rituais de nosso tempo clamam

pelo ocultamento e disfarce da morte, como se esta não existisse.” (Kovács, 1992: 155).

A autora tece fortes críticas ao ensino e ao exercício da prática médica na atualidade, argumentando que estas estão vinculadas a certa ideia de onipotência perante a morte, que se traduz também como defesa, na forma de reações contrafóbicas, em que se valorizam a objetividade científica e o controle sobre a doença (Kovács, 1992).

Kovács, no entanto, quando trata dos ofícios de enfermagem perante a morte, reconhece algumas diferenças, mas também destaca os paradoxos desse exercício no trato com doentes próximos à morte:

“Tratar de pacientes terminais, mantê-los limpos, confortáveis e sem dor é uma das tarefas mais difíceis, como vimos. No curso de enfermagem também são mais enfatizados os aspectos técnicos e práticos da função da enfermagem. Há pouca ênfase em questões ligadas à emoção. A enfermeira é quem está próxima nos momentos mais difíceis, é quem o paciente busca conversar sobre os seus temores, ou quando está morrendo. É a enfermeira também que está mais próxima à família, tendo de lidar com os sentimentos dos parentes, as dúvidas, angústias, temores e quando o paciente falece é quem toma as primeiras providências. ” (Kovács, 1992: 237).

O trabalho em saúde, especialmente em oncologia, exige algo do trabalhador o trato cotidiano com a morte. Essa exigência traz diversas implicações para sua saúde física e mental, para além de outras atividades de serviço. No entanto, é preciso ainda mencionar do que trata uma atividade de serviço e que esta também possui suas especificidades.

2.2.2. Trabalho em Saúde: encontro com o paciente

Para discorrer a respeito do encontro que é chamado comumente de encontro trabalhador-usuário, usarei o termo *paciente*, em primeiro lugar porque este era o termo usado pelos sujeitos que participaram da pesquisa. Em segundo lugar, porque mesmo considerando esse *paciente* em todos os seus direitos de usuário do SUS e sujeito, a palavra *paciente* remete a *pathos*, sofrimento. Paciente é aquele que padece e esta é uma condição presente na situação desses sujeitos, ainda que reconhecidos em sua potência de sujeitos.

Considero aqui, com base na concepção das clínicas do trabalho e, mais especificamente na teoria dejouriana, que todo trabalho é também de concepção, é “*acrescentar de si às prescrições*” (Dejours, 2004) e, portanto, interpretar e conceber os atos de trabalhar, ainda que de forma tácita. No caso do trabalho em saúde, especialmente em oncologia, trata-se não somente de uma concepção sobre o próprio ato de trabalhar, mas também sobre o viver e o morrer. Devemos ter em vista, assim, que o trabalho em saúde exige ainda algo além dessa atividade da concepção exigida em todo trabalho.

O exercício do trabalho em saúde é uma atividade de serviço e que chama o trabalhador a entrar em contato com outro corpo, com outra vida, em toda a sua complexidade. Esse contato com os pacientes dos serviços de saúde traz desafios para o trabalhador, que é chamado a comparecer a este encontro e a usar de não só de seus conhecimentos formais e técnicos e seus conhecimentos tácitos, mas comparecer também com seus valores, com sua história, com sua visão de mundo e com sua singularidade, no encontro com outra singularidade.

No encontro não só com o corpo doente, mas com o sujeito adoecido e, na maior parte das vezes com sua família, o trabalhador de saúde é tocado em sua história, em suas emoções e suas identificações.

Nesse momento, em que o trabalhador é tocado em sua subjetividade, geralmente se relata o paradoxo dessa condição, em que a subjetividade é, ao mesmo tempo *prescrita e interdita* nos serviços de saúde. Em um trabalho sobre a atividade da enfermagem em hospitais, escreve Osório e colaboradores (2011):

“A subjetividade é ao mesmo tempo prescrita e interditada de um modo bastante específico: prescreve-se que as relações sejam interpessoais e definem-se hierarquias e limites profissionais. Mas em qualquer atividade é impossível anular as emoções e a inventividade, o que dizer desta, em que o objeto é a vida humana?” (Osório et al., 2011: 85).

O trabalhador de saúde é sempre convocado a comparecer ao encontro com o paciente com sua subjetividade, mas, ao mesmo tempo, o reconhecimento pleno dessa vivência, via de regra, não conta com espaços institucionais de acolhimento e reconhecimento.

Uma questão, que é fundamental sublinhar - e que perpassa todas as outras - é que o trabalho em saúde apresenta as características de um trabalho em serviços. Possui, assim, uma dimensão relacional importante e nunca é repetição de procedimentos:

“Envolve um encontro entre profissionais e usuários (...). Nesse encontro os usuários comparecem com seus valores, com suas concepções e exigências/demandas, interferindo sempre na dinâmica de trabalho de quem, em determinado momento, é responsável pela atenção.” (Brito et al., 2011: 36).

Gomes e colegas (2010), baseados em Hubault (2009) afirmam que as atividades de serviços exigem o engajamento da subjetividade dos trabalhadores. Apesar do aspecto relacional estar presente em todas as atividades humanas, no setor de serviços, ele tem uma relevância maior.

O trabalho em saúde na rede pública, que também é uma atividade de serviços, envolve relação com o usuário do SUS, que pertence a determinado contexto social, a uma sociedade, datada e localizada historicamente, em que há desigualdades, precariedades, mas também potências e características culturais peculiares. Desta forma, o outro, usuário do SUS, porta voz de um contexto social, participa da tessitura trabalho em saúde na rede pública.

Soma-se às peculiaridades desse tipo de encontro entre profissional e paciente o fato de que o trabalho em saúde não é passível de ser normatizado e estandarizado indefinidamente, na medida em que os trabalhadores da saúde aplicam a norma geral ao singular. Desta forma, surge a necessidade de criatividade e de adaptação da norma a cada caso. (Marsiglia, 2011).

Schraiber (1993), ao discorrer sobre o trabalho médico, toca em um ponto comum a todos os trabalhos em saúde: a mescla de técnica, ciência e aquilo que a autora chamará de “arte”, ou seja, as habilidades de quem trabalha e aplica a técnica de forma singular, com marcas próprias, que vão para além do conhecimento técnico científico. Segundo a autora:

“A noção de profissão, no sentido acima, qualifica a prática dos médicos de ‘talentosa’”, misto de arte técnica: técnica na arte, supremacia criativa de um saber técnico eticamente adequado. A arte reside, pois, nessa capacidade de aplicar o técnico científico sob preceitos “corretos” de comportamento pessoal. É um ouvir, um receber, um interessar, um confortar, um orientar, em que se dispõem as ações técnicas derivadas da ciência.” (Schraiber, 1993: 153).

A intervenção sobre um outro homem, sobre um outro corpo traz para o profissional imperativos ético-morais e faz com que o trabalho em saúde seja um trabalho diferenciado de todos os outros. Embora Schraiber (1993) tenha se referido ao trabalho médico, esta característica se aplica a todos os trabalhos em saúde:

“O lado ético do trabalho dos médicos, por sua vez, diz respeito à intervenção de um sobre outro homem, remetendo diretamente ao aspecto relacional desse trabalho, que é um momento particular de realizar a vida em sociedade, isto é, as relações sociais. Significa assim, os cuidados de um comportamento criterioso, já que se está diante de uma invasão, ainda que permitida, do outro: interferência sobre as vidas, as privacidades e as paixões das pessoas. Além disso, o fato de realizar-se enquanto relação interindividual

parece comprometer ainda mais esse trabalho com as questões do relacionamento humano, de que são parte o respeito, o afeto, a dedicação, a sensibilidade, a fraternidade e tantas outras substâncias da esfera pessoal” (Schraiber, 1993: 150).

O produto final do trabalho em saúde, assim, não pode ser desvinculado do trabalhador que o produziu, porque o produto se faz no ato de produção, no encontro com o usuário. É, portanto:

“(...) um trabalho da esfera não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz e é a própria realização da atividade.” (Pires, 1998: 159).

Na perspectiva de Merhy (2002), muito próxima às perspectivas de Schraiber (1993) e Pires (1998), o trabalho em saúde é composto pelo o que chama de “trabalho vivo em ato”. Segundo o autor, a natureza da relação entre o trabalhador e seu trabalho se estabelece de acordo com o uso de si, o quanto usa de *trabalho morto e de trabalho vivo*.

Para que o trabalho se realize, o trabalhador conta - mais ou menos, a depender da natureza de seu trabalho - com a presença de saberes, tanto organizacionais, como tecnológicos produzidos anteriormente, que representam o que o autor chama de *trabalho morto*. No entanto, soma-se a essa acumulação anterior o trabalhador concreto que atua a seu próprio modo no sentido de colocar o trabalho em processo, o que caracteriza o “*trabalho vivo em ato*”.

O trabalho e os atos de cuidar em saúde são constituídos principalmente por *trabalho vivo*. Isto é, contam com a história, as habilidades e as capacidades inventivas dos trabalhadores na organização do processo de trabalho e na composição dos saberes tecnológicos que os constituem (Merhy, 2002). Isto é, os trabalhadores contribuem com os saberes construídos por meio de suas experiências de trabalho - mas também por meio de suas experiências de vida - para a organização do trabalho.

A noção de saber tecnológico, na perspectiva de Merhy, está apoiada em uma concepção de tecnologia em que “ (...) os saberes são constituídos para a produção de produtos singulares, para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana” (Merhy, 2002 :45) .

O trabalho em saúde é caracterizado pelo que Merhy chama de “*relação interssessora*”, isto é, o ato de produção do produto e seu consumo ocorrem ao mesmo tempo e o modo como o consumidor - que no caso é o usuário dos serviços de saúde - valoriza o produto está presente na relação imediata.

Sendo assim, a relação entre “*consumidor-usuário*” e “*produtor-trabalhador de saúde*” é determinante para o funcionamento dos serviços, para os processos organizacionais, para a satisfação ou insatisfação, sofrimento ou reconhecimento tanto dos profissionais como da população.

O trabalho em saúde traz também a especificidade de combinar técnicas, tecnologias e relações:

“(...) trabalho em saúde pode ser percebido usando como exemplo o trabalho do médico, no qual se imagina a existência de três valises para demonstrar o arsenal tecnológico do trabalho em saúde. Na primeira valise se encontram os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e, na terceira, as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato (tecnologias leves). Na produção do cuidado, o médico (mas poderia ser o enfermeiro, o técnico da saúde) utiliza-se das três valises, arranjando de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado. Assim, pode haver a predominância da lógica instrumental; de outra forma, pode haver um processo em que os processos relacionais (intercessores) intervêm para um processo de trabalho com maiores graus de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve-duras” (Merhy & Franco, 2008:431).

Desta forma, pode-se pensar que boa parte do trabalho em saúde - que engloba, claro, também o aspecto técnico, as chamadas “*tecnologias leve-duras*”, segundo Merhy (2008) - é composto por um parte que lhe é essencial: as relações entre sujeitos, que Merhy chama de “*tecnologias leves*” e que é comum a todas as categorias. Segundo Merhy e Franco:

“(...) há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores [de saúde]: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores construção do cuidado, e portadores das valises tecnológicas. Sendo que a valise das tecnologias leves que produz relações, é igualmente de todos”. (Merhy e Franco, 2008: 432).

Ou seja, a chamada “*valise das tecnologias leves*” pertence a todos os trabalhadores de saúde e ela que nos interessa no presente trabalho. É evidente que cada categoria e que cada trabalhador, em sua singularidade, guardará suas semelhanças e diferenças no uso dessa “*valise*”. Igualmente, cada abordagem teórico-metodológica chamará essa valise a seu modo.

Em síntese, mesmo a execução de procedimentos técnicos exige o uso de habilidades que vão para além da técnica, como nos ensinam ainda outros referencias teóricos como a Psicodinâmica do Trabalho. Sendo assim, considerando que, além do uso de técnicas, há a relação entre sujeitos - que se estabelece no trabalho em saúde – a mobilização para o trabalho, (também e especialmente) na área de atenção oncológica, requer do trabalhador, a todo momento, a presença, a construção e o ato “*preencher a lacuna entre o prescrito e o real*” (Dejours, 2004).

Para Assunção e Brito (2011), o trabalho em saúde se caracteriza por mobilizar o sujeito em sua totalidade:

“(...) isto é, seu corpo, sua inteligência, suas emoções e sua capacidade de se relacionar – que são convocadas a fim de atender às exigências da produção, enfrentando, em muitas circunstâncias, o que não é assegurado pela estrutura técnico-organizacional” (Assunção&Brito, 2011: 16).

No caso do trabalho da enfermagem no âmbito da atenção oncológica, ainda, por ocupar a centralidade do cuidado, suas habilidades são sempre convocadas por usuários e familiares, até mesmo na falta ou ausência de outras categorias, o que aponta para o fato de que esta “convocação” pode ser excessiva do ponto de vista do trabalhador.

3. O Trabalho da enfermagem

Hoje, ao entrarmos em um hospital e observamos por pouco tempo uma equipe de enfermagem, podemos notar, ainda que com pouco tempo de observação, características evidentes, como a centralidade do trabalho da enfermagem, no que diz respeito ao contato intenso e extenso com o paciente. Ao mesmo tempo, são perceptíveis as diferenças de poder entre esta e a categoria médica – com todas as implicações dessa diferença para o cotidiano de trabalho e para a vida destas trabalhadoras e trabalhadores.

Tais características não são destituídas de uma historicidade, de sua constituição e de seu estabelecimento enquanto ofício no âmbito profissional. Durante muito tempo a enfermagem foi ofício praticado por religiosas, tendo nascido nos primórdios do cristianismo e coexistindo com a prática exercida no interior dos lares, no atendimento das necessidades dos doentes. A enfermagem profissional vem muitos séculos depois, no século XIX (Silva, 1989).

3.1. A Enfermagem como Profissão: um pouco de sua história

Segundo Pires (1989), em seu livro *Hegemonia Médica e a Enfermagem*, em um item de que se intitula “*Trabalho caritativo e ideologia da submissão*”, a autora afirma que o trabalho religioso teve importante papel na conformação da ideologia do trabalho da enfermagem:

“A vertente do trabalho caritativo e religioso foi muito importante e hegemonizou a ideologia e o trabalho da enfermagem por longo período após o advento do cristianismo e sua persistência como doutrina religiosa poderosa em todo o mundo ocidental. Na enfermagem essa influência foi tão grande que até hoje o seu trabalho é visto como parte da assistência caritativa e, os profissionais de enfermagem, como exemplo de abnegação, de vida ascética e de dedicação aos pobres desvalidos e necessitados de ajuda” (Pires, 1989: 115).

Bem mais tarde a enfermagem ganha estatuto de profissão, embora, como ressalta Pires (1989) no trecho acima, ela não tenha se desvinculado de uma imagem de caridade e à religiosidade. Graciette Silva nos lembra da mesma origem da enfermagem com mais alguns detalhes:

“(...) a história da enfermagem profissional tem início somente séculos mais tarde, na Inglaterra da segunda metade do século XIX. Seus antecedentes mediatos registrados pela historiografia são, entre outros, o surgimento, no século XVII, na França, da ordem católica das irmãs de caridade, fundada por Luisa de Marillac, sob inspiração de São Vicente de Paula, considerado o verdadeiro precursor da enfermagem moderna (...)” (Silva, 1989: 51).

No século XIX, Florence Nigthingale, uma inglesa, nascida na Itália, que recebera educação diferenciada, de família abastada e com ideias revolucionárias para seu tempo, realiza importante trabalho junto aos soldados feridos a partir da guerra da Criméia (1854-1856). A precursora da enfermagem moderna conseguiu baixar de quarenta para dois por cento a percentagem de combatentes mortos devido às más condições de higiene anteriormente vigentes nos hospitais militares ingleses instalados em Scutori e na Criméia. Considerada heroína de guerra, Nigthingale funda uma escola *“destinada a formar pessoas para uma prática de enfermagem redimensionada aos novos tempos”*. (Silva, 1989: 52):

“Suas metas eram o preparo de pessoal (nurses) para exercer os serviços usuais de enfermagem hospitalar e domiciliar e o preparo de pessoas ‘mais qualificadas’ para as atividades de supervisão, administração e ensino (ladies-nurses)” (Silva, 1989: 52).

A formação tinha características rígidas que conformavam o ofício:

“A seleção das candidatas era extremamente criteriosa e se vinculava a um período probatório de um mês (...). O curso básico tinha um ano de duração, consistindo em aulas de anatomia, química, abreviações latinas, culinária e enfermagem (...) Concluído este, iniciava-se uma segunda parte, correspondente a três anos para as nurses e a dois para as ladies nurses, que se destinavam à completa dedicação às atividades práticas no Hospital St. Thomas ou em um outro escolhido pelo fundo Nigthingale. Durante o curso, as estudantes viviam em regime de internato, submetidas a uma disciplina rigorosa, com a finalidade de desenvolver nelas os traços de caráter considerados desejáveis a uma boa enfermeira, tais como sobriedade, honestidade, lealdade, pontualidade, serenidade, espírito de organização, correção e elegância” (Silva, 1989: 52-53).

O caráter “moral” era de suma importância para a formação das enfermeiras à época, que se traduzia no primeiro princípio “Nigthingaliano” para a iniciação de novas escolas de enfermagem: *“grande preocupação com a conduta pessoal das alunas, traduzível em exigências expressas quanto à postura física, maneiras de trajar e de se comportar” (Silva, 1989:53).* O segundo princípio era que as escolas de enfermagem fossem dirigidas por enfermeiras e não por médicos, revelando o início de um forte *spirit de corps*, e o terceiro a exigência que as escolas tivessem o ensino teórico sistematizado e autonomia financeira (Silva, 1989).

A profissionalização da enfermagem se deu por meio de duas categorias sociais diferentes: umas sendo vistas como detentoras de saber valorizado socialmente e outras como “*executoras*” de um fazer de pouco reconhecimento social. Eram elas, respectivamente, as *ladies nurses e as nurses*. As *nurses* eram responsáveis pelos cuidados diretos aos pacientes, traduzidos em administração de medicamentos, troca de roupa de cama, banho no leito. As *ladies nurses* ficavam responsáveis e eram treinadas para as tarefas consideradas nobres, tais como administração hospitalar, supervisão das *nurses e de serviços*. Esse modelo se repetiu mais tarde no Brasil (Silva, 1989):

“Em ambos estes países [Brasil e Inglaterra], o processo de profissionalização na área se efetuou através da arregimentação de parcelas diversificadas da população feminina, com vinculações de classes dicotômicas: o proletariado, fornecendo os atendentes de enfermagem e, mais tarde, fornecendo candidatas aos cursos de auxiliar de enfermagem; a burguesia fornecendo candidatas para os cursos de enfermeiras. Preparando-se para as atividades junto ao paciente, tidas como predominantemente manuais e estas para as tarefas intelectualizadas de supervisão, ensino e administração. As pioneiras da enfermagem-padrão no Brasil pertenciam, pois, a camadas privilegiadas da sociedade, a famílias tradicionais, possuindo todas elas níveis de instrução elevado para a época (...)” (Silva, 1989: 79).

Além da divisão social do trabalho, a enfermagem é marcada também pela divisão sexual, não menos importante. Embora não tenhamos como foco do trabalho aprofundar estas questões, elas não podem deixar de ser citadas, na medida em que se refletem em relações de divisões assimétricas de poder e prestígio dentro das organizações hospitalares na atualidade:

“Ao lado dessa composição de classe heterogênea, a enfermagem moderna define-se também como uma área onde o trabalho da mulher é predominante. A questão da existência, historicamente, de atividades tidas como masculinas ou

femininas envolve, de modo genérico, o aspecto de seu prestígio diferencial”
(Silva, 1989: 55).

A enfermagem ganha características de profissão, então, a partir de 1860, quando Florence Nighingale constrói um modelo de formação e prática assistencial, que se espalhou pelo mundo, dentro do contexto de divisão social do trabalho (Pires, 1998):

“A enfermagem organiza-se como profissão sob o modo capitalista de produção, e desenvolve sua prática no espaço institucional, hospitalar e depois, no espaço ambulatorial, integrando o trabalho coletivo em saúde. Desenvolve-se com relativa autonomia em relação aos demais profissionais de saúde, mas subordina-se ao gerenciamento do ato assistencial em saúde feito pelos médicos, bem como executa seu trabalho dentro dos constrangimentos impostos pelas regras de funcionamento das instituições assistenciais. Organiza-se internamente sob a égide da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho. Os enfermeiros assumem a gerência do trabalho assistencial de enfermagem, controlando a globalidade do processo de trabalho e delegando tarefas parcelares aos demais trabalhadores da enfermagem. A enfermagem, desde a sua organização como profissão, é predominantemente subordinada e assalariada.” (Pires, 1998: 85).

No Brasil, a chamada “*enfermagem moderna*” vem seis décadas depois de seu surgimento na Inglaterra. Antes disso, aqui, a enfermagem era ofício de leigos (recrutados entre ex-pacientes e serventes) e irmãs de caridade (Silva, 1989).

A enfermagem profissional no Brasil se consolida em função de uma série de eventos políticos e sociais na década de vinte, que desembocam na criação da escola da Escola de Enfermeiras do DNSP (Departamento Nacional de Saúde Pública), em 1923. Três anos depois, a mesma escola passa a se chamar Escola Ana Néri (uma brasileira também considerada, como Nighingale, uma heroína de guerra) e, posteriormente Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Silva, 1989).

A formação da enfermagem no Brasil, embora baseada indiretamente no modelo Narthingaleano, guardou suas especificidades:

“A afirmação feita sobre a influência apenas indireta do modelo de ensino preconizado por Florence Nigthingale nas origens da enfermagem moderna brasileira explica-se pela influência direta que esta recebeu do modelo norte-americano, na realidade, uma distorção daquele. As escolas de enfermagem dos Estados Unidos da América, fundadas nas décadas finais do século passado [século XIX], e no início deste século [século XX], estavam diretamente vinculadas a hospitais particulares, servindo a seus interesses imediatos de mão de obra e de diminuição de custos, o que redundava na hipertrofia das atividades práticas dos alunos. Embora as origens da Escola de Enfermeiras do DNSP fossem bastante diversas das acima referidas, o fato de ter sido projetada por enfermeiras norte americanas imprimiu-lhe, indelevelmente, os traços do modelo referido.” (Silva, 1989:77).

As alunas aqui no Brasil, em sua formação, eram submetidas ao modelo norte americano, segundo o qual era necessário cumprir um plantão de oito horas nas enfermarias hospitalares, excluídas as horas de instrução e estudo. Tal modelo de formação era contraditório, na medida em que as enfermeiras brasileiras, uma vez diplomadas, tal como as inglesas, eram destinadas às atividades de supervisão, administração e ensino (Silva, 1989).

Ao passo que no Brasil, a necessidade era de atendimento a demandas imediatas de saúde pública, o modelo norte-americano de ensino tinha como prioridade o atendimento de necessidades de mão-obra de baixo custo em instituições hospitalares privadas. Essa foi uma segunda contradição na formação das primeiras enfermeiras no Brasil (Silva, 1989).

Assim como a passagem da enfermagem vinculada às práticas mágico-religiosas para a enfermagem profissional não se deu da noite para o dia, a enfermagem hoje guarda traços de sua história:

“Ao se transformarem gradativamente as forças produtivas e as relações de produção aí dominantes, a enfermagem também se transforma. Mas o autêntico salto representado pela sua profissionalização não significou uma ruptura total com o seu passado, mesmo porque inexistem rupturas totais. Consequentemente, no ensino e na prática formais da enfermagem moderna brasileira subsistem traços, embora transfigurados, de sua prática e aprendizagem pregressas (não apenas brasileiras, evidentemente): a religiosidade transsubstanciada em princípios éticos e deontológicos; a disciplina militar revivida nas escolas, onde se apregoam rígidas normas de conduta (...)” (Silva, 1989: 81).

3.2. Vestígios da história e questões no exercício da enfermagem hoje

Da história da enfermagem, o que se faz presente no cotidiano das organizações hospitalares é também sua relação tensa com a categoria médica, que, via de regra, assume não somente a gestão, mas também o prestígio, nos grandes hospitais. Outro elemento que ainda se faz presente é sua disciplina quase militar no tocante à submissão e à própria elaboração das regras organizacionais, assim como o fato de carregar a marca de um trabalho - embora hoje remunerado - outrora caritativo e envolto no imaginário de dedicação e abnegação.

Cecílio (1999) nos adverte que os problemas de poder dentro do hospital vão para além da uma relação assimétrica entre categorias:

“(...) no tradicional modo de se fazer a gestão em hospitais, os médicos gozam alto grau de autonomia, não estando submetidos a praticamente nenhum mecanismo de controle. Os médicos tem muito poder nas organizações. No corpo

de enfermagem, essas linhas de poder são mais marcadas quando se olha a linha vertical do comando que vai da enfermeira à auxiliar de enfermagem, mas são menos nítidas quando se olha a relação entre as enfermeiras e destas com os médicos e com a direção do hospital” (Cecílio, 1999: 317).

O autor ratifica, assim, por outro caminho teórico, as considerações de Pires (1989) e Silva (1989) sobre a divisão social do trabalho dentro da enfermagem. No mesmo texto, mais adiante o autor acrescenta:

“São as formas de funcionamento e circulação do saber médico que constituem o saber das profissões de enfermagem como um saber periférico (...), restringindo e delimitando o poder dos enfermeiros como um sub poder, ou seja, um poder cujo alcance, condições de exercício e estratégias são definidas pelo poder médico (...) o pessoal de enfermagem pode ser considerado uma plataforma de mediação privilegiada entre os doentes e o poder médico”. (Cecílio, 1999: 322).

Não raro, esse lugar de mediação citado por Cecílio é sentido como sobrecarga de trabalho, na medida em que a enfermagem é chamada a preencher a lacuna que porventura possa ocorrer entre a categoria médica ou mesmo outras categorias e os pacientes e suas famílias, sejam estas lacunas de comunicação, de atenção, de presença ou de administração de procedimentos.

Além disso, o fato do *sub poder da enfermagem*, citado no trecho acima por Cecílio (1999), ter suas condições de exercício definidas pelo poder médico pode dar margens a entendimentos de que a categoria enfermagem é uma mera executora de procedimentos, uma categoria *assistente* de médicos, o que pode lhes subverter de forma real ou imaginária sua capacidade inventiva, criativa e capaz de contribuição para os processos de organização do trabalho.

Segundo Pires (2004) a categoria médica, no nível institucional, tem ocupado lugar central, ficando as demais categorias - a despeito de algum grau de autonomia de avaliação e lugar de decisão – subordinadas às decisões médicas:

“Os médicos, ao mesmo tempo em que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, entre outros. Esses profissionais executam atividades delegadas, mas mantém certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional (Pires, 1998). O trabalho em saúde envolve múltiplos profissionais, todavia, interdisciplinaridade em saúde é mais uma figura de retoricado que uma prática concreta” (Pires et. al. 2004: 315).

A interdisciplinaridade é retórica porque, entre outros elementos que devemos analisar, os graus de autonomia são assimétricos. Isto se desdobra em limites maiores ou menores para o exercício da *inteligência prática*, mas principalmente em limites para o reconhecimento desta capacidade de contribuir para a organização do trabalho por parte dos trabalhadores considerados mais submetidos e menos autônomos. No entanto, as perspectivas são diferentes quando se enxerga os grandes constrangimentos organizacionais de um lado e o *trabalho vivo em ato* de outro:

“Do ponto de vista gerencial, no hospital, essa autonomia é basicamente do médico, na medida em que o pessoal de enfermagem tem sua prática engessada na forma fayolista da hierarquia rígida de poder e em alguns fundamentos tayloristas de separação entre pensar e fazer, de fragmentação do trabalho e ênfase nas tarefas. Merhy (1987) faz um deslocamento de suas investigações para a autonomia que existe no micro do micro, ali onde ocorre o trabalho vivo em saúde, no encontro de subjetividades entre trabalhador e usuário, valorizando essa autonomia do trabalho em ato. São poucas suas referências e preocupações

com os constrangimentos estruturais. De qualquer forma, nos dois autores, os sistemas de gestão teriam de dar conta da autonomia, uma vez que os trabalhadores de saúde operam com relativo grau de autonomia, apesar dos constrangimentos a que estão submetidos (Campos, 1997).” (Cecílio, 1999:324).

Ou seja, se do ponto de vista organizacional, a enfermagem está subordinada à autoridade do poder médico e sua autonomia é restrita aos constrangimentos organizacionais, por outro, naquilo que seu trabalho tem de mais imaterial, isto é, no encontro com o usuário, existe um forte grau de autonomia, que é chamado por Merhy de *trabalho vivo em ato*, é a *tecnologia leve* produzida pelo trabalhador no exercício de seu trabalho, é o pleno exercício da *inteligência prática*, da *métis*.

Não sejamos ingênuos de inferir que há uma separação completa entre os constrangimentos organizacionais - entre as assimetrias de poder - e o exercício do trabalho vivo. Pelo contrário: estes se entrelaçam a todo momento, no exercício cotidiano do trabalho: as assimetrias de poder interferem na potência do trabalho vivo. No entanto, é preciso inferir aqui que os domínios micro a macro organizacionais diferem e que a criatividade do trabalhador de saúde se dá também na brecha onde os constrangimentos organizacionais não conseguem penetrar.

Ainda que *subordinada do ato assistencial em saúde feito pelos médicos* e aos constrangimentos das instituições assistenciais, a enfermagem, frequentemente, fica responsável pelo cuidado e este sim, preserva ainda as características de trabalho artesanal dos ofícios em saúde.

Osório e colegas (2011), em um estudo a partir do discurso de profissionais de enfermagem em hospitais públicos do Rio de Janeiro e da Bahia, fazem menção à percepção de participação dessa categoria na cura dos doentes, a despeito de sua posição social desprivilegiada:

“As trabalhadoras da enfermagem afirmam que também são responsáveis pela cura dos pacientes. Auxiliares, técnicas e enfermeiras, não raro, citam essa perspectiva de maior tempo ao lado do paciente, como forma de atestar e

legitimar sua ação em relação a este. Em grande parte por acreditarem em sua participação na cura, as trabalhadoras, em especial as que ocupam o cargo de enfermeiras, queixam-se de serem vistas como auxiliares dos médicos” (Osório et. al. 2011: 99-100).

Ou seja, profissionais de enfermagem entrevistadas pelos pesquisadores citados (Osório et. al., 2011), aplicam seus conhecimentos técnicos, subordinada à categoria médica, mas expressam em algum grau a autonomia do seu trabalho. Seus conhecimentos técnicos se somam à qualidade e quantidade de tempo com os pacientes, mas também à qualidade do cuidado dispensado.

Outra questão que se faz presente na atualidade, segundo muitos autores, é prevalência de modelos tayloristas na gestão do trabalho da enfermagem. Segundo Matos e Pires (2006):

“Na segunda metade do século XIX, o modelo proposto por Florence Narthingale na Inglaterra, influenciado pela lógica de organização capitalista do trabalho, institui a divisão entre trabalho intelectual e manual e a hierarquização do trabalho da enfermagem, ainda tão presente em nossos dias. Neste modelo, a enfermeira desempenha a função de gerente centralizador do saber, que domina a concepção do processo de trabalho de enfermagem e delega atividades parceladas aos demais trabalhadores da enfermagem.” (Matos e Pires, 2006: 512).

Contudo, é importante lembrar que, ainda hoje, os trabalhadores de nível médio na enfermagem não costumam ser chamados a contribuir com a reflexão sobre os processos de trabalho:

“Majoritariamente, o fazer da enfermagem, principalmente dos trabalhadores de nível médio, permanece carregado de normas,

rotinas, da realização de tarefas fragmentadas, sem participação efetiva do conjunto da equipe nos processos decisórios. Poucas são as iniciativas que buscam a subjetividade do trabalhador e o consideram um sujeito ativo e reativo no processo de trabalho. O fazer continua sendo o principal motor no trabalho de nível médio.” (Pires et. al. 2004: 318)

Isto é, se do ponto da gestão, o que há de relevante supostamente são os procedimentos, o fazer e os números decorrente deles, no interior do trabalho da enfermagem, mesmo de técnicos, poderemos observar – conforme os resultado da presente pesquisa que analisaremos adiante - a capacidade e a forma de interpretar, conceber e contribuir para a organização do trabalho por parte desses trabalhadores.

No entanto, a implantação de modelos de gestão e organização do trabalho mais democráticos e horizontais, que, no meu entender, seriam capazes de aproveitar de forma mais eficaz a contribuição de todos os trabalhadores envolvidos nos processos de trabalho, como nos aponta Cecílio (1999), envolve um complexo jogo de forças e não depende exclusivamente da vontade de alguns atores institucionais:

“(...) o pessoal da enfermagem (todos, menos as enfermeiras), em princípio, seriam os que mais ganhariam com a democratização da vida organizacional por serem os mais submetidos; portanto seria de se esperar estratégias de adesão por parte deles. Não é bem assim, à medida que, como bem nos revela Foucault, as relações de poder comportam contra reações, estratégias dos dominados, que no espaço singular do hospital são muito criativas: do absentismo à recusa de substituição da colega faltosa no outro setor.” (Cecílio, 1999: 325).

A depender das características de cada organização e de cada setor dentro de uma determinada organização, o lugar das enfermeiras pode ser diferente, o que implicará em uma

relação mais ou menos vertical com os chamados *operadores do cuidado* ou com as hierarquias superiores.

A falta de participação está também relacionada, entre outros elementos, com uma questão mais ampla, que é falta de tempo para parar e refletir a respeito dos processos de trabalho, tanto na enfermagem, como na maioria das organizações públicas de saúde como um todo. A questão da falta de tempo, por sua vez, está relacionada não apenas à falta de pessoal necessário para fazer face ao trabalho nas organizações públicas de saúde, aliadas a uma enorme pressão da demanda por atendimentos, mas também ao contexto de domínio do pensamento gerencialista, que reflete uma perspectiva instrumental da sociedade e das organizações (Levy, 1994), que idealiza a velocidade na execução e na resposta aos problemas e não valoriza a reflexão, a discussão e todas as outras ações exigentes de tempo. Nesse contexto, quem paga a conta dessa equação mal feita é o trabalhador da assistência direta ao paciente, juntamente com o paciente.

À falta de tempo soma-se uma cultura de muita ação e pouca reflexão:

“Na enfermagem, a forma como trabalho está organizado não dá espaço para que o sujeito trabalhador reflita sobre seu trabalho, suas alegrias, suas tristezas, seu prazer, seu sofrimento. Não permite que ele se sinta como um sujeito humano”. (Pires *et. al.* 2004: 319-320)

Como nos relembra Pires e colaboradores (Pires *et. al.* 2004), não só o trabalho da enfermagem, mas o trabalho em saúde, está sempre inserido em contexto maior, que deve ser levado em consideração:

“Dejours, Dessors e Desriaux (1993) afirmam que a organização do trabalho compreende a divisão do trabalho, o sistema hierárquico e as relações de poder, esclarecendo, assim, que ao dividir o trabalho, se impõe uma divisão entre os seres humanos. Dessa forma, a organização do trabalho pode ser entendida como um processo que envolve o conjunto de atividades desenvolvidas pelos trabalhadores incluindo as relações de trabalho e as relações hierárquicas. O

trabalho ocorre em uma determinada estrutura organizacional, sendo influenciado pelo modelo de gestão e pela cultura institucional, bem como pela macropolíticas vigentes na sociedade. Nesse sentido, pensar a organização do trabalho não significa somente refletir sobre o modelo implementado internamente na referida instituição. Há que se pensar a totalidade que compõe esse contexto e a sua inserção social sob um modo de produção localizado historicamente” (Pires et. al. 2004: 313).

Considerando que não podemos separar o hospital de seu contexto, é importante discorrer, ainda que brevemente, sobre os novos modos de gestão nos hospitais públicos e suas implicações para os trabalhadores, seus limites e possibilidades de autonomia, participação e criatividade.

4.Gestão, Gerencialismo e Ideologia da Excelência no Serviço Público

Dos anos 1980 para cá muitas transformações se deram no mundo do trabalho e o setor saúde não ficou de fora delas. O trabalho em saúde, que, mesmo bem antes destas transformações no mundo do trabalho, no século XVIII, se conforma nos hospitais sob o modo capitalista de produção, nas três últimas décadas passa por transformações, desdobramento das mudanças empreendidas pelo pensamento neoliberal em todo o mundo, que impactam o trabalho vivo, daqueles que estão na ponta do cuidado.

No setor público, o trabalho em saúde guarda algumas peculiaridades, visto que não visa o lucro, mas atende ou deveria atender aos interesses do bem comum. Merhy e Franco (2008) defendem que, nas sociedades de direito à saúde, como é a brasileira, de acordo com os princípios do SUS, o trabalho em saúde deve (ou deveria) pautar-se pelo referente simbólico “*ato de cuidar da vida e do outro*” como o coração da produção da saúde. Portanto, a finalidade para as práticas de saúde, nesta perspectiva, é a de visar à produção social da vida e defendê-la.

No entanto, há também que se considerar que as práticas decorrentes do modo capitalista de produção não deixam de exercer influência nas práticas, tanto de trabalho, quanto de gerenciamento público. Os serviços públicos de saúde, assim, não ficam de fora de alguns preceitos dos serviços privados:

“O trabalho coletivo em saúde é também, fortemente influenciado pelas características do trabalho coletivo, do modo capitalista de produção com fragmentação, hierarquização e alienação. Essas características estão presentes na organização do trabalho em saúde, tanto no setor público, como no setor privado. No setor público, contudo, a busca de maior rendimento no trabalho não é para acumulação privada, e sim para maior redução de custos do setor.” (Pires et. al. 2004: 315).

No setor público também se busca o máximo de eficiência, o que se justifica do ponto de vista econômico, principalmente por se tratar de recursos públicos e por ser condição para ampliação da oferta de serviços. No entanto, a lógica econômica pode se desdobrar em redução do número de trabalhadores, gerando intensificação do trabalho, capaz de atingir a vida e a saúde dos trabalhadores que estão inseridos no mercado de trabalho, sem mencionar as conseqüências sobre aqueles que estão excluídos dos processos produtivos. Assim, a eficiência não se pode fazer às custas da eficácia, efetividade e qualidade das ações.

Segundo Azevedo (2005), o contexto no qual se deu a Reforma do Estado no Brasil, que adotou como eixos centrais a privatização e a modernização gerenciais, no intuito de impor a “*eficientização*”, favoreceu estados de angústia e mal-estar nas organizações públicas, diante de demandas cada vez mais intensas de eficácia a qualquer custo, da necessidade de competição e dos imperativos da qualidade total (Azevedo, 2005).

A redução do tamanho do Estado e as críticas ao modelo burocrático tradicional, por sua rigidez e permeabilidade a interesses privados, acabou por fortalecer o gerencialismo, em um contexto de enfraquecimento estatal, escassez de recursos públicos e desenvolvimento de uma ideologia privatizante que, a despeito de suas críticas à burocracia, permaneceu submetida a restrições administrativas (Azevedo, 2005):

“A administração pública na década de 90 no Brasil teria mantido como característica a limitada capacidade operacional, tendo como um de seus determinantes as restrições decisórias aos gerentes, submetidos, por um lado, aos controles administrativos formais e, por outro lado, às fontes difusas e externas de influências. A orientação normativa que dominou a administração pública pretendendo controlar o uso de recursos públicos refletiu-se como enrijecimento das organizações públicas pelo foco que impôs aos meios e processos.” (Azevedo, 2005: 56).

Mesmo nas organizações consideradas de excelência, que possuem materiais e recursos tecnológicos disponíveis, nem sempre há a mesma fatura no que diz respeito a pessoal. O

primado da eficiência, justificado e justificável do ponto de vista dos recursos públicos, recai sobre a diminuição de recursos humanos e, conseqüentemente, se desdobra em intensificação do trabalho. |Segundo Azevedo (2005), baseada em Machado (1999), do final da década de 1980 para o final da década de 1990, houve diminuição considerável de servidores na ativa, que se soma à flexibilização dos contratos de trabalho.

Soma-se a isto o fato que as transformações nos hospitais públicos e nos serviços públicos em geral se deram em um contexto de mudança dos modos de gestão em todo o mundo. No início da década de 2000, Chanlat (2002) chamou a atenção para a mudança na percepção sobre o papel do serviço público no mundo:

“Durante as duas últimas décadas, temos assistido nas nossas sociedades mudanças importantes que tiveram influência determinante sobre a maneira como se percebia o Estado e como, por conseguinte, considerava-se os serviços públicos. A crise do Estado-Providência, o desmoronamento das experiências socialistas, a hegemonia da empresa privada como modelo organizacional eficiente e do mercado como mecanismo de regulação das trocas, têm de fato influenciado profundamente não só a nossa visão da ação pública, mas também as políticas, os programas, as estruturas e a cultura das organizações estatais.”
(Chanlat, 2002:1).

Chanlat (2002) contextualiza as mudanças no setor público e discorre a respeito dos impactos das mudanças no mundo do trabalho e nos modelos de gestão nos trabalhadores dos serviços públicos de um modo geral. Os serviços públicos passam a exigir um funcionário competitivo e eficiente nos moldes da iniciativa privada, sem necessariamente considerar as especificidades daquilo que seria o coração dos serviços públicos, que o autor considera que seja a *ética do bem comum*.

O autor faz uma reflexão sobre a forma acrítica como o gerencialismo vem sendo importando do setor privado para o setor público, sem que os atores dessa importação acrítica

possam pensar algumas especificidades dos serviços públicos. O autor define gerencialismo (em português de Portugal *managerialismo*) da seguinte forma:

“Por managerialismo entendemos o sistema de descrição, explicação e interpretação do mundo a partir das categorias da gestão privada. As manifestações de desse managerialismo ao nosso redor são múltiplas. Em primeiro lugar, a nível linguístico, pode-se facilmente constatar quanto às palavras gestão, management, gerir, manegement, gerir, manager, gestionário, pertencem hoje em dia ao vocabulário naturalmente utilizado nas trocas do dia-a-dia (por exemplo, em muitos casos, nossas emoções não se expressam, gerem-se). (Chanlat, 2002:2).

O crescimento do gerencialismo se deu a partir das fortes críticas ao modelo burocrático e do desejo, por parte de empresários, cidadãos, políticos, de organizações mais “dinâmicas e inovadoras” (Chanlat, 2002).

O movimento intelectual em direção ao neoliberalismo propunha que se diminuísse o tamanho do Estado e sua atuação na área social, “*sem abandonar o bem-estar coletivo*”, diminuindo recursos com gastos sociais, abrindo espaço para organizações filantrópicas em setores economicamente pouco interessantes e transferindo serviços para o setor privado (Calgaro, 2013).

Ao incremento do gerencialismo no setor público, sobrepuseram-se mudanças também no âmbito da saúde e principalmente da assistência hospitalar. No final da década de 1970 os gastos com saúde foram desacelerados, sob pena de “*tornarem-se socialmente insustentáveis*”. Os hospitais, alvo principal da contenção de custos assistenciais, tornam-se também o locus privilegiado para as iniciativas de inovação gerencial (Braga Neto *et. al*, 2008):

“As políticas de saúde dos governos conservadores passam a ser redirecionadas, pautadas pela contenção de gastos e pela busca de maior

eficiência e qualidade nos seus resultados. E uma vez que os hospitais se encontram no centro do modelo de atenção e consomem a maior parcela dos recursos setoriais, é sobre esse segmento que grande parte das medidas então adotadas procura incidir.” (Braga Neto et. al, 2008: 587).

A complexa trama das mudanças no âmbito da gestão dos hospitais públicos, as mudanças nos modelos de gestão, as terceirizações, a impregnação do gerencialismo como caminho para atingir uma maior eficiência impactaram o trabalho dos *operadores do cuidado*, tanto pela existência de vínculos precários ou terceirizados, quanto pela redução do número de trabalhadores, aliada a cobranças de metas e resultados nem sempre passíveis de serem alcançados com os recursos disponíveis, o que aponta também para a questão do subfinanciamento do SUS.

Neste contexto de gerencialismo e de subfinanciamento, os operadores do cuidado trabalham com contingente de pessoal insuficiente e são expostos a cobranças que, muitas vezes, ultrapassam os limites de seus corpos e emoções, ainda que se utilizem, de forma tácita ou explícita, de estratégias defensivas contra estas demandas, fontes de sofrimento.

Se nos limitarmos e compreender tais cobranças unicamente como a obra de gestores enquanto figuras pessoais, deixaremos de visualizar o contexto que os envolve e que envolve o gerenciamento da saúde pública de forma geral.

O pensamento neoliberal e a lógica gerencialista se infiltraram nos corações e mentes da administração pública, assim como impuseram a ela também as “ferramentas” da iniciativa privada, tais como “*dowsizing*”, “*qualidade total*”, “*gestão do desempenho*” e entraram nos campos da saúde e educação públicas:

“No Brasil, dois exemplos de thik thanks², são a escola de governo denominada Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, e a HSM

² Institutos e Fundações neoconservadores (Calgaro, 2013).

Maneagement, instituições voltadas para a capacitação, treinamento e consultoria focados em resultados empresariais, dentro de uma filosofia que privilegia o alcance de metas e objetivos em detrimento da saúde do trabalhador e condições de trabalho condizentes com a necessidade mínima para sua atuação – embora de forma velada e sutil. Defendem modelos voltados para resultados, qualidade total e excelência (...)”. (Calgaro, 2013: 180).

Nos serviços públicos de saúde e principalmente nas organizações atravessadas pelo imperativo da excelência, no entanto, os modelos de qualidade são justificados pelos gestores com base no atendimento do cidadão. Se essa finalidade de prestação de serviços dignos é justificável do ponto de vista dos direitos dos usuários do SUS, as condições em que se dá o trabalho, principalmente no tocante ao contingente de pessoal direcionado para a assistência direta ao paciente, são incongruentes com o discurso da excelência e permanecem à sombra, silenciadas. Portanto, como nos alerta Gaulejac (2011), algumas organizações colocam os sujeitos diante de injunções paradoxais.

Soboll e Horst (2013) esclarecem que o termo *excelência*, já de princípio, se refere a algo não partilhável, pois para que um seja excelente, é preciso que um outro fique abaixo, aquém. Estes autores nomeiam *ideologia da excelência* o sistema de pensamento dominante hoje no mundo do trabalho, que tem por elemento principal a busca por desempenhos cada vez melhores, com resultados de *alta performance*, calcados no individualismo e na eterna superação de si e do outro:

“A ideologia da excelência tem a capacidade de legitimar e justificar as práticas organizacionais, numa dissimulação discursiva que envolve a todos na busca de resultados superiores, subsidiando a crescente produtividade. O controle via ideologia da excelência se evidencia no discurso hegemônico, que pauta a excelência como um padrão sempre mutável, nunca completamente conquistado, fundado na superação da performance e dos resultados dos outros e de si mesmo” (Soboll e Horst, 2013: 225).

No entanto, a *superação de si e dos outros*, o desenvolvimento da *resiliência instrumental*, com vistas a “*não adoecer*” e não diminuir a produtividade traz embutido o custo da submissão a um discurso que responsabiliza o sujeito, em sua individualidade, pelo sucesso ou fracasso, sem considerar o contexto e as condições de trabalho (Soboll e Horst, 2013).

Ferreira e colaboradores (2012) fizeram um estudo com um mil quinhentos e nove trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos no Rio de Janeiro em 2006. Deste total, encontraram 20,3% de frequência de absenteísmo para poucos dias (de um a nove dias) e 16,6% para muitos dias (mais de nove dias). Para os autores, baseados em larga revisão da literatura, o absenteísmo é multifatorial e, além de estar relacionado diretamente a problemas de saúde, se relaciona a fatores como cultura organizacional, ausência de estratégias de valorização do trabalhador, ausência de controle dos trabalhadores sobre o processo de trabalho, ambiente psicossocial desfavorável e baixo apoio social no trabalho (Ferreira *et. al.* 2012). É evidente que o absenteísmo não se deve unicamente ao modo de gerenciamento, mas este é um dos elementos que compõe a lista de fatores ligados ao absenteísmo.

Ao mesmo tempo, a lógica gerencialista tende a responsabilizar indivíduos isoladamente por seus estados de saúde e a criar mecanismo de controle, explícitos ou não, para tornar os sujeitos adoecidos portadores da doença das organizações, como nos demonstra Gaulejac (2011), ao tratar do caso de uma funcionária em uma empresa que acaba por assumir o status de “doente” como forma de escapar da impossibilidade de trabalhar em um contexto que lhe era violento: “*Encolhida na condição de entre se submeter ou demitir-se, adaptar-se ou ser excluída, ser reconhecida como agente ou ser anulada como sujeito, ela encontra uma saída na doença*”. (Gaulejac, 2011: 92).

Chanlat (2002) nos mostra como diversos elementos do gerencialismo, se aplicados de forma acrítica no serviço público, descartando princípios importantes da antiga administração burocrática, podem corroer a chamada *motivação* nos trabalhadores das organizações de Estado. O autor considera fatores como carga de trabalho, autonomia, reconhecimento e apoio social:

“(...) contentemo-nos em lembrar os principais elementos comuns que pudemos notar depois do surgimento desse novo modelo de gerência pública orientada para o desempenho e a produtividade. O primeiro diz respeito ao aumento da carga de trabalho que parece compartilhada por muitos empregados do setor público em razão da redução de pessoal e de novos imperativos de desempenho e produtividade. Em estreita relação com a carga de trabalho, própria do empregado do serviço público, notadamente para aqueles que estão em contato direto com o público, nota-se uma pressão maior da parte dos usuários dos serviços oferecidos. Esta pressão tem várias origens: discurso sobre a importância do cliente, exigências crescentes dos cidadãos para com sua administração, dificuldades sociais crescentes (desemprego, precariedade, pobreza, miséria,...) subida da incivilidade (ensino, transporte,...)” (Chanlat, 2002: 4).

No Brasil coexistem as lógicas patrimonialistas, burocráticas e gerenciais (Azevedo, 2005), com resquícios de práticas patrimonialistas que abrigam servidores ociosos, sendo que estes raramente são alocados no atendimento direto ao cidadão/usuário. Se há um avanço no que tange aos direitos dos cidadãos em relação a um justo atendimento nos serviços públicos, este não pode estar desconectado de uma compreensão do trabalhador/servidor como também um sujeito de direitos e de um gerenciamento que proveja condições de prestação de um atendimento de qualidade:

“O funcionário [público], caução tradicional do interesse geral e do bem comum, deverá de agora em diante obedecer às exigências dos clientes (...). A imparcialidade, o tratamento igualitário e o interesse geral correm o risco de desaparecer, a longo prazo, em benefício de mecanismos cada vez mais mercantis”. (Chanlat, 2002: 6).

Em relação à autonomia, Chanlat (2002) nos lembra um paradoxo do gerencialismo no setor público: se, por um lado, há uma demanda de maior responsabilidade e imputabilidade aos empregados do setor público, por outro, a hierarquia está sempre presente e a autonomia reduzida, como nos modelos tradicionais de administração. Quando juntamos a esta equação, em que, até o momento, estavam presente apenas os componentes *gerencialismo e serviço público*, as peculiaridades do trabalho em enfermagem, podemos inferir a hipótese de um trabalho com elevado grau de responsabilidade, sem necessariamente o mesmo grau de autonomia, ainda que considerando que a problemática “*autonomia versus controle*” seja bem mais problemática e mereça uma discussão mais profunda, como lembra-nos Cecílio (1999).

Pires e colaboradores (2004) discorrem a respeito da autonomia no trabalho em enfermagem, hegemonicamente influenciado pela escola clássica de administração:

“A escola clássica influenciou, também, a ênfase institucional na subordinação de um indivíduo a outro e de um serviço a outro, além dos organogramas verticalizados, que não consideram as relações interpessoais. Deste modelo, adotam-se as propostas de trabalho e avaliação basicamente quantitativas; a preocupação com a quantidade de trabalho realizado e não com a qualidade deste; o controle do trabalhador, por meio do supervisor (enfermeiros chefes de unidade e/ou responsáveis pelo trabalho da equipe em determinado turno de trabalho).” (Pires et. al. 2004: 316).

Se o trabalho em enfermagem guarda semelhanças com certas formas de gerenciamento clássicas de controle sobre o trabalhador, guarda também semelhanças com o modo como se cobra produtividade nas novas formas de gestão:

“Essa preocupação constante com o fazer, com a realização da tarefa em si está relacionada à forma como a enfermagem tem valorizado seu trabalho, o fazer em detrimento do pensar. Essa relação com a eficiência, com o fazer, está também associada ao que se espera do trabalhador na sociedade atual: eficiência,

agilidade, produtividade, aspectos presentes no cotidiano do trabalho de enfermagem.” (Pires *et. al.* 2004: 318).

A despeito de todo controle e de todas as formas de gerenciamento que visam a produtividade a qualquer custo, sabemos, pelos próprios estudos da Psicodinâmica do Trabalho, já descritos no primeiro capítulo desta tese, que o trabalhador tem formas de exercer seu trabalho por e apesar das prescrições e controles, ultrapassando-as de forma a acrescentar de si, para que o trabalho se efetive.

Da mesma forma, quando não há reconhecimento da contribuição singular do trabalhador para a organização do trabalho, sabemos também que a tendência desse trabalhador é a desmobilização subjetiva, que pode se traduzir em inumeráveis problemas como adoecimentos, licenças médicas, faltas injustificadas, recusas em trocas de plantão e uma série de outros mecanismos que podem se configurar como verdadeiras linhas de fuga para aqueles que, a princípio, estão em posição subalterna.

Se nas organizações hospitalares, como vimos anteriormente, há uma má distribuição de *autonomias* e de *poder* quando consideramos diferentes categorias profissionais (Cecílio, 1999), principalmente enfermagem e corpo médico, não podemos deixar de considerar que essa má distribuição provoca reações nas categorias com menos poder dentro da organização hospitalar:

“Vale destacar que o reconhecimento da singularidade de cada situação não invalida que se reconheçam certas regularidades presentes em quase todas as organizações: o forte poder médico traduzido em sua autonomia e na sua acentuada capacidade de impor disciplinas no hospital (Carapinheiro, 1993); a linha de mando fortemente hierarquizada da enfermagem, mas também estratégias de resistências dos subalternos, verdadeiras linhas de fogo do poder instituído (Lima, 1998)”. (Cecílio, 1999: 318).

A distribuição de poder se relaciona com o prestígio, que está diretamente ligado ao reconhecimento social de determinados trabalhos e de determinadas categorias profissionais dentro das organizações hospitalares. Ou seja, ainda que no âmbito da organização e dos novos modelos de gestão, caímos novamente na problemática do reconhecimento, pedra fundamental para a dinâmica prazer-sofrimento no trabalho.

Como vimos anteriormente, é o reconhecimento que confere sentido ao sofrimento empreendido em todo ato de trabalhar, de atravessar os obstáculos do real para transformar o trabalho prescrito em trabalho efetivo (Dejours, 2008 a; 2012 A; 2012B).

Nesse complexo emaranhado, onde é fundamental reconhecer os direitos do cliente/cidadão, mas também considerar a realidade dos trabalhadores de saúde do serviço público, quais seriam os caminhos possíveis para resgatar uma certa mobilização e investimento? Denise Pires e colaboradores (2004) apontam, entre outros elementos, para o caminho das condições de trabalho:

“Porém, há que se salientar que, para que o trabalho seja realizado a contento, também são necessárias boas condições. Os estudos de Matos (2002) e Gelbke (2002) assinalam, como importantes para a organização do trabalho, aspectos relacionados à quantidade e qualidade da força de trabalho disponível (...).” (Pires et. al. 2004: 319).

Mais adiante, neste texto que trata da organização do trabalho para os trabalhadores de enfermagem, a autora e seus colaboradores acrescentam, como um novo modo de organização que possa melhorar o trabalho da enfermagem nas nossas organizações de saúde:

“Condições de trabalho compatíveis com o trabalho a ser realizado, possibilitando uma assistência de qualidade, bem como visando à saúde do trabalhador. Essas condições estão relacionadas à existência de infraestrutura adequada, bem como de recursos materiais e humanos, em

quantidade e qualidade para o trabalho a ser desenvolvido.” (Pires et al. 2004: 322).

Chanlat, por sua vez, aponta, mais do que para condições materiais e humanas nas formas de gestão dos serviços públicos, para aquilo que ele chama de resgate *da ética do bem comum*. O autor nos cita a catástrofe do *World Trade Center* como um lembrete, para a sociedade estadunidense, quando servidores, policiais e bombeiros, perderam a vida resgatando vidas, movidos por esta ética do papel dos servidores públicos: *“Estes últimos tornaram-se verdadeiros heróis num país que costuma mandar para o inferno seus serviços públicos.”* (Chanlat, 2002:6). Mais adiante o autor acrescenta:

“Numa época em que o que vale mais são o sucesso individual, a performance informatizada e as tiranias da intimidade, falar em ética do bem comum como fator de motivação pode parecer totalmente defasado. Mas, como sabemos por outro lado que toda vida coletiva é impossível sem um mínimo de cooperação e solidariedade, este lembrete da especificidade da ação pública é indispensável (...) Ao lembrar a importância e o papel que representa a ética do bem comum nesse tipo de trabalho, queremos dizer a todos e a todas que não pode haver reflexão sobre a motivação para o trabalho no setor público sem apelas para esta noção. Tal lembrete nos parece tanto mais crítico quanto mais, como vimos, a administração pública enfrenta novos discursos importados do setor privado, sem levar sempre em conta esses elementos que ao mesmo tempo garantem a separação das esferas, isto é, em certa medida, o pluralismo ao qual estamos todos apegados, e participam da mobilização dos empregados.” (Chanlat, 2002:7).

A forma como os serviços se organizam e seu contexto político institucional exercem forte influência sobre o exercício do trabalho de todas as categorias profissionais que convivem em um mesmo espaço organizacional, assim como na sua saúde e na produção de cuidado. Gestão, saúde

dos trabalhadores e produção de cuidado estão intimamente relacionadas, na medida em que modelos de gestão com muitas contradições e dissonâncias afetam a saúde dos trabalhadores, assim como esta interfere diretamente na forma como estes trabalhadores produzem ou não produzem cuidado com os usuários:

“A organização do trabalho tem, portanto, um papel de destaque na vida do trabalhador, tanto pelo modo como o próprio trabalho é realizado, quanto pelas inter relações estabelecidas, ou seja, a organização do trabalho aparece como uma relação intersubjetiva.” (Pires et. al. 2004: 319).

Por este motivo foi importante discorrer a respeito da teoria que fundamenta a compreensão de trabalho e de trabalhador, a Psicodinâmica do Trabalho; das especificidades da categoria pesquisada, a enfermagem; assim como do contexto político institucional que abraça não somente a equipe pesquisada, mas que está em voga na grande maioria dos hospitais públicos na atualidade.

Discorrer sobre os modos de gestão não significa discorrer sobre os gestores, mas sobre o modelo no qual todos os sujeitos do processo de trabalho estão imersos e ao qual estão submetidos ou se submetem, em maior ou menor grau, para, então, que possamos refletir juntos sobre os desdobramentos e implicações destes modelos na micropolítica das ações cotidianas e na produção de cuidado.

5. Perspectivas Teórico-Metodológicas de Investigação

Ao longo desta tese, parti de uma concepção de trabalho e de trabalhador baseado na Psicodinâmica do Trabalho, considerando as especificidades do trabalho em saúde e do trabalho em enfermagem e considerando ainda o contexto organizacional atual dos hospitais públicos na atualidade - quando discorremos a respeito de gestão e gerencialismo. Apoiada neste referencial teórico, utilizei diferentes instrumentos da pesquisa qualitativa para investigar o uso da *Inteligência Prática* em trabalhadores de enfermagem em um setor de oncologia de um hospital público.

O objetivo geral do projeto de pesquisa era investigar os usos da *inteligência prática*, o saber-fazer dos trabalhadores de enfermagem de um setor de um hospital oncológico. Para atingir tal objetivo, era necessário também fixar objetivos mais específicos, tais como a investigação do contexto, as *resistências* que o *real* impunha a estes trabalhadores, sobre as quais utilizavam ou não seu *saber fazer*, possíveis de serem atravessadas ou não por sua *métis*. Estas *resistências do real* poderiam estar na relação com os pacientes e seus familiares, na relação com a organização e hierarquias superiores ou na relação entre pares.

Era necessário também investigar como estes trabalhadores percebiam os resultados de suas contribuições para a organização do trabalho, a despeito das *resistências do real*, a despeito de toda ordem de dificuldades, o que lhes gratificava. Desta investigação emergiu a categoria *reconhecimento*, mas também o da *invisibilidade de suas contribuições*.

Para realizar o objetivo geral e os objetivos específicos do projeto de pesquisa, utilizei estratégias de investigação, tais como observações participantes, entrevistas individuais e em grupo. As entrevistas em grupo tiveram o propósito não só de trazer temas emergentes das entrevistas individuais para discussão do grupo, mas também de convidar o grupo a dialogar e produzir sentido acerca destes temas.

Os temas que emergiram mais fortemente nas entrevistas individuais - que compõem o grande mosaico do *saber fazer* desses trabalhadores - foram os modos de lidar com a morte, com o paciente e seus familiares, com a organização do trabalho (onde se incluem os excessos e as insuficiências diante desse trabalho), com as hierarquias e os sentimentos de gratificação provindos da relação com os pacientes.

Quando foi iniciado o trabalho de campo, com base no projeto de pesquisa, a investigação se daria somente a respeito do trabalho dos técnicos de enfermagem em oncologia. No entanto, as enfermeiras assistenciais do setor apresentaram demanda de participar da pesquisa e serem ouvidas. Acedi a tal demanda sem resistir, na medida em que percebi que, naquele contexto de trabalho, não só o ofício de técnicos e enfermeiras muitas vezes era intercambiável devido à falta de contingente de pessoal, mas também percebi que a demanda dessas trabalhadoras dizia respeito à necessidade de dar visibilidade às questões presentes em seu cotidiano de trabalho, muito semelhantes às questões levantadas pelos técnicos de enfermagem do setor.

Ao apresentar o projeto de pesquisa para os gestores do hospital, expliquei que se tratava de uma pesquisa que visava não somente colher dados, mas tinha também, principalmente, como objetivo atender a uma demanda, interagir e produzir sentido a respeito dos problemas vividos pelos trabalhadores de enfermagem. A partir daí me foi pedido que eu realizasse a pesquisa em um setor do hospital considerado como um setor “*pesado*”, tanto no que tange ao trabalho físico como psíquico, que irei descrever ao final deste capítulo.

5.1. Abordagem Clínica de Pesquisa: questões teórico-metodológicas e éticas

A abordagem clínica é uma forma de fazer pesquisa que se caracteriza não propriamente pelo uso de métodos e técnicas, mas por um posicionamento em relação ao outro, ao sujeito de pesquisa. Seu interesse não está direcionado ao saber somente como produção de conhecimento, mas está direcionado para as questões de grupos, organizações e sujeitos às voltas com seus sofrimentos (Levy, 2001).

Nesse sentido, quando do pedido de entrada da pesquisa na unidade hospitalar, a escolha pelo setor mais problemático do hospital pelas chefias de enfermagem (do ponto de vista do sofrimento dos trabalhadores de enfermagem), foi adequada à proposta do projeto de pesquisa e veio de encontro às necessidades do grupo de trabalhadores daquele setor. Estes acolheram a pesquisa de forma receptiva, mostrando a necessidade de expor seu cotidiano “*para alguém de fora*” do setor.

A abordagem clínica de pesquisa enfoca de outro modo a questão da relação entre pesquisa e ação ou entre teoria e prática. Essa abordagem, de certa forma, rompe com os princípios do positivismo científico, na medida em que considera que a pesquisa e o ato de intervenção são indissociáveis, quando se trata de lidar com grupos de sujeitos, organizações, grupos que carregam, ainda que implicitamente, alguma demanda relacionada a seus estados de sofrimento (Levy, 2001).

Embora seja necessário que os sujeitos, grupos ou instituições pesquisados tenham uma demanda, não necessariamente ela precisa ser explícita, mas é preciso que a presença do pesquisador/clínico seja assentida, o que ocorreu, tanto da parte das chefias quanto da parte dos trabalhadores.

“Se o campo da pesquisa clínica devia se limitar às situações de intervenção baseadas em uma demanda da parte dos atores sociais dispostos a se implicar em um processo de análise, este seria, com efeito, excessivamente reduzido. As condições de emergência de uma demanda social, suscetível de constituir um objeto de um tratamento, no quadro de relações de cooperação, que conjugam a análise de problemas de ação com o desenvolvimento de conhecimentos gerais são bastante excepcionais; elas supõem, não apenas pesquisadores-clínicos capazes de apreendê-las e recebê-las, mas também a aceitação, pelos atores sociais implicados, de dispositivos que permitam um trabalho de exploração e análise coletiva” (Levy, 2001:79).

Nesse sentido, a receptividade, tanto da equipe, quanto das chefias de enfermagem do hospital, foram extremamente favoráveis à entrada em campo e ao exercício da pesquisa dentro da abordagem clínica, na medida em que o setor do hospital apresentava um histórico de sofrimento de trabalhadores e que, em função disso, tanto a equipe quanto os gestores se mostraram abertos à entrada de um sujeito, *parcialmente de fora* (na medida em que eu não pertencia àquela unidade hospitalar, mas pertencço à instituição), com o intuito de construir sentido, junto com os sujeitos envolvidos, a respeito do sofrimento com o qual aquele grupo estava (e está) às voltas.

A abordagem clínica supõe, da parte do clínico, que ele se desloque mentalmente para o espaço do outro, considerando-o como uma *totalidade significativa*. Por isso, nessa abordagem, não cabe o estudo de faculdades separadas dos sujeitos, mas é sempre necessário incluir o sujeito como um todo (Levy, 2001). Sendo assim, ainda que nos interessemos aqui pelos usos *da inteligência prática e de outros recursos subjetivos* de uma equipe de enfermagem em oncologia, a forma de abordá-los é dentro de uma relação de sujeitos, localizados em um contexto, se relacionado com outros sujeitos, com uma organização e com um contexto político institucional.

Portanto, não se trata da abordagem de um “caso” (seja de um sujeito, um grupo ou uma organização) e nem se pretende fazer uso instrumental do material pesquisado, mas produzir,

junto com os sujeitos de pesquisa, sentido acerca das questões pesquisadas, articulando-as com os referenciais e produções teóricas pertinentes.

Há que se ter, nesse sentido, uma disponibilidade para a escuta da parte do pesquisador, no intuito de compreender os sujeitos de pesquisa nos seus *esforços para dar sentido a suas condutas e aos acontecimentos que tecem sua história* (Levy, 2001: 20):

“(...) apesar das referências teóricas, é-lhe necessário facilitar e tomar parte da construção do sentido dado pelos sujeitos a sua própria história, e, para isso, ser capaz de admitir o mais inverossímil, o mais inesperado, o mais incompreensível (...)”(Levy, 2001: 21).

Se eu tinha algumas hipóteses, na minha entrada em campo, outros elementos foram se descortinando. Se eu supunha que o intenso sofrimento do setor se dava prioritariamente em função da natureza daquele trabalho que tocava não somente a morte, mas a morte sem sentido, a morte de jovens, as mutilações aparentes, algumas quase monstruosas, a perda de filhos e filhas, outros elementos foram se revelando. O sofrimento do setor se mostrou como a hipérbole do sofrimento da assistência oncológica, mas também a hipérbole do sofrimento daqueles que trabalham em uma unidade oncológica envolta no imperativo da excelência, com intensas demandas e quantitativo de pessoal abaixo do desejável.

Às minhas hipóteses iniciais, assim, se acrescentaram outras questões, não menos relevantes. Nesse sentido, a abordagem clínica de pesquisa se aproxima muito daquilo que Dejours chama de *“escuta arriscada”*, que seria requisito fundamental da parte do clínico/pesquisador, no intuito de apoiar os sujeitos nas construções de sentido acerca de suas práticas cotidianas, no caso, acerca de seu trabalhar e de seu trabalho.

No entanto, não bastam ao clínico/pesquisador a disponibilidade, a empatia e a boa vontade em relação ao outro. É-lhe necessário também a tessitura de elaborações teóricas e comunicações

acerca dessas elaborações. Assim, Levy (2001) define três momentos da abordagem clínica: o ato propriamente dito da relação entre o clínico pesquisador e os sujeitos de pesquisa; a elaboração teórica e a comunicação dessas aquisições. Esses três momentos da abordagem clínica de pesquisa supõem a existência dos outros:

“Tentaremos mostrar que a anulação ou colocação entre parênteses de um desses momentos ou de uma dessas categorias de atores sociais, conduz, inevitavelmente, a reduzir a clínica a uma simples relação técnica, psicológica ou instrumental” (Levy, 2001: 82).

Nessa abordagem não se busca o saber pelo saber. Parte-se do pressuposto de que o ato de reflexão se desdobra em efeitos de transformação e o processo desencadeado envolve todos aqueles que dele fazem parte, inclusive o clínico/pesquisador (Levy, 2001).

Nesse sentido, um dos efeitos de transformação em mim, foi perceber com mais clareza o enorme abismo que se abre entre as atividades de gestão e as atividades de assistenciais na área da saúde, principalmente em oncologia, que possui algumas peculiaridades, como o contato constante com a finitude e seus dramas, dos quais muitos trabalhadores querem ficar distantes ou simplesmente não suportam. Talvez isso torne o abismo entre o trabalho na gestão e o trabalho na assistência ainda mais pronunciado na área oncológica.

Se eu ocupo, na instituição, uma função intermediária, que não se localiza na assistência direta ao paciente, mas na escuta dos trabalhadores e meu local geográfico de trabalho se dá em um prédio eminentemente administrativo, a partir da pesquisa, ficou bem claro pra mim o imenso vão que ainda existe entre a administração e a atenção, entre a gestão e a assistência. Essa percepção me convoca ao chamado ético da procura de um diálogo entre essas duas esferas.

A perspectiva clínica não se apoia em um sentido do qual os atores seriam depositários e que seriam capazes de revelar, mas pressupõem diálogo entre o clínico pesquisador e os sujeito de

pesquisa. Diálogo este que propicia construção de sentido. Por isso, a abordagem clínica de pesquisa é considerada uma *clínica do sentido*. A compreensão, nesta perspectiva, é encarada como *ato de descobertas ininterruptas de significações sempre parciais e provisórias* (Levy, 2001).

Nessa mesma direção, que supõe que a construção de sentido se desdobra em transformações, Gaulejac (2001) afirma que “*Reflexão é Ação*” (Gaulejac, 2011).

“O que é, com efeito, profundamente original na concepção clínica do sentido é que ela combina suas duas dimensões: orientação (ou projeto) e significação; em outras palavras mudar e compreender. O “sentido” é o que faz sentido para seres concretos, em relação dinâmica (...)” (Levy, 2001: 27).

Quando Levy faz tal afirmativa impossível não se remeter à assertiva da Ergologia, “*compreender para transformar*”. Talvez a concepção clínica de pesquisa não seja tão original assim e, ainda que guarde diferenças consideráveis com outras duas clínicas do trabalho, tenha muitos princípios comuns.

Se por um lado, é possível que, a despeito das diferenças, estas abordagens afirmem princípios semelhantes de modos diversos, por outro, é evidente que, destas abordagens, escolhi os pontos que considero relevantes para a aproximação do objeto de pesquisa escolhido. Cabe, assim, discorrer a respeito do sentido da palavra e da escuta que irão balizar as entrevistas, tanto individuais quanto em grupo, baseado na abordagem dejouriana.

5.2. Escuta e Palavra

A palavra dos trabalhadores, assim como a escuta dos clínicos, é de suma importância não somente para o acesso ao sofrimento, mas também para a elaboração e para a produção de sentido acerca das situações vivenciadas. Para Dejours, a escuta que realmente produz efeito é “arriscada”, porque, entre outras questões, implica produção de sentido.

É com base em toda a concepção de escuta e palavra da abordagem dejouriana, que esta pesquisa pode se tornar uma pesquisa-intervenção, na medida em que palavra e escuta, se orientadas por determinados princípios, podem surtir efeitos de reflexão nos atores e na organização envolvidos, tal como profere a abordagem clínica de pesquisa.

Dejours enumera uma série de “riscos” da escuta. O primeiro deles é abrir-se para escutar algo ainda inédito:

“(...) não basta ouvir para que se produza o milagre do aparecimento de sentido, isso depende também da natureza da escuta. A escuta só produz efeito se envolver risco, assim como o discurso também envolve risco. Ouvir e escutar, ou seja, compreender algo ainda inédito no discurso, é estar aberto para correr um primeiro risco” (Dejours, 2008 a: 88).

Nesse sentido, ao entrar em campo, corri um risco, inclusive ético, ao escutar palavras que me colocassem em campos de forças diversas e que me chamassem a uma tomada de posição.

Entretanto, a este risco se seguiriam outros. Um deles seria a relação que se estabelece entre aquilo que é escutado e os saberes científicos estabelecidos. O conteúdo daquilo que emerge da fala dos trabalhadores não necessariamente ratificará o conhecimento científico estabelecido até então. Isto quer dizer que, ao propor uma pesquisa e, ao ir a campo, é preciso que haja

abertura para realmente escutar o que emerge da fala dos trabalhadores, inclusive conteúdos que podem refutar completamente as hipóteses aventadas anteriormente. É preciso assim, que o clínico/pesquisador esteja disposto a escutar e dialogar com os trabalhadores em questão.

Dessa forma, minha hipótese inicial de que o sofrimento naquele setor hospitalar se dava em função da natureza do trabalho, do contato constante com a finitude, foi transformada ao longo do diálogo que foi se processando ao longo do tempo, durante a pesquisa de campo. Percebi que, somada à natureza daquele tipo de trabalho, com aquele tipo de câncer, em pessoas muito jovens, com lesões visíveis, se acrescentava o peso de um imperativo de excelência da instituição. Essa imagem de excelência da instituição se constituía como uma sobrecarga extra para os trabalhadores, na medida em que, em função de contradições existentes no serviço, como um quantitativo insuficiente de trabalhadores, por exemplo, em função da diminuição geral de servidores na esfera pública, à qual já nos referimos no capítulo três, os trabalhadores nem sempre tinham como cumprir aquilo que eles mesmos consideravam *excelente* em seu modo próprio de realizar o trabalho.

Um terceiro risco seria o fato de que “*adotar como princípio metodológico a necessidade de apoiar a pesquisa sobre uma demanda implica, inelutavelmente uma tomada de posição ante essa demanda*” (Dejours, 2008 a: 90). Este terceiro risco implica em um posicionamento ético em relação ao conteúdo daquilo que se escuta. Nesse sentido, este terceiro risco da escuta foi particularmente delicado para mim, na medida em que tinha uma dupla implicação com o campo de pesquisa: pesquisadora e servidora da casa, mais especificamente, lotada na divisão de saúde do trabalhador.

A esse conjunto de características de uma escuta aberta à fala dos trabalhadores, Dejours chama de “*escuta com risco*”. Precisei dialogar com minha própria escuta, com minha orientadora e com colegas para, da melhor forma possível, me abrir a todos estes riscos de uma escuta que pudesse produzir sentido.

A palavra, por sua vez, na perspectiva da psicodinâmica, apoiada nos pressupostos da psicanálise, não é um mero canal de transmissão de informações, mas uma forma de elaboração das situações vivenciadas:

“É necessário passar pela palavra dos trabalhadores, é a única via de acesso a essa realidade que ainda não veio à luz. Isto com a condição de considerar que a palavra não pode funcionar nesta situação como simples meio de tradução da realidade subjetiva; caso contrário todos os fatos a serem reunidos já estariam na esfera do consciente. A palavra age mais como meio de fazer chegar à inteligibilidade o que ainda não é consciente. Essa propriedade da linguagem deve-se ao fato de que falar com alguém é um meio muito vigoroso de pensar, de experiência vivida subjetivamente. A palavra é o meio de perlaboração(...)”(Dejours, 2008 a: 85).

Assim, ir a campo, ouvir os trabalhadores acerca de seu trabalho é também provocá-los a produzir sentido acerca de seu cotidiano, é instigá-los a pensar, a falar, mas também a descobrir novos ângulos pelos quais podem olhar seu saber, seu saber-fazer, seu modo de trabalhar e se relacionar com os tantos outros que compõem seu trabalho.

Nas entrevistas em grupo ou mesmo nas individuais não foi raro que os trabalhadores fossem *mudando de ponto de vista*, pensando em outras coisas antes não pensadas, ao dialogarem com os próprios colegas ou comigo, a ponto de me abordarem nos corredores, quando ainda da pesquisa de campo, e me falassem: *“Eu te falei aquilo, mas agora estou vendo por outro ângulo.”* Ou mesmo como um trabalhador que me falou na entrevista individual que conseguia *“separar bem as coisas”*, que *“não levava os problemas do trabalho para casa”*, mas que, ao longo da própria entrevista em que disse isso, ficou *“na dúvida”*.

Ao longo de sua entrevista individual o trabalhador foi refletindo sobre a certeza que tinha anteriormente que *“conseguia separar bem as coisas”*. Tanto para este trabalhador, como para outros e para mim mesma, na função de pesquisadora implicada naquele universo e no processo de pesquisa, novos sentidos foram se abrindo por meio da palavra e da escuta.

Portanto, é por meio da palavra dos trabalhadores e da escuta do clínico que é possível ter acesso e produzir sentido sobre as formas pelas quais os trabalhadores não somente vivenciam o sofrimento, constroem suas defesas, mas também como criam condições de executar seu trabalho, como se reconhecem a si mesmos na condição de sujeitos que contribuem para a organização do trabalho e como podem, a partir disso, transformar sofrimento em prazer no trabalho.

5.3 O Conceito de Implicação e a Implicação da Pesquisadora

Como já citei anteriormente, sou servidora da mesma instituição onde se deu o campo de pesquisa. Embora trabalhe em outro prédio, em outra região geográfica e em outra função, a todo momento, durante a pesquisa, era preciso considerar meu lugar e as implicações que ele tinha para minha relação com os sujeitos de pesquisa. Se por um lado meu lugar na instituição era um facilitador, pois, como servidora da Divisão de Saúde do Trabalhador, já tinha familiaridade com as questões levantadas pelos trabalhadores e uma relação de confiança estabelecida, por outro lado, a emergência de alguns temas relativos à instituição me exigiu que abrisse mão de um desejo recôndito de não desagradar. Analisar estes temas talvez me custe desconfortos. No entanto, o objetivo primeiro da pesquisa é dar visibilidade ao *saber fazer* – para além do trabalho prescrito - de uma categoria que geralmente fica à margem na dinâmica da organização hospitalar. E dar visibilidade a esse saber fazer também implica em dar visibilidade ao *trabalho real* e ao *real do trabalho* em suas diversas faces, inclusive aquela do relacionamento destes trabalhadores com a organização.

Desta forma, a todo momento, era necessário refletir acerca de minha relação com o campo de pesquisa e com a instituição, o que, no entanto, não me eximia do meu lugar de escuta e das possíveis limitações do lugar que ocupo.

A abordagem clínica de pesquisa considera, no que diz respeito à pesquisa intervenção, as características das ciências humanas: o pesquisador estar implicado em seu objeto pela diferença e pela semelhança que o ligam a ele (Barus-Michel, 2004):

“A implicação não é uma espécie de fusão emocional com o objeto ou, ao menos, não poderia persistir como tal e seria dessa forma inutilizável. A implicação se trabalha, deve primeiro passar pela palavra (...) Todo trabalho desse gênero passa pela enunciação do próprio sujeito: quem fala e de que lugar? O pesquisador explicita o que ele é em relação à instituição da qual faz seu objeto (...)” (Barus-Michel, 2004: 129).

Nesse sentido, é importante desde já deixar claro que as demandas de sofrimento por parte dos trabalhadores são meu objeto de trabalho cotidiano e que, em primeiro lugar, são elas que me mobilizaram a elaborar este tipo de projeto, inclusive procurando dar visibilidade não exatamente ao sofrimento, mas à capacidade criadora de tais trabalhadores diante do trabalho, que também implica em sofrimento.

Portanto, desde já, coloco para o leitor desta tese o lugar de que falo, sem que com isso eu venha a me eximir de procurar olhar o máximo de lados envolvidos na questão da produção do cuidado na atenção oncológica.

A implicação, na perspectiva psicossociológica, significa envolvimento, responsabilidade, subjetividade e intersubjetividade; pode ser *“fonte de conhecimento e de desconhecimento, ocupa lugar importante tanto nos processos criativos como nos processos de alienação individual, social e política”* (Amado, 2005:281).

Nesse sentido, discorrer a respeito da minha implicação em relação ao objeto de pesquisa não se constituiu apenas um meio de situar o leitor, mas de situar a própria relação

pesquisador/objeto e de esclarecer a minha *implicação* na pesquisa a que dará origem este projeto.

O envolvimento com objetos complexos - como é o caso do trabalho da equipe de enfermagem em oncologia e tudo que ele envolve - exige sempre uma análise da implicação, pois o pesquisador, na abordagem psicossociológica, “*coloca em campo a sua subjetividade, a das pessoas com as quais intervém e as múltiplas relações de intersubjetividade.*” (Amado, 2005: 281):

“Quanto às perturbações ligadas a essa subjetividade, só se tornam a fonte de erros incontrolados ou incontroláveis quando são negligenciadas ou ornamentadas de modo definitivo pelas resistências da contranferência maquiadas de metodologia” (Devereux apud Amado, 2005: 282).

A raiz grega da palavra *implicação*, segundo Amado (2005: 281) é *plek* (*dobrar*), mas também *plektere* (*entrelaçar*). Nesse sentido, o autor alerta para um “*risco de se prender num entrelaçamento*”. Durante muitos momentos do trabalho de campo, ao presenciar e mesmo testemunhar o sofrimento dos trabalhadores, precisei do recurso da fala, do diálogo com minha orientadora e com colegas, para que eu mesma pudesse produzir sentido acerca das fortes emoções que presenciei e vivi durante o trabalho de campo. Nesse sentido os encontros de orientação foram fundamentais, mas também o diálogo com as colegas psicólogas que trabalhavam na unidade hospitalar pesquisada.

Barus-Michel também nos alerta que “*toda análise é parcial e momentânea, inscrita na demanda e na implicação*” (Barus-Michel, 2004: 130). Por isso, a análise do material coletado nesta pesquisa estará, inevitavelmente, relacionada à minha implicação enquanto pesquisadora do objeto estudado.

Se é por meio da palavra que se podem destrinchar as relações do pesquisador com seu objeto, é preciso esclarecer de que lugar parto para a pesquisa e quais os possíveis cuidados necessário em sua execução.

O lugar que ocupo na área de Saúde do Trabalhador desperta em mim uma preocupação não somente com a saúde mental dos trabalhadores que atuam diretamente na assistência oncológica, mas com seu cotidiano de trabalho e com mecanismos que possam lhes ser útil, que possam produzir cuidado em meio a tanto sofrimento, dentro de um hospital de câncer.

Parto do princípio de que a dinâmica do reconhecimento pode transformar o sofrimento – ou pelo menos parte dele - em prazer na esfera do trabalho, como já enunciado no capítulo a respeito da Psicodinâmica do Trabalho.

Sendo assim, considero que pesquisar a respeito das contribuições de uma certa categoria de trabalhadores – que está em contato direto com os pacientes e suas famílias, no exercício intenso e cotidiano do cuidado – pode trazer à luz não somente os mecanismos subjetivos que usam para lidar com dor, morte e sofrimento, mas também os saberes que constroem no cotidiano.

Pesquisar seus recursos, em minha perspectiva, é também registrar a mobilização *de sua inteligência prática*, é dar visibilidade aquilo que é parte central de seu trabalho e que, no entanto, não é passível de mensuração e quantificação. Dar visibilidade a esta parte do trabalho é uma forma de dar subsídios a ações de saúde do trabalhador, mas também a dispositivos - sejam na esfera da saúde ou da educação - em que seus saberes possam ser escutados, transmitidos e compartilhados. Isto porque acredito que não somente os procedimentos estritamente técnicos devam ser objeto de discussão, debate e aprendizagem, mas também os saberes que os trabalhadores constroem em seu cotidiano. Pois o reconhecimento da existência de tais saberes favorece a valorização de algo que, via de regra, fica à sombra.

No entanto, considero que, ao abordar os *recursos subjetivos e a inteligência prática* desta perspectiva, também é preciso ter o cuidado para não fazer desses trabalhadores nem heróis, nem vítimas e nem mártires da dinâmica institucional. Estes estão inseridos na organização como

a grande maioria dos trabalhadores. Todavia, talvez esses trabalhadores despertem especialmente minha simpatia e meu desejo de aproximação por passarem mais tempo com os pacientes e por fazerem parte da categoria que mais adocece dentro da instituição, o que os faz, na minha perspectiva, mais necessitados de atenção.

Considerando minha inserção institucional e os eventos que me mobilizam para pesquisar a *inteligência prática* e outros recursos subjetivos de uma equipe de enfermagem em oncologia, é preciso ter um cuidado especial para, preservando o sigilo e suas identidades, reconhecer seus esforços sem, no entanto, os glamourizar, inserindo a compreensão acerca de seu trabalho na complexa teia organizacional.

5.4 Caminhos de Investigação Propriamente Ditos

Para atingir os objetivos supracitados, foram usados três caminhos metodológicos: observação participante, entrevistas individuais e entrevistas em grupo.

O critério para escolha da enfermaria incluiu as que apresentem alguma demanda de atenção e cuidado à saúde dos trabalhadores, visto que o projeto de pesquisa estava inserido dentro da proposta da abordagem clínica de pesquisa, já situada anteriormente.

Para eleger uma enfermaria cujos trabalhadores apresentem esse tipo de demanda, o projeto foi apresentado e oferecido às chefias de enfermagem que já fizeram este tipo de demanda para seus funcionários.

Na fase de escolha, foram excluídas as enfermarias de curta permanência, como as Unidades de Pós-Operatório (UPO), pois partimos do princípio que nestas, via de regra, ficam pacientes com melhores prognósticos, cuja relação com dos profissionais, ainda que profunda, dure menos tempo que nas enfermarias de maior tempo de permanência, como as de oncologia clínica, por exemplo.

A escolha do setor de enfermaria, que é chamado no hospital de “andar”, se deu pela chefia geral de enfermagem e pela chefia de internação do hospital, quando me abriram as portas da unidade para que eu pudesse realizar a pesquisa. Esta escolha se deu, como já enunciei anteriormente, em função do setor considerado o *mais sofrido* do hospital, por receber jovens, com lesões aparentes e mutilações visíveis.

As observações participantes foram feitas na enfermaria escolhida, observando cada um dos três plantões de doze por sessenta horas. Isto é, cada equipe plantão trabalha um dia e folga dois. Observar cada um das três equipes pôde fornecer subsídios para distinguir o que é comum ao trabalho na enfermaria oncológica e o que é particular de cada equipe ou de cada trabalhador. Inicialmente o projeto de pesquisa estava desenhado de tal forma que seriam realizadas, no mínimo, três observações participantes em cada plantão, totalizando um mínimo de nove observações. No entanto, a pesquisa de campo foi intensificando e fiquei cerca de três meses fazendo observações participantes, cerca de duas vezes por semana, de 12 de setembro de 2012 a 20 de dezembro do mesmo ano.

Nesse período houve a troca da enfermeira diarista o que, no entanto, não prejudicou a pesquisa, pois, apesar da primeira enfermeira diarista ter me recebido de forma aberta e, talvez possa dizer, esperançosa com uma pesquisa no setor, a segunda diarista o fez da mesma forma, apesar de seu conhecimento e sua relação com o setor e com aquele trabalho ter ido se aprofundando ao longo dos meses em que ali permaneci.

Importante ressaltar que fiz observações e posteriormente entrevistas somente nos plantões diurnos, por considerar que os plantões noturnos trazem ainda outras questões complexas que não caberiam no escopo dessa pesquisa, como o trabalho em turnos, acúmulo de vínculos empregatícios, que tornariam esta pesquisa demasiadamente extensa para seu tempo de realização.

Para as entrevistas individuais em profundidade foram convidados todos os técnicos dos plantões diurnos, que somavam quinze, uma enfermeira diarista e três enfermeiras plantonistas também do turno diurno. Deste total de dezenove trabalhadores, quatorze concederam entrevistas em profundidade. Outros se limitaram a conversar nos espaços informais. Para tais entrevistas

foram usados elementos e temas que emergiram durante as observações participantes, que iam sendo inseridos na medida em que o trabalhador respondia a primeira pergunta, que era um pedido para falar a respeito do próprio do trabalho.

A entrevista coletiva teve a função de propiciar elaboração coletiva a respeito das questões emergentes que surgirem durante a observação participante e as entrevistas individuais que, portanto, fazem parte do cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem e de seus sentimentos a respeito do trabalho. Sendo assim, por meio das entrevistas coletivas, a pesquisa se propôs a favorecer também a construção de sentido acerca das experiências do cotidiano de trabalho.

5.4.1 Observações Participantes

A observação participante foi um dos primeiros recursos das pesquisas antropológicas. Diante da existência de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados por meio de perguntas ou em documentos. Eventos que Malinowski chamou de *“Imponderáveis da vida real”*, que não podem ser captados de outro modo a não ser pela imersão do pesquisador no campo estudado. A estratégia da observação participante se constitui como recurso de suma importância para captar determinados eventos da vida social, da interação dos atores, enfim, *a vida que pulsa*. É assim definida por Bogdan&Taylor:

“Dispositivos de pesquisa caracterizado por um período de interações sociais intensas entre o pesquisador e os sujeitos, no ambiente destes. No decurso desse período os dados são sistematicamente recolhidos. Os observadores mergulham pessoalmente na vida das pessoas. Partilham suas experiências” (Bogdan& Taylor *apud* Lapassade, 2005)

Na observação participante, o pesquisador tem que “(...) *Dispor-se a viver no contexto, aberto à realidade do grupo pesquisado*” (Malinowski, 1975 *apud* Minayo, 2008:). Constitui-se por ser:

“Um processo pelo qual mantém-se a presença do observador em uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto” (Swartz&Swartz *apud* Minayo, 2008: 274).

A observação participante, por incluir tanto participação, quanto distanciamento, traz o risco do excesso de um ou de outro, de um envolvimento intenso do pesquisador ou de um distanciamento (Lapassade, 2005).

Segundo Minayo (2008):

“Há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados por meio de perguntas ou em documentos quantitativos, mas devem ser observados em sua realidade. Denominemo-los “imponderáveis da vida real” Entre eles se incluem coisas como a rotina de um dia de trabalho, os detalhes do cuidado com o corpo (...)” (Minayo, 2008: 276).

Desta forma, a realização de observações participantes na enfermagem escolhida pode se constituir como um método indireto de conhecer o cotidiano e vivenciar de perto o trabalho real dos técnicos de enfermagem.

Os elementos que foram observados durante as observações participantes serão os seguintes:

- a) Relação dos técnicos de enfermagem com a organização do trabalho, com tudo que a compõe, tal como divisão do trabalho, tarefas prescritas, organização do tempo.
- b) Relação dos técnicos com as demais categorias profissionais
- c) Relação dos técnicos com pacientes e seus familiares
- d) Reações diante de eventos não planejados no cotidiano de trabalho

As observações participantes no setor pesquisado começaram na primeira quinzena de setembro de 2012 e terminaram na segunda quinzena de dezembro do mesmo ano, com uma frequência média de duas vezes por semana.

A recepção da enfermeira diarista foi fundamental nos primeiros momentos de campo, em que ela foi me apresentando a todos da equipe que ainda não conhecia, com entusiasmo e esperança no fato de haver alguém “*de fora*” que pudesse presenciar aquele cotidiano de trabalho. Depois de algumas observações, cerca de um mês depois, outra enfermeira diarista assumiu a liderança do setor. A relação foi igualmente amistosa, mas foi se aprofundando também à medida que esta enfermeira percebia o sofrimento dos trabalhadores daquele setor/andar e percebia na pesquisa uma possibilidade de dar visibilidade aquele trabalho e de *conversarem* sobre as questões do setor.

Aos poucos, fui fazendo parte daquele cenário, ficava na salinha de preparo dos soros e medicações, ficava sentada no posto de enfermagem, no quartinho de descanso da enfermagem, atendia telefones (quando todos no posto de enfermagem estavam atarefados e não conseguiam atendê-lo) e entrava nas enfermarias propriamente ditas para acompanhamento dos procedimentos, quando sentia abertura para tanto da parte dos trabalhadores, isto é, quando percebia que o vínculo dos trabalhadores comigo permitia esta entrada.

A entrada nas enfermarias para observação de procedimentos ocorria com trabalhadores com quem já havia conversado em espaços informais e que mostravam receptividade a respeito da pesquisa. Por vezes, os próprios trabalhadores me chamavam a observar, como quem pede uma testemunha.

Em algumas tardes, acompanhava trabalhadores em sua passagem por todas as enfermarias na medicação das quatorze horas, por exemplo, quando eu tinha oportunidade de observar o início e o fim de um procedimento.

Na parte da manhã era mais frequente que eu ficasse no posto de enfermagem ou no quartinho da enfermagem. Por vezes alguma enfermeira me chamava para acompanhar algum procedimento, como curativos ou passagem de sonda nasogástrica.

Na parte da manhã, eu evitava acompanhar os técnicos nas enfermarias, pois, apesar de sempre aplicar o termo de consentimento para os pacientes, na manhã havia o banho, o que eu percebia que causava constrangimento nos pacientes. Nesse caso, da primeira vez que percebi esse constrangimento em uma senhora que já tinha inclusive permitido que eu observasse a feitura de curativos e que conversava muito comigo, evitei entrar nas enfermarias nos momentos de banho, pois percebi que era um momento muito íntimo, mesmo para os pacientes que já me conheciam, para quem já tinha passado o termo de consentimento livre esclarecido e com quem já tinha conversado. O único banho que observei foi em uma senhora que estava inconsciente e que a família havia dado a permissão.

Os técnicos também preparavam os corpos dos pacientes que faleciam, que *iam a óbito*. Duas técnicas que tinham um bom vínculo comigo me chamaram para assistir a preparação de um corpo. Eu não consegui assistir a todo o procedimento, por conta do odor e da própria cena.

As primeiras vezes em que observei a realização de curativos, que, na maior parte das vezes, eram muito profundos e de grande extensão, foram muito difíceis. Na primeira vez, tive náuseas e cheguei a sentir tontura. Nas demais vezes, apesar de serem cenas difíceis, conseguia acompanhar vários curativos em uma única manhã e pude observar melhor a forma como as enfermeiras faziam os curativos e, ao mesmo tempo, se relacionavam com os pacientes.

Normalmente passava dois turnos no hospital, manhã e tarde, pois, na hora do almoço, sempre havia alguém que queria *almoçar junto* e conversar mais, o que sempre se constituía como uma oportunidade de escutar mais, acolher e, na linguagem da pesquisa clínica, co-produzir sentindo a respeito daquele trabalho. A partir deste tempo de interações, pude me relacionar com os trabalhadores e conhecer melhor seu trabalho, a fim de que as entrevistas em profundidade fossem mais espontâneas e verdadeiras possíveis.

5.4.2. Entrevistas em Profundidade

Para as entrevistas individuais, assim como para as entrevistas em grupo, foram usados elementos emergentes levantados nas observações participantes. Ao todo, foram realizadas quatorze entrevistas em profundidade, sendo quatro enfermeiras, nove técnicas e um técnico de enfermagem.

As entrevistas foram feitas na sala da divisão de saúde do trabalhador da unidade, gravadas e transcritas.

O processo de realização das entrevistas durou dois meses, tendo começado em janeiro de 2013. Na medida em que, cada um dos trabalhadores pudesse deixar a assistência ao paciente sem prejudicá-la, eu tinha que aguardar o momento propício, em que a equipe não fosse prejudicada, visto que já havia uma quantidade de trabalhadores pequena na realização do trabalho e esse era um dos nós do grande emaranhado do sofrimento naquela equipe. Havia plantões em que eu conseguia fazer até três entrevistas e plantões em que eu não conseguia nenhuma ou apenas uma. Houve também situações em que promessas de entrevistas tiveram que ser canceladas em função das necessidades da assistência ao paciente.

Durante este processo percebi o quanto era importante para cada trabalhador que concedeu entrevista não deixar os colegas sobrecarregados, assim como “*não deixar furos na assistência*”, de forma que esta foi sempre priorizada, ainda que houvesse a promessa de uma

entrevista. Este passou a ser um acordo tácito no processo de realização das entrevistas: eu estava lá no aguardo de um momento propício e talvez por isso tenha se desdobrado em entrevistas que me pareceram espontâneas, pois foram feitas em momentos em que os trabalhadores estavam se permitindo estar fora da assistência.

A entrevista em profundidade traz a vantagem de deixar o sujeito de pesquisa à vontade para abordar os temas de pesquisa a seu modo. Segundo Minayo (2008), nas entrevistas em profundidade:

“O informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões” (Minayo, 2008:262).

Para a autora (Minayo, 2008), a aproximação qualitativa propiciada pelas entrevistas em profundidade, permite acessar regiões que seriam inacessíveis pelo simples método de perguntas e respostas diretas. Para Michelat (1975), citada pela mesma autora (Minayo, 2008): *“Quanto menos estruturada é a entrevista, mais permite emergir e ressaltar níveis sócio-afetivos-existenciais* (Michelat, 1975 *apud* Minayo, 2008: 266).”

A não diretividade da entrevista em profundidade pode favorecer a autenticidade dos discursos (Giust-Desprairies, 2005). No entanto, ainda que permita mais liberdade e profundidade que perguntas diretas feitas pelo entrevistador, a entrevista em profundidade também está sujeita à mesma dinâmica das relações sociais (Minayo, 2008). Por isso é preciso um cuidado e sensibilidade do pesquisador, para levar em conta o contexto da interlocução. Nesse sentido, procurei não exercer nenhuma pressão sobre os trabalhadores que me pareceram mais resistentes em relação à entrevista, de forma que cerca de cinco não concederam entrevista, embora tenham conversado e até me procurado para escuta em alguns momentos da observação participante.

Para Giust- Desprairies (2005), a entrevista em profundidade é uma forma de ter acesso às representações e ao sentido das condutas sociais por meio da vivência do sujeito individual e sua compreensão dos fatos sociais. A autora enfatiza a escuta compreensiva da parte do pesquisador

que realiza tais entrevistas, assim como a exploração das representações subjetivas dos entrevistados.

Para a autora (Giust- Desprairies, 2005), a entrevista, dentro da abordagem clínica de pesquisa:

“ (...) é um dispositivo privilegiado para que os indivíduos e os grupos apreendam concretamente o modo como vivem, se submetem ou transformam as organizações nas quais eles inscrevem o seu acto, seja profissional ou não.”
(Giust, 2005: 268)

Os temas centrais que balizaram as entrevistas individuais em profundidade foram os seguintes:

- 1) Rotinas, tarefas, atribuições.
- 2) O cotidiano de trabalho
- 3) O enfrentamento das dificuldades
- 4) Sentimentos a respeito da equipe, dos pacientes e dos familiares.
- 5) Sentimentos a respeito do hospital e do setor

Eu geralmente começava as entrevistas pedindo que me falassem de seus trabalho e, conforme o discurso ia transcorrendo eu ia perguntando dentro dos temas acima ou perguntando mais para aprofundar a investigação e a intenção de fazer daquele momento também um momento de elaboração para os trabalhadores e de co-produção de sentido.

5.4.3 Entrevistas Coletivas

As entrevistas em grupo eram um grande desafio, na medida em que, como havia um déficit de pessoal, como reunir uma equipe que precisava estar na assistência? A ideia era que as

entrevistas coletivas fossem realizadas com o maior número possível de trabalhadores de enfermagem, dentro da disponibilidade da enfermaria, considerando que a média de técnicos de enfermagem na maioria das enfermarias do hospital é de quatro por plantão. Como fazê-lo?

Se consideradas as condições cotidianas “*normais*” do setor, as entrevistas coletivas não se realizariam. No entanto, a enfermeira diarista, líder do setor, quando de sua entrevista individual, me perguntou: “*E se fizéssemos uma rodinha para discutir essas questões?*”. Expliquei-lhe que fazia parte da metodologia proposta no projeto de pesquisa a realização de entrevistas coletivas, justamente para que a equipe pudesse elaborar aqueles temas coletivamente, mas teríamos que pensar em como operacionalizá-las.

A enfermeira diarista, então, alguns dias depois, aventou a possibilidade de perguntar para a chefia da internação hospitalar se seria possível marcar uma das três complementações de plantão de todos os trabalhadores em um único plantão, para que um grupo pudesse estar na entrevista no turno da manhã, enquanto o outro grupo ficava responsável pela assistência. No turno da tarde os grupos se revezariam. Como se tratava de um grupo com mais ou menos dezenove trabalhadores, a assistência não ficaria prejudicada.

A enfermeira diarista fez a solicitação para a chefe da internação e para a supervisora de enfermagem, que assentiram na proposta. No entanto, devido a vários eventos anteriormente marcados e escalas já programadas, essa data das duas entrevistas coletivas (com metade da equipe cada entrevista) ficou marcada somente para junho de 2013.

A intenção inicial do projeto era que fossem realizados um mínimo de três encontros com cada plantão, para que houvesse tempo de apresentação da proposta, de discussão a respeito dos temas e de elaboração do grupo acerca dos temas de relevância para o grupo. No entanto, devido às dificuldades relatadas anteriormente, consideramos que o fato de ter conseguido estas duas entrevistas com nove trabalhadores cada já foi algo bem além do a realidade daquele setor permitia, visto que havia um déficit de pessoal.

A entrevista aberta de grupo tem a função de permitir uma elaboração grupal a respeito dos temas da pesquisa. A perspectiva de palavra e escuta de Dejours, descrita anteriormente vale igualmente as entrevistas grupais.

Para Giust-Desprairies (2005), as entrevistas em grupo permitem a exploração e elaboração das atitudes, assim como alargam as possibilidades de escuta e análise das situações. A autora (Giust- Desprairies, 2005), considerando que a entrevista coletiva, na perspectiva da abordagem clínica de pesquisa, é também um momento de intervenção, afirma:

“A entrevista é utilizada em complemento das reuniões de grupo no processo de intervenção. Trata-se, nestas entrevistas, de dar a possibilidade aos actores sociais, mais presentes neles mesmos e no que envolvem nas suas diferentes implicações, de situar a sua participação no processo de intervenção. Estes momentos privilegiados de elaboração e de produção de sentido permitem uma apropriação do que está em jogo na acção coletiva” (Giust-Desprairies, 2005: 268).

Estas entrevistas de grupo tem também o propósito, tal qual a metodologia proposta por Vasconcelos e Neves (2009), assentadas na metodologia da Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) de promover *“a construção de um espaço de discussão acerca de um conhecimento latente sobre as condições e a organização do trabalho”* (Vasconcelos& Neves, 2011: 34).

Segundo as autoras, o conhecimento dos trabalhadores a respeito de sua experiência:

“(...) não existe espontaneamente, como corpo ordenado e sistematizado de conhecimento, mas assume esta forma através da recuperação da experiência. Constitui um processo de explicitação e confrontação das vivências individuais,

realizado pelos grupos de trabalhadoras, resultando num conhecimento validado consensualmente.” (Vasconcelos& Neves, 2011: 34).

É importante esclarecer que as autoras não se referiam a uma validação consensual total. Da mesma forma, nesta tese, as entrevistas grupais serviram para trazer os temas emergentes nos momentos de observação e de entrevistas individuais para discussão e elaboração grupal.

Desta forma, trouxe para a entrevista coletiva trechos que considerei relevantes das entrevistas individuais para que os grupos discutissem (nos anexos). A discussão nos dois grupos, da manhã e da tarde, contaram com nove trabalhadores cada uma, incluindo as enfermeiras plantonistas, a diarista e técnicos. Ambas tiveram intensa participação e engajamento dos trabalhadores e cada uma durou mais ou menos duas horas e meia, sem contar o tempo de preparação, de lanches e conversas informais que antecederam ambas.

5.5. O campo de pesquisa

A chefia geral de enfermagem do hospital, juntamente com a chefia da internação, a partir do envio do projeto de pesquisa, indicaram que havia um setor, que eu já conhecia, por ser servidora da casa, em que há muitas demandas de atenção por parte de seus trabalhadores.

Trata-se de um setor de oncologia em que combina dois tipos de clínicas oncológica e que, eventualmente, também recebe outros tipos de clínica, quando os setores responsáveis não possuem leitos.

Uma das clínicas é comum a todo o hospital e a outra é específica deste setor e aquela que mais causa sofrimento aos trabalhadores. Trata-se de um tipo de câncer mais comum entre pessoas muito jovens, no final da adolescência e início da vida adulta, que, diferente de outros

tipos de câncer, tem ainda a peculiaridade de ser visível e de implicar em mutilações, amputações e desarticulações.

Portanto, este setor tem, entre seus pacientes, pessoas muito jovens e adolescentes e suas mães ou pais, além de outros usuários de mais idade. Parte dos pacientes, geralmente, já chega com câncer muito avançado, em parte, em decorrência da detecção tardia.

Em função do estágio em de desenvolvimento da doença, parte significativa desses pacientes fica no chamado *suporte não invasivo* (SNI). O *suporte não invasivo* é indicado quando estão esgotadas as possibilidades de tratamento curativo. O nome se deve ao fato de que se trata de um tipo de cuidado que não inclui procedimentos invasivos. Estes, neste momento do estágio do câncer, tendem a causar mais sofrimento para sujeitos sem possibilidades de cura. A equipe, portanto, já tem noção de que parte dos pacientes daquele setor tinham poucas possibilidades de evoluir para a cura e geralmente evoluíam para o óbito.

O andar possuía originalmente oito enfermarias, sendo que uma estava desativada para sala dos médicos e uma para isolamento de contato. Sendo assim, eram seis enfermarias, contando com vinte e sete leitos.

Para dar conta dos vinte e sete leitos, cada plantão conta, a princípio, com cinco técnicos, uma enfermeira diarista e uma plantonista. No entanto, devido a férias, licenças, afastamento, o mais comum eram quatro técnicos por plantão. Houve relatos de trabalhadores a respeito de plantões com até três técnicos.

Os trabalhadores plantonistas (todos, exceto a única diarista que havia à época da pesquisa de campo) faziam plantões doze por sessenta horas, ou seja, trabalhavam um dia e folgavam os dois seguintes. No entanto, como este esquema não totalizava a carga horária prevista de quarenta horas semanais, todos os plantonistas faziam ainda mais três plantões mensais, de forma que, três vezes no mês tinham que fazer um plantão de doze horas em dias seguidos.

Logo que o trabalho de campo findou, a chefia de enfermagem teve a oportunidade de colocar mais uma enfermeira diarista para fazer dupla com a única diarista que ficava no setor cuidando das tarefas administrativas e apoiando o trabalho das plantonistas.

A divisão do trabalho entre enfermeiras e técnicos, embora seja bem definida e clara quando descrita pelo código de ética da enfermagem, na prática cotidiana desse setor não podia ser cumprida à risca, na medida em que as demandas advindas do trabalho, por vezes, requeriam tanto que enfermeiras fizessem função de técnico quanto técnicos fizessem função de enfermeira, quando preparados para isso. Entre enfermeiras plantonistas, técnicos e enfermeira diarista do andar, embora as funções fossem demarcadas, havia flexibilidade para que cooperassem uns com os outros e a relação entre eles tinha um caráter horizontal, ao contrário de outras relações travadas na dinâmica do hospital.

Na medida em que percebi que estes papéis (entre enfermeiras e técnicos) eram ligeiramente intercambiáveis, conforme as necessidades e emergências de cada momento, resolvi – também por uma demanda de escuta de algumas enfermeiras - estender minha pesquisa a toda a equipe de enfermagem daquele setor, com exceção da equipe noturna, pelo fato do trabalho noturno envolver questões que não seriam possíveis de abordagem na mesma tese.

O setor tinha uma outra peculiaridade interessante: não era originário daquela unidade hospitalar. Pertencia anteriormente a outra unidade hospitalar, que precisou se expandir e rearranjou seu serviço, realocando este setor em outro hospital que, anteriormente, só trabalhava com um tipo de câncer, que não implica em desarticulações, amputações e nem lesões visíveis. Ou seja, um hospital que trabalhava somente com um tipo de câncer que fica no interior do corpo, não visível, passa a receber, por uma necessidade do Instituto, um setor que recebe pacientes com lesões visíveis, amputações, desarticulações e pacientes muito jovens. Que lugar passa a ter este setor dentro do hospital? Nas palavras da maioria dos trabalhadores, era o setor mais “*pesado*” e mais “*rejeitado*” do hospital. Aquele que técnicos, técnicas e enfermeiras de outros setores se recusavam a ir para dar complementação de plantão (CP)³. Algumas falas em relação a esta diferença apareceram nas entrevistas individuais:

³ Complementação de plantão.

“Aqui tem muito essa coisa de rivalidade de andares. O nosso andar é o mais prejudicado. É o andar mais pesado, o andar que tem mais poluição visual com relação a paciente, né? Mutilação, paciente amputado, entendeu?” (Técnica na entrevista individual).

“O setor que eu trabalho? Na verdade eu não conheço os outros não é? Passei muito rápido. Mas ele, quando eu cheguei, era o mais mal falado. Que todo mundo fala mal porque é muito pesado (...)” (Técnica na entrevista individual).

“Mas ali a gente já acostumou. Já foi para o lugar que todo mundo fala que é pesado, que é difícil de trabalhar, que é ruim. Então você já acostuma com a rotina.” (Técnica na entrevista individual).

“O pessoal compara muito a assistência do dos andares, né? Você já ouviu, né? A pessoa fala: “Nossa, que tal, que acha que na assistência do nosso andar é mais pesada. As pessoas falam que chegam ali e sente um peso assim. Eu consigo sentir.. sentir isso.” (Enfermeira na entrevista individual).

“Você vê, a maioria dos pacientes que nós temos aqui são pacientes amputados, desmembrados, então fica difícil. Pacientes com tumores enormes, então é difícil às vezes dar o banho sozinha.” (Técnica na entrevista individual).

Diante desse *peso*, quais são os caminhos trilhados pelos trabalhadores para fazer face a seu trabalho? Como exercem sua *inteligência criadora*? Quais suas fontes de sofrimento e como fazem face a elas? Qual a qualidade do vínculo com a instituição? Como caracterizam, sentem e percebem seu trabalho real? Como percebem suas contribuições para a organização do trabalho?

5.6. Aspectos Éticos

O projeto de investigação que deu origem a esta tese procurou atender às exigências da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, buscando se pautar pelos princípios da beneficência, da não maleficência, da justiça e da autonomia dos sujeitos.

Foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer via Plataforma Brasil, sob o número 03692512.0.0000.5240. Foi aprovado definitivamente, depois de pequenas correções nos termos de consentimento, em 16/08/2012.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram apresentados aos participantes da pesquisa.

No TCLE aplicado à equipe de enfermagem havia uma opção de participação parcial, caso o trabalhador desejasse colaborar com a pesquisa em um momento e em outro não (na observação de seus cuidados aos pacientes, nas entrevistas individuais ou coletivas).

O TCLE que, inicialmente era direcionado apenas aos técnicos de enfermagem foi alterado para “*equipe de enfermagem*”. Essa mudança foi comunicada via Plataforma Brasil e o parecer de aprovação permaneceu o mesmo, visto que o CEP compreendeu que a ampliação dos sujeitos não alterava o teor dos aspectos éticos da pesquisa.

Cabe esclarecer, que, embora os pacientes que recebem os cuidados da equipe de enfermagem não fossem conceder entrevistas individuais ou coletivas, receberam um termo de consentimento próprio, para autorizar (ou não) a presença da pesquisadora na observação de alguns cuidados administrados pelos técnicos.

Visto que há procedimentos mais e outros menos invasivos, no que tange aos cuidados administrados pelos técnicos de enfermagem, os pacientes, nos seus termos de consentimento, poderiam optar por uma participação parcial, escolhendo os procedimentos em que não desejam a presença da pesquisadora na observação.

As entrevistas individuais com a equipe foram realizadas em local que garantisse a privacidade para o sujeito entrevistado, assim como o sigilo. Foram resguardados todos os nomes dos participantes - e usados nomes fictícios quando na análise do material de campo - embora

seja público que a pesquisa se realizou em uma enfermaria do Instituto Nacional de Câncer (Inca), que conta com cinco unidades assistenciais e diversas enfermarias.

As entrevistas foram gravadas e seus arquivos serão de uso da pesquisadora e destruídos após cinco anos.

Foram tomados todos os cuidados com a divulgação de falas que, mesmo sem identificação, possam remeter o conteúdo a sujeitos específicos. Uma questão que se apresentou quando do trabalho de campo e das entrevistas foi a situação da enfermeira diarista, que era somente uma. Desta forma, foi combinado com ela que todo conteúdo que se referisse à diarista (sendo apenas uma), fosse antes compartilhado e avaliado com ela, para examinarmos se seria o benefício de determinadas considerações valeriam a exposição. Quando da entrevista coletiva, trouxe duas falas da enfermeira diarista, tendo antes conversado e pedido permissão para a mesma, que considerou produtiva a discussão de alguns temas que trouxe para debate em sua entrevista individual.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na forma de devolução aos profissionais, à instituição, à chefia e aos setores envolvidos, bem como na apresentação de desta tese de doutoramento e em possíveis artigos a serem publicados em revistas científicas.

Os riscos relacionados à pesquisa, em relação à observação do trabalho da equipe, no que tange aos cuidados com os pacientes, é que estes últimos se sintam desconfortáveis com minha presença. Para minimizar este desconforto, no TCLE aplicado aos pacientes, com a finalidade de autorizar minha presença na observação dos cuidados, há um campo em que, mesmo se assentirem na minha presença durante alguns cuidados, os pacientes podem escrever em quais procedimentos não gostariam da minha presença. Há também a afirmativa que podem incluir ou excluir essas opções a qualquer momento, assim como, caso se sentirem desconfortáveis com minha presença na observação dos cuidados, comunicar ao técnico responsável pelos cuidados ou a mim, que me retirarei da observação tão logo seja informada.

O risco para a equipe de enfermagem é que se sentissem sensibilizados com suas próprias falas e com as perguntas feitas a partir delas. Para minimizar este desconforto, estive disponível no campo para conversar. Há também uma proposta de fazer um momento de devolução para o

setor, para os profissionais e para a chefia, a fim de elaborarmos juntos possíveis desdobramentos da pesquisa.

Entre os benefícios da pesquisa, aqueles mais diretamente relacionados aos sujeitos de pesquisa são a valorização dos saberes que os técnicos de enfermagem constroem no cotidiano de trabalho, assim como a investigação a respeito dos recursos que usam para fazer face aos desafios do trabalho em oncologia. Ambos os aspectos estão relacionados ao objetivo de disseminar e valorizar os saberes já construídos informalmente por estes profissionais, assim como refletir a respeito de caminhos para superar as dificuldades enfrentadas neste tipo de trabalho. Os momentos de entrevista individual e coletiva intencionam criar oportunidades para reflexão e elaboração acerca das situações de trabalho.

Os dados coletados serão utilizados apenas para os fins da pesquisa e serão transcritos, para uso da pesquisadora, sendo resguardados o sigilo e a confidencialidade dos relatos. Para isso, serão tomadas algumas medidas, como o armazenamento dos arquivos das entrevistas transcritas, assim como os seus áudios, em computador próprio da pesquisadora. Esses dados ficarão sob responsabilidade da pesquisadora por cinco anos e serão destruídos após esse período.

A pesquisa não contou com nenhuma espécie de financiamento.

Esta pesquisa está baseada na abordagem clínica de pesquisa, que conta com pressupostos éticos e foi descrita no capítulo sobre a perspectiva teórico-metodológica. Se apoia igualmente na concepção dejouriana de escuta e palavra do clínico/pesquisador, descrita no mesmo capítulo.

6. Excessos e Insuficiências: os paradoxos do real do trabalho

Desde o início do trabalho de campo, percebi minha recepção no andar/setor pela equipe como um momento em que aqueles trabalhadores teriam a possibilidade de “*mostrar para alguém de fora*” as características daquele trabalho, ou seja, era preciso o olhar de um outro, “*de fora*, que ajudasse a construir sentidos sobre as vivências daqueles trabalhadores, era preciso *falar para um outro* que estivesse testemunhando a realidade cotidiana daquele trabalho.

Ao longo das observações participantes, das entrevistas individuais e de grupo, a primeira coisa enunciada pelos trabalhadores era o excesso: de procedimentos, de tarefas, de leitos ocupados, em oposição a uma insuficiência, de número de trabalhadores e de tempo para realizar o trabalho tal como compreendiam e desejavam que fosse realizado. A esse excesso e a essa insuficiência mais que concretas, incidiam um excesso e uma falta também simbólicos: o excesso de emoções vividos no contato com aqueles usuários e a insuficiência para lidar com as profundas dores deles e de suas famílias.

Aquele setor se mostrou como uma hipérbole do sofrimento do trabalho em oncologia. Essa hipérbole se dava em função principalmente de dois elementos: ali havia jovens, a morte evoca ali, ainda mais, a busca de sentido para algo - pelo menos a princípio - sem sentido. O segundo elemento se ao fato das marcas do câncer no setor serem não somente visíveis, mas também chocantes - mutilações, amputações e desarticulações (retirada de um membro pela sua articulação) - e, por isso, tornam o trabalho física e emocionalmente mais pesado, em toda a literalidade que a palavra peso possa ter. Pesado fisicamente, pelo fato de usuários estarem acamados, com reduzida capacidade de mobilidade e autonomia restrita, pesado emocionalmente pelo câncer e suas marcas visíveis em uma população de usuários que, em sua maioria é composta por jovens, muitas vezes em situações sociais precárias, cujo drama familiar é carregado nas faces de pais e mães que os acompanham e eventualmente filhos ainda muito pequenos que os visitam.

Durante minha presença em campo e, ao longo das entrevistas, o que mais se sobressaía era um paradoxo que se colocava sem cessar como *real do trabalho* para aqueles trabalhadores, como obstáculo ao saber fazer, obstáculo ao conhecimento e à técnica. Excessos de procedimentos, de pacientes de múltiplas demandas para aquelas trabalhadoras e trabalhadores e, sobretudo, de intensidade de afetos e emoções; insuficiência de quantitativo de recursos humanos, de tempo e, sobretudo *insuficiência* diante da brutalidade de algumas mortes, principalmente de adolescentes ou pessoas muito jovens, algumas com filhos ainda em tenra idade.

E é diante desse paradoxo que aqueles trabalhadores pareciam construir seus modos de trabalhar, seu saber-fazer. Antes de adentrar no capítulo a respeito dos usos da inteligência prática, é preciso mencionar sobre qual *real do trabalho* a *inteligência prática* era exercida, diante de que contexto, com quais dificuldades, trabalhadoras mobilizavam sua inteligência no trabalho.

Para Dejours, o *real do trabalho* é aquilo que resiste ao saber-fazer e à técnica, é aquilo que proporciona a sensação de fracasso:

“Uma experiência horrível é a experiência do real. O real é o que se deixa conhecer por quem trabalha por sua resistência ao saber fazer, aos procedimentos, às prescrições, aquilo que se revela, geralmente, como forma de resistência à habilidade técnica, ao conhecimento.” (Dejours, 2012 a: 39).

No setor onde se deu a pesquisa o *real do trabalho* se apresentava tanto como um excesso de pacientes (e conseqüentemente de procedimentos) diante de um quantitativo reduzido de pessoal, quanto como os excessos de afeto provocados pela insuficiência do ser humano diante da morte. Ou seja, o binômio “*excessos versus insuficiência*” se apresentava como *real do trabalho* e atravessava os atos de trabalhar. Diz uma técnica na entrevista individual:

“Eu estou falando da nossa área específica mesmo, do nosso setor, que a gente observa nesse pouco tempo em que eu estou aqui é que uma grande maioria são pacientes que, mesmo eles não falando, são pacientes que tem um período curto de sobrevida. E esse é o diferencial dessa área, a especificidade. (...) Tem pessoas que você consegue registrar que estão no seu limiar de dor, muito sensível e que já estão realmente findando os seus dias (...)” (Técnica na entrevista individual).

Esse trato cotidiano com a morte e com aqueles que lutam contra ela ou mesmo aqueles que a aceitam é também atravessado por questões bastante concretas. Em meio à intensidade de afetos suscitados pelas mortes, há também o excesso de tarefas:

“Surge a pressão, é... Às vezes eu falo mesmo, no meio ali do corredor: ‘vamos parar!’. Eu, eu falo. Não estou aguentando. Gente, um de cada vez... Não dá para fazer as coisas assim não. Como é que eu... Eu não sou um polvo. Não posso. Eu falo. Eu não posso fazer três, como... Vai ficar uma porcariada tudo”. (Enfermeira na entrevista individual).

A enfermeira se sentia insuficiente diante da quantidade de tarefas. Para que as tarefas não ficassem *“uma porcariada”* ela precisava priorizar, parar, reconhecer sua insuficiência. No entanto, nem sempre priorizar significa fazer o melhor para cada paciente ou aquilo que cada trabalhador de fato desejava ou mesmo idealizava fazer. Priorizar também pode significar ter que escolher entre o que fazer. Um técnico fala da necessidade de fazer esse tipo de escolha para ser equânime e dar o mesmo tipo de tratamento a todos os pacientes:

“Então às vezes parece, para o paciente, quando ele começa a falar e a gente corta ele, não deixa ele falar com a gente, que a gente está sendo grosso. Mas a gente não está sendo

grosso. A gente quer prestar para um outro paciente o mesmo cuidado que a gente está prestando para ele. Então a gente, muitas vezes não consegue dar essa abertura para ele conversar com a gente, falar. Ele tem muitas angústias. Porque tem coisas que eles não falam para ninguém, mas para a gente lá...” (Técnica na entrevista individual).

Nesse caso, o técnico está falando de sua impossibilidade de dar algo que reconhece como importante para o cuidado: a escuta das angústias dos pacientes, que muitas vezes são direcionadas aos técnicos, a atenção com as necessidades e o momento de cada paciente individual. No entanto, devido à quantidade de pacientes e de pessoal disponível, o técnico precisa priorizar, distribuir seu cuidado da forma como concebe ser o melhor para o conjunto de pacientes: para fazer o seu melhor para todos, ele tem que abrir mão de fazer o melhor para cada um dentro deste contexto, o que lhe é motivo de sofrimento. Diversos trabalhadores mencionaram o mesmo sofrimento diante desse “*necessidade de fazer uma escolha*”.

Em meio a tantos paradoxos, os trabalhadores vão construindo modos de exercer seu trabalho, que, reconhecidamente, por todos os entrevistados, tem *um peso a mais*:

“O trabalho da oncologia tem esse sofrimento, que é o acréscimo. É um sofrimento...Um sofrimento extra. Porque não é um sofrimento agudo. É um sofrimento crônico e que só evolui. É um peso. É um peso a mais. Todo paciente oncológico, ele tem essa carga de um sofrimento a mais... Eu acho que o HIV conseguiu até uma evolução melhor, mais positiva. Que também tinha um sofrimento acrescido parecido com o da, da oncologia, no início da doença. Agora eles avançaram. Eles têm uma leveza a mais do que o paciente oncológico. O paciente oncológico continua com um peso, esse peso, essa carga” (Enfermeira na entrevista individual).

6.1 O Paradoxo Concreto: insuficiência de pessoal versus quantidade de procedimentos

Nem sobre todo *real do trabalho* é possível criar modos de superá-lo, de atravessar suas resistências. As experiências de fracasso compõem o *real do trabalho*. Havia a insuficiência bastante concreta: a insuficiência de pessoal diante de um excesso igualmente concreto: de pacientes e procedimentos por trabalhador⁴.

Eram comuns plantões em que técnicas e enfermeiras tinham pouco tempo para exercer todos os procedimentos prescritos, como o relato, que uma enfermeira fez questão de mostrar. O setor, como mencionado na descrição do campo, funcionava com uma enfermeira diarista, responsável também e principalmente pelos aspectos administrativos e organizacionais do setor e uma enfermeira plantonista, que ficava responsável, junto com quatro a cinco técnicos⁵, pela parte assistencial de vinte e sete leitos. Eram três enfermeiras plantonistas que se revezavam em plantões de 12 por 60 horas, com três complementações mensais.

A enfermeira diarista era chamada para suas tarefas administrativas, além de reuniões para resolução de questões do setor, e sua possibilidade de cooperar nas tarefas assistenciais era limitada em função dessas demandas, embora priorizasse a assistência direta ao paciente.

Em um dia de observação uma enfermeira plantonista me contou que, no dia anterior, a maioria dos pacientes teve sua conduta alterada ao longo do dia, pois foram os residentes médicos recém-chegados que haviam feito as prescrições do dia, quando os médicos *staffs* ainda não haviam chegado. Quando o médico *staff* chegou, o mesmo sentiu necessidade de alterar as condutas clínicas, alterando medicamentos e procedimentos, o que, por sua vez, implicou a mudança de prescrições e de preparação destas: aprazar, separar as medicações. Além de todo o transtorno gerado por estas mudanças, havia três pacientes para encaminhar para centro cirúrgico,

⁴ Depois do trabalho de campo foi colocada mais uma enfermeira diarista e mais uma técnica diarista no andar.

⁵ A depender do plantão, das férias, afastamentos, licenças e faltas. Houve relato de técnicos que, em função de faltas já houve plantão com três técnicos.

quatro pacientes cujos tumores precisavam de curativos, sendo um deles muito volumoso e “*sangrante*”. Havia, ainda, três admissões da emergência, duas de outra unidade hospitalar e uma eletiva. Havia duas sondas nasogástricas para “instalar” e um cateter venoso de demora. Isto, em um andar com vinte e sete leitos, uma enfermeira diarista, frequentemente chamada para resolver questões administrativas e apenas uma enfermeira plantonista⁶. A enfermeira continua:

“ E ainda o telefone não parou de tocar e não parou por aí: um monte de swabs nasal para fazer, acompanhante necessitando de orientação...Uma sensação muito ruim de caos. O ar condicionado de uma das enfermarias quebrou. Este tipo de assistência desordenada com vários acontecimentos simultâneos comprometem a atenção, o cuidado, a parte física e emocional de quem está na linha de frente: o cuidado e o profissional”. (Enfermeira)

Ao mesmo tempo, a enfermeira diarista também é chamada a cumprir suas tarefas administrativas, o que pode se desdobrar em uma sensação de solidão tanto nas diaristas⁷ que passaram pelo setor, como nas plantonistas:

“(...) quando eu vejo que a colega plantonista está precisando de mim pra assistência direta ao paciente, isso me incomoda [de não poder ajudar a colega plantonista]. Porque assim, num dia de calor, a enfermaria estar com o ar condicionado ruim, isso também está sendo ruim para o paciente. Mas, às vezes, um outro paciente pode estar precisando, enquanto a colega plantonista,

⁶ Importante salientar que esta realidade mudou logo após a realização do trabalho de campo, quando foi colocada mais uma enfermeira diarista para auxiliar a plantonista e mais uma técnica diarista, em função de remanejamentos na unidade hospitalar. Esta informação me foi dada por uma enfermeira do setor nas minhas comunicações com ela após a realização do campo. Na primeira entrevista devolutiva com as gerências também me foi dito que o setor tinha prioridade total de alocação de pessoal, a despeito das dificuldades de pessoal no hospital, tal como outros hospitais do setor público.

⁷ Desde que comecei o trabalho de campo, houve uma troca de diaristas, o que possibilitou que eu conhecesse duas enfermeiras diaristas do setor,.

- que muitas vezes, a maioria das vezes, 95% das vezes - elas estão sozinhas, elas não têm uma outra pra compartilhar ali a tarefa com ela. E e aí, assim, tá o acompanhante e tá o paciente dizendo que o ar condicionado tá ruim. E tem ali um técnico que está me falando, porque o paciente está reclamando pra ele também. Mas ali, tem aquela outra prioridade, eu vejo como prioridade sempre aquilo que é ali direto ao paciente, entendeu? Então, isso me incomoda quando é ... alterações, intercorrências diretas ao paciente estão acontecendo, entendeu?” (Enfermeira);

Tal como o técnico que tem que escolher entre escutar o paciente que lhe demanda falar de suas angústias e “*dar a mesma assistência para todos*”, as enfermeiras também tem que fazer escolhas nesse contexto e priorizar. Continua a enfermeira da fala acima:

“*Na verdade, eu não me sinto dividida não. Eu faço ali, eu faço aquele chamado ali, mas eu deixo pra lá (as tarefas administrativas) e confesso que eu não fico ali atrás, o tempo todo, pra ver se veio alguém da manutenção, se veio alguém da refrigeração, não. Eu reconheço que aquela intercorrência que está acontecendo com o paciente... Por exemplo, um sangramento. Um paciente que está com uma retenção urinária e eu preciso passar uma sonda rápido, tal, eu coloco isso como prioridade.*” (Enfermeira).

A enfermeira prioriza a assistência direta ao paciente e às emergências, mas, para tanto, necessariamente tem que *deixar pra lá* algumas tarefas administrativas.

Nesse caso, o *real do trabalho* passa por uma insuficiência de profissionais, somada ao excesso de procedimentos em uma gradação intensa, que desafia não somente o saber-fazer, mas também a saúde daqueles que estão na linha de frente do cuidado. Diante deste tipo de contradição, não basta a construção de um saber-fazer, não basta a mobilização da *inteligência*

astuciosa, mas o reconhecimento de algo que vai para além das capacidades humanas daqueles que exercem o trabalho, especialmente em um contexto em que se está trabalhando com vidas.

Técnicas falam nas entrevistas individuais em profundidade a respeito do quantitativo de pessoal e de seu sentimento de impotência frente à quantidade de usuários e procedimentos, sem que isso fosse perguntado diretamente:

“A única coisa que me incomoda é isso e a questão da gente ter que traba... A gente tem, tem uma lei que diz a questão de número de funcionário para paciente grave, então e aqui a gente tem um quantitativo muito pequeno de funcionário... Tem, tem uma lei que para fazer o, a escala, o escalonamento de funcionário para número de pacientes. Então aqui a gente tem uns pacientes muito graves, que era para ser no máximo três para técnico, ou três ou quatro para técnico e a gente fica com seis, sete paciente por técnico. Por cada técnico. Entendeu? Então fica um número muito pequeno. A gente fica muito desgastado. E assim, esse é uma questão primordial. Que a gente vai passando o plantão, a gente vai se desgastando, aí se a gente cometer um erro é bem maior. Porque a gente vai cansando fisicamente, psicologicamente, a gente não consegue pensar direito, daqui a pouco comete um erro. Aí qualquer coisa que acontece errado o pessoal vai vir criticar. Mas aí ninguém, ninguém está vendo as condições de trabalho que a gente está tendo para... É negócio de trabalho mesmo não é? Às vezes a gente está se desdobrando, dando o nosso melhor, dando o nosso sangue, acabando com o nosso corpo, com a nossa mente, aí se algum erro acontece a gente sai supercrucificado. Então a gente está sempre ali entre a cruz e a espada né? Está sempre ali no fio da navalha, que se a gente cometer um erro é um erro que pode ser fatal para o paciente. Só que aí a gente também está com duzentos milhões de pacientes e tem que tentar dar o melhor para todo mundo. E nem sempre a gente consegue.” (Técnica na entrevista individual).

A técnica fala, ao mesmo tempo, da insuficiência de pessoal frente a uma demanda de trabalho excessiva, mas também das possibilidades de erro a partir desse déficit de pessoal. Erro

este que, na fala da técnica, recairia sobre cada trabalhador individualmente e não sobre os fatores relacionados ao sistema como um todo, numa perspectiva gerencialista de administrar. A técnica fala ainda, nas entrelinhas, do medo que sente diante da possibilidade de errar, do medo de *não dar conta*, do andar *no fio da navalha*, de um sistema que lhe deixa *entre a cruz e a espada*. Uma enfermeira, na mesma direção, fala na entrevista coletiva:

“Eu, uma vez, eu quase errei. Eu programei uma quimioterapia errada. Depois desse momento, de quase programar, eu parei com isso, não é? Porque é aquela situação que a Maria⁸ [outra enfermeira] descreveu: ‘porque parece um polvo’. Não somos polvos, não é? Você não consegue fazer tudo. Quem diz que consegue fazer, assobiar e chupar cana, é mentira. Não consegue”. (Enfermeira na entrevista coletiva).

Nesse momento a enfermeira está falando da simulação do *assobiar e chupar cana* presente na organização do trabalho, fala das possibilidades reais de uma equipe de enfermagem reduzida para dar conta de vinte e leitos de pacientes graves. Uma técnica descreve com detalhes sua rotina e o quanto esta, em algumas situações, é sentida como excessiva:

“Aí é aquilo, é administrar a medicação das 14 [horas] de todo mundo, instalar os soros de todo mundo. Muito paciente com, com hidratação venosa entendeu? E o horário correndo. E fora as, as intercorrências. É a campanha que chama, não é? Aí você para tudo que estava focado ali, aí vai ver o quê que a paciente quer. Às vezes é dor, às vezes está vomitando, às vezes é o soro que acabou, às vezes é a medicação que acabou. Às vezes é o soro que não está pingando, aí você vai, vai lá ver a veia não está muito boa. Entendeu? Esse andar tem muita internação. Esse andar interna muito. Vem paciente da emergência, às vezes vem paciente do

⁸ Nome fictício

CTI, às vezes vem paciente de outra unidade. E nisso você está ali o tempo todo. Tem momento que parece que você tem que se dividir em dois ou em três.” (Técnica na entrevista individual).

Técnicas e enfermeiras falam, em suas entrevistas individuais, da insuficiência concreta de pessoal para a quantidade e o tipo de trabalho. Os pacientes pós-cirúrgicos e, portanto, menos graves, ficam em outro andar. Isto implica afirmar que os pacientes mais graves, em tratamento de quimioterapia ou radioterapia, alguns, muitas vezes em suporte não invasivo⁹ ficam neste andar/setor, com um quantitativo de pessoal considerado reduzido por todos que passaram pela entrevista individual. Sem que houvesse uma pergunta a esse respeito, todos os entrevistados mencionaram o assunto na entrevista individual em profundidade:

“Então assim, há uma alta rotatividade [de pacientes] no setor. E às vezes a gente tem um déficit de profissionais pra trabalhar. Então muitas vezes a gente está com três técnicos, quatro técnicos, depende muito, mas às vezes temos a complementação e isso às vezes segura um pouco. Geralmente a equipe é com três, quatro profissionais. E tem sempre os imprevistos, às vezes fica doente e ai... Teve plantão que tinha eu e mais um colega e teve que descer uma pessoa pra ajudar no setor. Então três técnicos naquele setor...Realmente é uma sobrecarga muito grande em cima da gente(...)”. (Técnica na entrevista individual).

A sobrecarga não recai somente sobre técnicas, mas sobre as enfermeiras, cujo trabalho também é de ter que lidar com os sentimentos de apreensão por parte dos técnicos:

“(...) Nós estamos trabalhando com o mínimo, porque tem uma de férias. Entendeu? Tem uma de férias. Então só tem quatro. E uma faltou. Então tem três. E uma que deu a folga porque teria uma folga mesmo pra ser dada. Aí quer dizer, só tem três. O andar está cheio. Aí já [os técnicos] ficam pensativos, aí eles já ficam apreensivos, sem saber o que vai acontecer. Bom,

9 Ver Glossário.

deixa eu ir lá na Maria José¹⁰, [enfermeira líder], pra ver o quê que ela vai fazer. E se nos outros andares não tiver quem possa descer? Aí o plantão já vai ficar desfalcado, vai ficar uma sobrecarga de trabalho pra eles, entendeu? Eles não vão trabalhar como eles iriam trabalhar se a equipe estivesse completa. Dar mais atenção ao paciente, entra um monte de coisas em questão.” (Enfermeira na entrevista individual).

Um técnico fala da inadequação não somente de quantitativo de pessoal para o número de trabalhadores, mas do quantitativo de leitos para a demanda de internações por câncer. Ele fala de uma contradição maior, que se dá em nível mais amplo, da saúde pública e da atenção oncológica:

“A questão é essa. Infelizmente, o hospital ficou pequeno. Falta vaga para tanta gente com câncer e as vagas que já têm é muito, é muita vaga para pouco funcionário que tem. Tem muito leito para pouco funcionário. Aí fica... Aí com certeza, quando a gente começa a pensar que tem muito paciente para pouco funcionário, o padrão de qualidade cai um pouco. (...). A gente já está no limite da estafa, já! A gente já trabalha estafado. Aí ainda vem para cá trabalhar com pouca gente. E a gente trabalha bastante horas e com pouca gente.” (Técnico na entrevista individual).

Diante desses excessos, técnicas, técnicos e enfermeiras se sentem no seu limite. O tipo de trabalho não permite a pressa, que, algumas vezes se coloca necessária para a execução de todos os procedimentos. Esse limite se coloca não somente por terem que priorizar, que escolher entre o que é primordial, mas por sentirem os efeitos dessa escolha como um *não dar conta*:

¹⁰ Nome fictício

“Aí eu estou saindo dali daquela parte central do Posto de enfermagem e estou indo lá puncionar o acesso. Às vezes o acesso é difícil, demoro quarenta minutos. Quando eu volt... E é uma coisa que eu não posso fazer rápido procurar o acesso. Estou espetando a paciente, vou fazer de qualquer jeito? Oh, a paciente já está sofrida porque já está sendo espetada múltiplas vezes, vou chegar lá abafada porque eu tenho coisa para fazer lá? Eu paro tudo. Paro tudo. N’outro dia eu falei para a Paula¹¹, administrativa do setor: ‘Paula, eu não estou dando conta, estou sufocada...’” (Enfermeira na entrevista individual).

Outra enfermeira fala algo muito semelhante:

“E eu estava na assistência: mil coisas, solicitações, tudo acontecendo e tinha que puxar as prescrições eletrônicas, para a farmácia ser informada e separar o carrinho. E já era onze e meia. Estava um horário muito avançado. Eu falei, olha só, pede outra enfermeira aí, porque eu não estou dando conta não. Eu falei.” (Enfermeira na entrevista individual).

O sentimento de *não dar conta* é freqüente entre técnicas e enfermeiros, não somente porque há um déficit de pessoal, mas também porque o tipo de paciente exige uma atenção diferenciada:

“Só que aqui, por ter esse peso a mais, essa necessidade e carência a mais desse pacientes, às vezes você não faz nada, mas tem que sentar e conversar. Enquanto você está ali sentando e conversando, falando da quimio, falando do efeito colateral, ouvindo, que você tem que às vezes se calar para ouvir, o mundo lá fora está explodindo: pedidos de exame, centro cirúrgico ligando, paciente voltando da cirurgia, paciente com dor, paciente vomitando, tem que passar a sonda, não está urinando.” (Enfermeira na entrevista individual).

¹¹ Nome fictício

Soma-se a um excesso de demandas, um excesso de sofrimento, intensificados pela premência de ter que escolher. Ou seja, as deficiências de pessoal do serviço de saúde recaem sobre os operadores do cuidado, seja na sua forma concreta, como excesso de trabalho, seja na forma simbólica e mais corrosiva, como um sentimento de não dar conta, de que não se fez tudo pelos pacientes oncológicos presentes no serviço, que necessitam de atenção e cuidado. Nesse sentido, houve diversos relatos a respeito do sofrimento causado por este sentimento de “*não dar conta*”, como se a responsabilidade por um serviço e um quantitativo insuficiente recaísse sobre os trabalhadores da ponta e estes internalizassem tal atribuição, na medida em que vivenciam de perto as dores e os dramas dos pacientes e suas famílias.

Uma enfermeira conta como, por vezes, ao fazer curativos delicados é interpelada a resolver outras situações igualmente prementes, que ela, como única plantonista do andar na época, era tida como a única a poder resolver. Assim ela faz o trabalho *apressadamente*, jeito que ela diz *não estar nela*. Ou seja, a situação de trabalho, a insuficiência de pessoal a leva a realizar o trabalho de um jeito que não a realiza como trabalhadora:

“Eu estava fazendo um curativo no paciente, aí me vem a técnica de enfermagem falou assim: ‘Maria, o paciente não está bem. Vai lá...’. Era uma paciente que estava grave. Vinte e seis anos, estava pele e osso. Já era SNI [suporte não invasivo], a mãe do lado. Já tinha ali uma situação de dificuldade. Aí eu lá, fazendo o curativo, no extremo, uma enfermaria de um lado do andar, a outra do outro. Aí vem a técnica no meio do curativo, perna aberta, da lesão pós-operatória. Aí vem a técnica: ‘Oh Maria., tem que ir lá ver a paciente’. Mas não é um ‘tem que ir lá ver a paciente’. É uma coisa que te atinge... Te joga um stress: ‘Tem que ir lá ver a paciente, Maria, tem que ir lá ver a paciente, tem que dar um jeito!’. Falei: ‘Chama um médico da emergência, que não dá para eu largar aqui. Eu não vou, não vou acrescentar nada. Vê a pressão, vê os sinais vitais, que eu vou fechar aqui e vou lá’. Fechei o curativo, apressadamente, isso já não está em mim fazer as coisas assim. Apressadamente... Deixei lá as coisas, fui ver a paciente.”

O *real do trabalho*, nesse contexto se apresenta como aquilo que irrompe a cada momento, se transformando continuamente, como algo não capturável pelas prescrições, sempre transitório, novo e muitas vezes emergente. No caso desse setor, o *real do trabalho* se apresenta como algo que desafia a capacidade de agir, de criar, algo que joga o trabalhador na impotência e na insuficiência:

“(...) as prescrições estão continuamente submetidas aos descolamentos instaurados pelo real. Isso se estende aos demais procedimentos, ao próprio conhecimento e mesmo às configurações subjetivas e identitárias. A verdade do real tende a negar o prescrito, submetê-lo à inadequação e a instituir outra provisória verdade.” (Ferreira, 2013: 346).

Naquele momento o modo de exercer o trabalho, de fazer o curativo como gostaria era menos importante que atender a outra demanda, em função do fato de ser a única enfermeira plantonista no setor, para vinte e quatro pacientes, com mais uma enfermeira diarista e quatro técnicos. A enfermeira dá um exemplo de como nem sempre consegue realizar seu trabalho do modo como gostaria, com o tempo que considera necessário e como se sente dividida entre diferentes demandas. A mesma enfermeira continua contando o episódio. Depois de ter deixado a primeira paciente e ter fechado o curativo *apressadamente*, ela foi atender a uma paciente de vinte e seis anos muito grave e sua mãe:

“Nisso, a paciente realmente estava muito grave, já estava... A técnica já tinha, a técnica, já tinha uma macro¹², a paciente estava sudoreica, pálida. Ela teve uma queda de pressão muito severa. E a mãe, foi a mãe mesmo que falou: eu vi minha filha morrer. A mãe estava em prantos, em pânico. A paciente já tinha se recuperado dentro do que se podia, aí eu fui dar socorro para a

¹² Aparelho usado para pacientes em dificuldades respiratórias. Ver glossário.

mãe, que está ali acompanhando. A mulher sentou no chão: ‘Vi minha filha morrer’. Aí nisso, era horário de visita. Aí vem um monte de gente curiosa. As situações aqui saem de controle. E isso gera uma pressão. E aí atropela tudo. Você está entendendo porque atropela? Vai independente do seu fluxo... E isso é uma coisa que, que futuramente, eu sei, não tem pessoal, não tem. A gente vai levando. Mas não se fala em humanização, em melhoria da assistência? Isso faz parte da melhoria da assistência.” (Enfermeira na entrevista individual).

O *real do trabalho* se manifesta assim, nessa enfermaria oncológica, em seus aspectos concretos, atingindo a subjetividade dos trabalhadores, as relações interpessoais, convocando os trabalhadores ao debate, à simbolização do mal-estar quase não passível de simbolização. A estes *furos* concretos, surgidos da inadequação de pessoal para a quantidade de trabalho, soma-se uma insuficiência diante da tragicidade da morte.

6.2 O Paradoxo Simbólico: insuficiências diante dos excessos da morte

“O exemplo de silogismo que aprendera no compêndio de lógica de Kiesewettern – ‘Caio é um homem, os homens são mortais, logo Caio é mortal’ - sempre lhe parecer exato em relação a Caio, jamais em relação a ele. Que Caio, o homem abstrato, fosse mortal, era perfeitamente certo; ele porém, não era Caio, não era um homem abstrato (...)” (Tostói em *A morte de Ivan Illich*, pg. 47).

No livro *A morte de Ivan Illich*, de Tolstói - já citado por Cecílio (2009) para discorrer as respeito das questões que envolvem e atravessam os atos e o trabalho de cuidado dentro das instituições de saúde - o autor russo aborda os dramas envolvidos no processo de doença e morte de um homem de elevado status social, enquadrado nas normas e ditames de sua sociedade. A citação acima pode ser deslocada também para os trabalhadores de saúde: eles, assim como Illich

em seu processo de adoecer e morrer, não lidam com a morte abstrata e genérica, mas com a morte singular e concreta, que tem efeitos em seus modos de trabalhar e viver.

Lago e Codo (2010) trabalham a questão da insuficiência de recursos simbólicos dos profissionais de saúde para lidar com a morte e o morrer. Como enunciado no capítulo dois, a idealização da ciência e da técnica e a retirada da religião dos cuidados com o aqueles que estavam próximos à morte desde a Renascença, deixaram aqueles que cuidam dos sujeitos próximos à morte em emaranhado simbólico complexo: se não é mais Deus quem cuida da vida e da morte, aqueles que cuidam assumem os méritos, mas também o grande peso de ter a vida de outros seres humanos supostamente em suas mãos.

No setor observado muitas mortes aconteciam, portanto, não se trata de um lugar propriamente onde a morte é negada, mas onde é vivida no cotidiano. No caso da equipe de enfermagem desse setor, é importante lembrar que os técnicos, ao mesmo tempo que são incumbidos da tarefa quase maternal de cuidar, de dar banhos, de administrar medicação, às vezes por longos tempos de convívio, possuem também a incumbência de “preparar o corpo”¹³, quando do falecimento de seus pacientes: uma contradição de difícil equacionamento no cotidiano de trabalho. Um caminho que encontravam quando frente à tarefa de “preparar o corpo”, era delegar tal tarefa a um colega que tivesse um vínculo menos intenso com o paciente que havia falecido, negociação comum entre a equipe, à qual não se furtavam.

Uma técnica me falou no quartinho de enfermagem: “*Tem dias que o Zé Maria passa aqui de van*”. A técnica chamava a morte de *Zé Maria*. Uma outra técnica falou na entrevista individual da ligação dos pacientes oncológicos com a idéia de morte:

“Ah, eu acho que aqui na oncologia, os pacientes, eles estão ligados eu acho, que diretamente e indiretamente já à morte. Eles... Eu acho que os pacientes sofrem muito e no final acho que todo

¹³ A tarefa de *preparar o corpo* designada aos técnicos de enfermagem consiste em, depois do falecimento atestado pelo médico, limpar todos os fluidos, tampar os orifícios e deixar o corpo limpo e “preparado” para ir para a capela do hospital, o lugar onde ficam os corpos.

mundo sabe que vai morrer, pelo câncer. Eu já trabalhei em CTI, já trabalhei em maternidade em outros lugares, que as mulheres iam para dar a luz não é? Então é completamente diferente. Ortopédico, que você vai para operar uma perna, um braço e sai. Aqui é diferente. A maioria dos nossos pacientes aqui, eles entram e voltam mais debilitados ainda e voltam para morrer com a gente. Acho que estão muito ligados a isso”. (Técnica na entrevista individual).

Uma outra técnica fala não somente da ideia de morte, mas também da quantidade e do quanto essa entrada no trabalho lhe foi difícil:

“Foi muito mais difícil no início, porque eu nunca trabalhei em um lugar que morresse tantas pessoas assim, como eu vejo aqui. A doença em si, o câncer, em si. Até então eu não tinha tanta ideia de quanto o câncer matava, entendeu? Você lida com vários tipos de doença lá fora. Lida com doenças de caráter social, como tuberculose, mas você não vê morrendo do teu lado o tempo todo. Aqui não. Aqui é uma coisa impressionante!” (Técnica na entrevista individual).

Como destacam Lago e Codo (2010), há uma insuficiência simbólica para lidar com a morte. A morte que havia sido retirada do convívio social, é cotidiana para estas trabalhadoras e trabalhadores, que simultaneamente pertencem a esta mesma sociedade e a um mundo diferente, em que a morte habita cada dia.

Se a sociedade contemporânea, como nos mostra Kovacks (1992), nos incita a esquecer da morte, estes trabalhadores tem a tarefa de lembrá-la todos os dias, com todas as implicações que isto tem para suas vidas, dar novos sentidos ao viver, mas também de elaborar perdas constantemente.

A morte, portanto, estava lá no setor cotidianamente, a olhos vistos: pacientes lutando com ela face a face, ainda que em seus últimos momentos. No entanto, nem sempre os modos de lidar com a morte eram diretos. Diante da intensidade da vivência da morte, era preciso construir defesas, metáforas, duplos sentidos. Outra metáfora usada era “oitavo andar”.

Havia uma paciente muito gentil e que gostava de conversar. Ela havia autorizado que eu observasse o curativo de uma ferida tumoral. Esse contato gerou um vínculo recíproco. Um dia cheguei ao setor e perguntei pela Dona Maria¹⁴, cujos cuidados eu havia acompanhado. Uma enfermeira, de outro setor, que dava complementação de plantão naquele andar falou: “*Acho que a Dona Maria foi para o oitavo andar*”. Demorei para compreender o que ela estava falando, até entender que o oitavo andar era para cima do último andar do hospital. Para aquela enfermeira não foi possível me dizer que a Dona Maria havia falecido.

A vivência da morte dos pacientes passa pelo sentido individual que cada trabalhador dá à morte. Esse sentido se desdobra no modo de conceber o trabalho e à própria vida. Sem que fossem perguntados, todos falaram na entrevista individual a respeito de seus modos de encarar a morte e também de sua religiosidade, a via régia pela qual conseguiam articular sentido ao próprio sofrimento, ao sofrimento de pacientes e familiares e lidar com perdas constantes. Todavia, apesar de inserirem a morte em uma rede simbólica que lhe conferisse sentido, ainda assim, não se tratava de um relacionamento sem dor. A morte era um obstáculo ao saber fazer, à técnica, algo que se colocava como uma grande pausa e um vazio no meio de seu cotidiano de trabalho, principalmente quando se estabelecia um vínculo com o paciente. Vínculos estes que se davam sem explicação.

Essa vivência da morte variava a intensidade e sofrimento conforme o grau das defesas e forma singular como cada um conseguia lidar com o momento, mas o que era comum era a dificuldade de lidar com a morte de pacientes com os quais, sem saber o porquê, estabeleciam um vínculo especial, diferenciado e geralmente recíproco:

“A Joana¹⁵, quando morreu, ela estava com meu crachá na mão, segurando minha mão. Eu estou falando sério! Ela morreu, ela me chamava...dezessete anos!!! Ela queria que eu ficasse

14

▫ Nome fictício

15

▫ Nomes fictícios

do lado dela o tempo todo. E ela pra mim: 'Fica!'. Eu, na minha cabeça: 'Será que eu vou junto, depois dela? Ela está me chamando para eu ir com ela'. Que na cabeça d'agente é umas coisas assim. Às vezes morre te chamando. Ela me chamava o tempo todo. Ela ficava: 'Maria'¹⁶, Maria' e me chamando.”

A vivência da morte dos pacientes, principalmente aqueles com quem se tem um vínculo contaminam o tempo fora do trabalho, tornando a famosa expressão “*da porta para fora*” apenas um recurso defensivo dos discursos de diversos trabalhadores:

“Eu falava: 'gente, eu não aguento'. Eu sai daqui, aquele dia, eu escutava a voz dela” (Técnica na entrevista coletiva).

A técnica fala não só do evento da morte da paciente com quem tinha um forte vínculo, como de evento que ultrapassa em muito suas horas no local de trabalho e invade toda a vida subjetiva. Trabalhadoras e trabalhadores, na entrevista individual, usaram com frequência o termo “*da porta para fora*” e “*da porta para dentro*”, na tentativa de estabelecer um limite entre o tempo de trabalho no hospital o tempo de sua vida pessoal, na tentativa de preservar seu espaço privado, o que nem sempre era possível. Na entrevista coletiva esses limites foram relativizados. Durante uma das entrevistas individuais um trabalhador foi mudando seu discurso, na medida em que falava:

“ Assim, eu penso que eu vim para fazer meu trabalho. Mas eu fico muito triste aqui, mas já chego em casa, eu acho que eu consigo... Eu saio daqui da porta para fora aqui, eu consigo separar bem as coisas, consigo viver minha vida e não deixo isso afetar meu lado pessoal não.

¹⁶ Nome fictício

Assim, eu acho pelo menos. Não sei (risos) Eu acho que eu consigo separar bem. Ai... eu não sei. De repente a gente está... Né? Absorve tanta coisa aqui, que a gente fica um pouco para baixo, mas não, não percebe né? Mas eu acho que eu consigo separar bem. Não sei. Agora eu fiquei até na dúvida já.” (Técnico na entrevista individual).

O técnico foi refletindo, na medida em que falava comigo face a face na entrevista individual, foi elaborando o assunto e elaborando a questão da contaminação do tempo fora do trabalho por um outro ângulo, antes não pensado por ele. Embora não houvesse nenhuma pergunta direta sobre o tema, este foi recorrente nas entrevistas individuais e foi trazido novamente no debate das entrevistas coletivas.

Para Dejours o trabalho não é algo que não se esgota no espaço geográfico de trabalho, muito pelo contrário: ele *coloniza a subjetividade*. Ainda que no discurso de diversos trabalhadores e trabalhadoras houvesse a tentativa constante de afimar a diferença entre os espaços *da porta para fora e da porta para dentro*, tanto no que se refere ao profissionalismo (“*deixar os problemas pessoais do lado de fora*”), quanto na defesa de seu espaço privado (“*deixo os problemas do hospital aqui*”; “*não levo problemas para casa*”), havia sempre relatos seguidos dos eventos mobilizantes que os acompanhavam *da porta para fora*.

Trabalhadoras e trabalhadores falaram muito dos eventos particularmente mobilizantes, as mortes de pacientes com quem se estabelecia um vínculo mais forte, intensificadas pelo lento processo de perda:

“ Eu falava: ‘Meu Deus do Céu, eu não estou aguentando’. Pô: dezessete anos!!! Ai você fica assim, não é? Uma garota jovem, eu dando... E ela queria que eu desse o banho, eu dei o banho. E ela foi morrendo aos poucos e eu dando o banho, dando a medicação, aquela coisa aos poucos, agonizando” (Técnica na entrevista coletiva).

A técnica está falando de outra questão que atravessava o discurso de todos: a morte aos poucos, a morte *aos pedacinhos*, como disse uma enfermeira no posto de enfermagem. Uma outra enfermeira na entrevista coletiva disse, a respeito desse convívio com os que vão morrendo *aos poucos*: “*Aqui você vai morrendo aos poucos*”.

O tema do *morrer aos pouquinhos* foi um assunto muito debatido nas entrevistas coletivas. Trabalhadoras e trabalhadores falavam dessa intensidade da perda que se dá aos poucos atravessada por um vínculo afetivo, a chamada *morte do convívio* (Loureiro dos Santos, 2001). Um trabalhador, tido como *durão*, que anteriormente trabalhava em uma emergência, fala na entrevista coletiva. Enquanto ele falava, muitas técnicas e enfermeiras interrompiam sua fala para corroborar o que ele estava falando e ele pedia que deixassem que ele falasse:

“Em um dia, lá na emergência, morreu mais gente do que um ano que eu estou aqui nesse hospital. Com certeza. Em um dia eu vi mais morte do que um ano aqui. E em um ano é gente pra caramba aqui. Eu já vi muita morte na minha vida, de todo tipo de morte: granada, tiro, tudo. Mas... (...) Não me afetou. Eu não estava nem aí. Não fez diferença para mim. Eu dei o meu melhor, morreu, acabou. Pronto. Mas logo quando eu entrei aqui, tinha uma paciente que era a Joana¹⁷. Acho que foi a primeira pessoa que eu vi morrer aqui, a Joana. Aí e ela... Então, quando eu comecei a trabalhar aqui, ela estava bem. Assim, razoavelmente bem. E isso assim, e a gente assim, criou uma ligação, uma amizade, eu sempre conversava com ela, batia o maior papo com ela. Então assim, quando ela morreu, foi o primeiro paciente que morreu assim, que eu fiquei triste. Quase chorei. Quase chorei. Acho que, eu não sei se eu quase chorei, ou chorei. Eu não sei já. Mas eu fiquei...muito triste, muito triste. Muito triste, muito triste! Então assim, eu tinha visto duzentos milhões de mortos...Duzentos milhões de mortos que eu já tinha visto e assim, foi uma que eu vi que me abalou. Então eu acho que a principal coisa aqui que faz a gente ficar triste é que a gente vê um paciente que está razoavelmente bem, a gente vai vendo ele piorando e vai vendo agonizando...e morre. Aos pouquinhos a gente vai vendo todo o quadro e piora dele a

17

¹⁷ Nome fictício

gente vai vendo todo o sofrimento. Então é isso que abala a gente. Não é nem o fato dele morrer. Morrer, não é o fato.” (Técnico na entrevista coletiva).

Uma enfermeira respondeu para ele: *“Mas é, é isso aí que é a especificidade do sofrimento na oncologia”*. Nesse trecho da entrevista coletiva, trabalhadores e trabalhadoras usaram palavras para definir o tipo de morte que presenciam: *aos poucos, aos pedacinhos, gradativamente*. Palavras estas que remetem a uma morte lenta e dolorosa, para quem morre e para quem assiste ao paciente em seu leito de morte. Uma enfermeira falou:

“Eu não vou esquecer jamais na época lá há muito tempo, quando eu era residente, que um acompanhante falou numa reunião com uma psicóloga lá ... Ele falou assim, o acompanhante falou: ‘O que me dói é olhar para o meu marido e a cada dia ver que eu estou perdendo ele um pouquinho’. E a gente como profissional, a gente vê isso aqui dentro. É essa que é a diferença. Entendeu?” (Enfermeira na entrevista coletiva).

Um técnico descreveu a especificidade dessa *morte do convívio* e de seus sentimentos como trabalhador:

“Assim, eu trabalhei muitos anos com emergência. (...). Então assim, é engraçado, porque morre muito mais gente na emergência. Tipo dez, quinze pessoas num dia. Só que assim, morte igual eu vi aqui eu nunca vi em nenhum lugar.. Na emergência eu nunca vi.(...) De um paciente, a gente fica aqui acompanhando o paciente, plantão por plantão.....sofrendo. Entendeu? Fim. A gente vê ele ruim, a gente vê ele bom, a gente vê mais ou menos, regular, muito ruim, ruim, ruim para morrer. E assim, triste, falecendo, porque a gente vê assim aos pouquinhos ele morrendo, segundo por segundo, dali aquele lance do último suspiro, que todo mundo fala

que não existe, mas aqui você vê que existe. Assim, é o que eu estou falando, morre-se vinte numa emergência, mas a morte de um aqui é mais sofrida. (Técnico na entrevista individual).

Uma enfermeira fala, na entrevista coletiva, desse convívio, às vezes prolongado por anos:

“Eu peguei aquela menina no colo entendeu? Eu fui residente e ela era da pediatria, entendeu? Aí você imagina, a gente está aqui há dois anos, vendo esse sofrimento, não é? Imagina quanto tempo essa menina vem tendo esse sofrimento e sentindo na pele esse sofrimento todo?”.

Além do fato de ver a *morte aos pouquinhos*, parece haver, em algum nível, uma negação a respeito não propriamente da morte, mas do tipo de paciente encaminhado para este setor, geralmente em *suporte não invasivo*, ou seja, já sem possibilidades curativas, próximo à morte. Um assunto pouco debatido e desenvolvido entre a equipe. Uma enfermeira chamou o setor de *cuidados paliativos disfarçados*, apontando para uma certa negação das condições da maioria dos pacientes, mas também para as dificuldades da instituição, que tem os *cuidados paliativos* como uma unidade hospitalar e não como um cuidado transversal que pode vir a ser assumido de forma clara para qualquer paciente oncológico, dependendo da progressão da doença. Nesse sentido as análises de Lago e Codo sobre os sentimentos de impotência dos profissionais de saúde diante do morrer se aplicam, quando a ciência e a técnica não dão conta dos processos de vida e morte. Uma técnica, enquanto falava do processo de morte de uma adolescente, falou na entrevista coletiva:

“Olha, que eu falei assim: ‘Senhor, se o Senhor me colocou aqui, eu não estou entendendo o mistério, mas tem horas que tem ficado difícil...’. E você, porque você quer ver o paciente

recuperar também, ficar bom. Aí você vê a luta deles: passam pela quimio, passam pela radio, faz tanta coisa e...”

A técnica está falando de seu desejo de que o trabalho se transformasse em melhora, em cura, isto é, em outras palavras está falando da frustração de trabalhar mais com a morte e com o *fracasso* do que com a vida e a cura. A técnica recorre a sua religiosidade para tentar entender o não sentido da morte de uma adolescente, mas também a insuficiência da ciência e da técnica para dar conta do processo de morte. Os pacientes passam pela quimioterapia, pela radioterapia, por um tratamento muito sofrido sem resultados que vençam a morte: é seu questionamento. Nesse sentido a fala da trabalhadora a respeito dos *cuidados paliativos disfarçados* se aplica, assim como as análises de Lago e Codo (2010) sobre o emaranhado simbólico no qual estão enroscados os trabalhadores de saúde diante da morte. Uma trabalhadora fala:

“E aqui eu estou no cuidado paliativo, disfarçado: que faz quimio paliativo. Então assim, não é um lugar confortável para mim. Porque esses pacientes se submetem a esses tratamentos e você vê pouco custo/benefício disso”. (Técnica na entrevista individual).

Uma técnica fala de sua dificuldade diante da morte de um paciente em *suporte não invasivo*. Apesar do paciente não ter mais possibilidades curativas, ela fala de sua angústia diante do fato de que *“não deu tempo de fazer nada”*, isto é, a técnica se sentia parcialmente responsável pela morte do paciente, pelo fato de estar perto do mesmo e não ter tido como salvá-lo, o que a teria levado a de ter *saído de si* durante o episódio de morte, ela *“não surtou”*, mas *“ficou muito nervosa”*. O medo de enlouquecer aponta não somente para suas dificuldades individuais, mas para um sentimento que se expressou nas palavras de muitos trabalhadores e trabalhadoras: *medo de enlouquecer, medo de surtar, medo de adoecer*. Tais medos sugerem não só um grande esforço para *dar conta*, diante dos excessos de afetos suscitados no trabalho, mas também para uma

precária elaboração coletiva a respeito dos limites e possibilidades da atuação da enfermagem e dos trabalhadores de saúde em geral naquele contexto da atenção oncológica:

“Tinha por volta de seus sessenta anos, mas era um paciente, como a maior parte são, SNI [suporte não invasivo]. Ele já era todo comprometido a nível pulmonar, a respiração dele já era difícil. Então o esforço naquela hora pra ele, ele não suportou. Ele fez tanto esforço! Eu cansei porque eu comecei a segurar ele, quando ele parou, não deu tempo de fazer nada. E aquilo ali, não que eu surtei, não é isso não, não é isso que eu quis dizer, mas eu fiquei tão nervosa que a enfermeira me tirou, me colocou na sala, eu fiquei lá uma hora porque eu fiquei nervosa.” (Técnica na entrevista individual).

A concepção do tratamento paliativo como uma unidade de tratamento e não como uma linha de cuidado transversal gera sofrimento extra, assim como mal-entendidos tanto para familiares, como para trabalhadores diante de uma dificuldade de compreender o processo de morte e morrer quando um paciente está fora de possibilidades terapêuticas. Uma técnica fala na entrevista individual:

“E aconteceu esse fato e realmente eu falei meu Deus como é que pode? Eu não vou aguentar! Era um paciente que se queixava muito de dor e aquilo me incomodava. Qualquer queixa assim do paciente me incomoda. No sentido de querer fazer alguma coisa! Eu não entendo isso, eu não entendo! Ah, eles falam assim: suporte não invasivo, mas ele tá sentido dor, tá me entendendo? Não é possível. Ah: ‘mas não tem o que fazer’. Às vezes o paciente é inviável de acesso, não tem como fazer, não tem como puncionar, a gente tenta até o último instante puncionar a veia. Mas às vezes não tem condição. Mas o paciente tá vivo! Sei lá: porque não faz um acesso profundo? É um suporte invasivo, mas pelo amor de Deus, tá doendo! Não tem como! Tem coisa que não dá pra entender, sei lá. É muito sofrimento!”

Em oposição a esta fala, uma enfermeira fala na entrevista individual a respeito da necessidade de poupar os pacientes fora de possibilidades terapêuticas, em *suporte não invasivo*, de procedimentos agressivos e de como fez para poupar um deles justamente de um acesso profundo (técnica mais invasiva) com uma técnica que aprendeu por iniciativa própria com uma colega que veio da unidade de cuidados paliativos:

“Não tem mais os tratamentos invasivos que são necessários [para os pacientes em suporte não invasivo]. Entendeu? Igual aquele paciente que eu te falei, que o médico queria, num paciente fora de possibilidade, queria fazer um acesso profundo, sem necessidade, poderia fazer um [acesso] aqui [aponta o pescoço, se referindo à uma técnica que aprendeu para poupar o paciente do acesso profundo] e tá bom. Entendeu? Justamente visando o conforto dele. Você imagina: ele receber várias furadas na tentativa... E se não conseguisse aquela veia? Ia passar pra aqui. Olha a ansiedade! Entendeu? Olha o desgaste desse paciente que já não esta bem! Então eu dei uma picadinha nele, ele ficou quietinho porque ele nem sentiu. Isso tudo, a gente tenta! Isso ai é um conforto que a gente tenta dar, um cuidado paliativo, que eu tento fazer. Sempre buscando o melhor pra eles. Mas é que lá [na unidade de cuidados paliativos] é direcionado pra isso. Lá é bem específico. Não que aqui a gente não forneça. Aqui a gente fornece tudo, a gente... Quando está nessa etapa da vida, quando não tem mais o que fazer, a gente fornece todo o carinho, toda a atenção, mas a gente sabe que lá as atividades são mais específicas pra isso” (Enfermeira na entrevista individual).

Nesse trecho a enfermeira fala não somente da inexorabilidade da morte de um paciente, mas daquilo que ela faz diante dessa situação, ainda que não esteja em uma unidade de cuidados paliativos, com aquilo que aprendeu para dar conta desse tipo de contradição: um paciente fora de possibilidades terapêuticas ainda sendo tratado com técnicas invasivas.

Essa mesma enfermeira fala das dificuldades de se manter os pacientes em *suporte não invasivo* fora da unidade de cuidados paliativos, onde haveria todo um cuidado direcionado ao paciente fora de possibilidades terapêuticas, refletindo a lógica e organização da instituição: cuidados paliativos como uma unidade de tratamento e não como um cuidado transversal a toda a assistência ao paciente oncológico e como um conhecimento necessário a todo trabalhador da área oncológica.

Na medida em que o cuidado paliativo é compreendido como uma unidade e não como um cuidado transversal, esse fato gera desconforto para trabalhadores e familiares, como se aquele paciente fora de possibilidades terapêuticas que não estivesse na unidade de cuidados paliativos, não fosse oficialmente tratado como um paciente fora de possibilidades terapêuticas, a despeito de todos saberem que é um paciente já sem condições de tratamentos curativos, em *suporte não invasivo*, que não vai para *os cuidados paliativos* por falta de vagas na unidade destinada a esses cuidados:

“Por exemplo: é deliberado que o paciente não tem mais o tratamento efetivo a ser feito porque o tumor já está bastante agressivo, então ele vai ser direcionado para a outra unidade. Só que nessa outra unidade nunca tem vaga e o paciente acaba ficando aqui. Tem paciente aqui há quase dois meses esperando uma vaga e não consegue. Entendeu? Então isso causa um certo desconforto porque a gente sabe que lá eles são direcionados pra isso, para a unidade paliativa. Têm dinâmicas com os familiares, eles conseguem se integrar mais um ao outro, sabe? É tudo direcionado pro conforto lá. E acaba que eles ficam aqui com a gente e não tem isso. Porque aqui a gente não é direcionado pra isso. Entendeu? Então enquanto eles poderiam estar lá com um tratamento diferenciado eles estão aqui e não tem vaga. Tem outro paciente, aí tem outro... A gente faz o nosso cuidado aqui, como a gente faz para um outro paciente, que chega e esteja em tratamento. É o mesmo cuidado! Lá [na unidade de cuidados paliativos] é específico. Entendeu? É específico. Eu não sei de fato como funciona porque eu nunca trabalhei lá, mas eu sei que tem várias atividades específicas de lá que aqui não tem. Que fazem com os pacientes de lá, com os familiares de lá e que aqui não tem. Porque esse hospital tem um outro foco. Entendeu? Então

isso gera uma certa ansiedade no paciente, no familiar, pra gente! Porque a gente sabe que seria melhor para ele(...)". (Enfermeira na entrevista individual).

Há uma certa idealização das atividades oferecidas na unidade de cuidados paliativos e, ao mesmo tempo, um reconhecimento da insuficiência da tecnologia e da técnica para dar conta dos pacientes oncológicos, restando o *carinho* como aquilo que é possível para dar conta do que a ciência não dá, o *carinho* como possibilidade de dar conforto diante da inexorabilidade da morte:

“ A gente dá o cuidado que todo mundo merece aqui, mas só que lá são atividades específicas que eu não sei te relatar quais são, mas eu sei que existem. Entendeu? São dinâmicas, conversas com familiares, assim eles fazem um monte de coisas lá. Eu não sei te explicar qual. Que aqui a gente não tem tempo pra isso. A gente dá o cuidado necessário. A gente faz tudo que o paciente precisa, a gente dá o conforto pra ele também, mas essa especificidade de lá aqui não tem e nem tem como a gente fornecer. Porque aqui o nosso foco é outro. Entendeu? Os pacientes que estão aqui, não foram deliberados, estão em tratamento. Lá é todo mundo voltado pra isso, assistente social, todo mundo fica só envolvido nessa questão. Aqui a gente não tem como fornecer isso. A gente dá o nosso cuidado, o nosso conforto. Tanto que eu te falei, que não basta só o meu conhecimento: eu tenho que dar aquele carinho, aquela atenção. Justamente para esses pacientes, entendeu?” (Enfermeira na entrevista individual).

Era comum que, quando um paciente que tinha um vínculo maior com uma técnica ou técnico estava próximo à morte, esse trabalhador ficasse mais comovido e até evitasse estar presente no plantão em que o paciente estivesse para morrer:

“Agora uma pessoa que você pô está convivendo há sei lá, dois, três, quatro meses, e você vê, é diferente. Porque você bem ou mal, você criou um vínculo com aquela pessoa. É um vínculo que

você não tem de um dia, dois dias. É um vínculo já maior. Então é complicado. Assim que eu entrei para cá, tive aqui uma paciente, Amanda¹⁸, o nome dela, que foi a mesma coisa que eu te falei. Ela estava bem, mais ou menos, ficou ruim e tal e morreu. Então assim, ainda bem que ela não morreu no meu plantão, porque no meu plantão ela estava mal, para morrer e morreu de noite. Ainda bem, que eu também não estava para isso, entendeu? Dependendo do paciente, o paciente que você se apega mais, fica ruim. É meio sofrido.” (Técnico na entrevista individual).

Nesse contexto, apesar da inadequação de pessoal e dos sentimentos de insuficiência diante da morte, havia ainda o que criar. A despeito dos *furos* que emergiam de um *real do trabalho* que os convidava a sentimentos de impotência, que insistia e se transformava, a cada momento, em demandas emergentes das mais diversas ordens, os trabalhadores criavam modos de exercer seu trabalho:

“Com frequência, a habilidade técnica, os tacit skills, as habilidades tácitas, sobrevêm apenas após uma longa luta contra a resistência do real. Não apenas são necessários, no mais das vezes, anos de experiência até adquirir uma familiaridade com o objeto de trabalho, como ainda é preciso mobilizar uma extraordinária obstinação frente ao fracasso. O fracasso, os becos sem saída, as soluções não reprodutíveis, as derrotas frente às forças do real são parte integrante do trabalho”. (Dejours, 2012 A: 50).

Nem todos os eventos desse *real do trabalho* são possíveis de serem transpostos. Parte desse *real do trabalho*, aliado a uma organização do trabalho atravessada por contradições, constitui uma ameaça à saúde dos trabalhadores, atingindo desde dimensões menos concretas e perceptíveis, como as fantasias, ansiedades e medos, assim como dimensões bastante concretas, tais como licenças por doenças psiquiátricas ou osteomusculares e outras formas de adoecer, que merecem uma investigação mais aprofundada em outros trabalhos.

18

¹⁸ Nome fictício

Por outro lado, parte desse *real do trabalho* que emerge continuamente, como fracasso, como dor, como impotência, convocam os trabalhadores a criar modos próprios de transformar o trabalho prescrito em trabalho real, de cuidado. Trabalho este possível dentro dos limites de humanidade de pacientes e trabalhadores, que criam continuamente modos de exercício de seu ofício de cuidar dentro de um contexto que coloca cada momento de contato entre quem cuida e quem é cuidado como fundamental, como momento de criação, como momento *de trabalho vivo em ato*, como exercício da *métis*, da inteligência prática.

7. Inteligência Prática e o Exercício do Cuidado na Enfermaria Oncológica

“Encontrar soluções, inventar novos caminhos, isso passa por uma transformação de si, profunda. O trabalho não cessa no ateliê, na fábrica ou no hospital. Ele coloniza toda a subjetividade” (Dejours, 2012 A: 51).

Para Dejours (2012 A), o uso da inteligência prática ou inventiva se dá a partir do confronto com o real do trabalho. Esse confronto não fica restrito ao ambiente de trabalho. Como afirma Dejours, na citação acima, ele penetra a subjetividade, transforma os sujeitos e, conseqüentemente, seus modos de agir, de exercer o trabalho e de viver.

Durante a realização das observações participantes tive a oportunidade de presenciar momentos de exercício do cuidado, em que cada trabalhador que permitia tal observação, ao longo do tempo e do convívio, deixava transparecer seu modo próprio de realizar os procedimentos prescritos, transformando-os em trabalho e cuidado real, na relação com o paciente, sujeito com o qual se encontrava.

Observei os modos próprios de exercício do cuidado de diversos trabalhadores e este foi um tema frequente nas entrevistas individuais, quando era feita a primeira pergunta aberta e muito genérica, um pedido que se falasse a respeito do próprio trabalho.

Diante dos desafios colocados pelo *real do trabalho* para a equipe de enfermagem que atuava naquele setor, foi enunciando pela palavra e por gestos seus modos próprios de transpor os obstáculos que se apresentavam.

Ao *real do trabalho* se contrapõe a *inteligência prática, astuciosa ou criadora*, que, ao se confrontar com os obstáculos, cria novas formas de fazer, de transformar o trabalho prescrito em trabalho real. A equipe de enfermagem foi revelando, por atitudes, palavras e gestos, seus modos de lidar com os obstáculos de seu trabalho, aqueles passíveis de serem ultrapassados.

A equipe enfermagem não deixa de criar, a despeito de um modo de organização do trabalho que dificulta o debate sobre essas microcriações cotidianas. É a isto que esta pesquisa pretende lançar luz: a despeito de todo contexto hospitalar, a existência de microcriações cotidianas, que resistem não somente aos obstáculos, mas ao contexto adverso. E como estas *microcriações* sobrevivem nesse contexto, que, claro, não deixa de interagir e produzir efeitos sobre a produção de cuidado e sobre a mobilização de trabalhadoras e trabalhadores.

Para Dejours (2012 a), a *inteligência prática* está presente em todo trabalho ordinário, na medida em que é sempre necessário transformar o trabalho prescrito em trabalho real. Nas áreas de saúde, o exercício do trabalho e essa passagem do prescrito para o real se torna ainda mais complexos:

“Em medicina, assim como em enfermagem, ensinam-se apenas conhecimentos aos estudantes, não se pode ensinar o trabalho propriamente dito. Cada médico, ao deixar o hospital para instalar-se por conta própria em um consultório, deverá encontrar por si só, a partir de sua inteligência inventiva e criativa, as artimanhas, as astúcias da profissão que não lhe foram ensinadas. Ocorre com a aprendizagem do profissional de saúde o mesmo que com a criança: não se ensina uma criança a andar, pode-se segurá-la pelas mãos, mas não se explica como tensionar os músculos, mover as articulações, encadear os movimentos. É necessário que ela descubra sozinha e que, como nós, passe à experiência do real...são inúmeras quedas, esquimoses até que ela descubra ou invente soluções para recobrar o seu equilíbrio quando cambaleia.” (Dejours, 2012 a: 41).

Esse exercício da *inteligência prática* no trabalho desta equipe de enfermagem aparece de forma muito semelhante a um episódio descrito pelo próprio Dejours para exemplificar este conceito (2012 a). Esse episódio ocorreu em seu trabalho como médico no início de sua carreira, quando ainda não estava formado e nem havia feito sua residência em psiquiatria. Trabalhava em um presídio com mais de dois mil detentos. Nesse presídio havia uma ala para detentos com

problemas psiquiátricos, onde havia um enorme italiano que não deixava ninguém dormir durante a noite. Quando a situação se tornava insuportável, o médico era chamado para lhe dar uma injeção de neuroléptico. Dejourns estava de plantão e fora chamado, mesmo sem falar uma palavra de italiano e sem que o detento falasse uma palavra de francês. Ele foi colocado na cela com o preso e compreendia apenas algumas palavras perdidas no meio do discurso que remetia à guerra e batalhas. Quando Dejourns, na sua condição de médico tentou lhe dar uma injeção, o homenzarrão italiano gritava sem parar, mostrando medo da injeção e deixando Dejourns preso na cela. Foi quando Dejourns teve a ideia de propor, de forma rudimentar (já que não falavam a mesma língua) propor que *aplicassem juntos a injeção* e, quando o detento se sentisse pronto, falasse “1,2,3, fogo!”. Por este caminho intuitivo Dejourns conseguira não somente aplicar a injeção naquele dia, mas estabelecer uma relação com aquele paciente que fazia com ele não resistisse à aplicação de sua medicação por injeções e, em todos os plantões de Dejourns, quando via o médico, abaixava as calças para aplicar a injeção e falava “Dr. Dejourns, 1,2,3, Fogo!” (Dejourns, 2012 a). Com este episódio, Dejourns nos dá um exemplo bem concreto de como *o real do trabalho* se apresentou para ele de forma assustadora em um primeiro momento e como ele conseguiu, por meio de sua *Inteligência prática*, de sua capacidade inventiva e criadora, criar um canal de relação com aquele paciente que lhe permitisse exercer sua atividade de médico de forma a cumprir sua missão com aquele paciente. A este respeito escreve Dejourns:

“Mas, como surgiu essa ideia absurda de encenação para conquistar sua confiança? Trata-se de uma intervenção sem o recurso do raciocínio lógico ou de uma estratégia padronizada para a solução de um problema. Isso é um procedimento designado pela fenomenologia como ‘contato’. É este contato, fundamentalmente corporal e afetivo, com as atitudes corporais do paciente que, depois de alguns minutos de impregnação, abre caminho ao universo mental deste doente, mesmo que não conheça sua língua (...). Interessante destacar que a análise do caminho da intuição só pode ser feita a posteriori. Sua progressão não é previsível, ela se impõe, chega com a força do corpo ao espírito que, receptivo, à meta a ser alcançada - acalmar o paciente – encontra uma fórmula, uma astúcia. É evidente que esta capacidade de contato e de mimetismo

não cai do céu. Ter contato contínuo e prolongado com os detentos e com o mundo prisional” (Dejours, 2012 a: 46).

Durante o período de observação, presenciei muitas cenas que permitiam inferir o exercício da *inteligência prática* pelos trabalhadores, sobre as quais pude refletir nos diálogos travados nas entrevistas ou mesmo nos corredores. Uma delas foi a alta de um paciente de poucos recursos materiais, com um tumor visível muito grande. Certas de que o paciente não teria recursos para comprar os materiais de curativo, duas trabalhadoras deram-lhe discretamente o curativo e falaram para a esposa colocar aquele material em sua bolsa com rapidez, como quem comete uma transgressão. Depois de ter ido embora, perguntei a uma delas porque fizeram aquilo como se estivessem transgredindo, ao que ela me respondeu que já fora chamada à atenção por gesto semelhante a este anteriormente. Disse-me a enfermeira que o hospital tem recursos fixos de material para uma quantidade determinada de pacientes, que não conta com a provisão de material quando da alta do paciente e que, por isso, a rigor, ela não poderia dar material de curativo, quando da alta do paciente. No entanto, afirmava saber que, se ele fosse para casa e não fizesse o curativo direito, que iria voltar a ser internado por causa de um curativo infeccionado e que, então, além de ocupar um leito desnecessariamente, gastaria medicamentos, talvez até antibióticos de alto custo, fraldas, além de correr risco de infecções. Nesse caso, a trabalhadora usou de um argumento coerente cujo foco era a redução de custos do hospital, mesmo motivo pelo qual havia sido chamada à atenção ao ter tomado essa atitude anteriormente, no entanto, enquanto eu observava a cena, tinha a nítida sensação que sua preocupação, em primeiro lugar, era com o cuidado ao paciente/usuário e não com a economia do hospital. Ela, portanto, usou a lógica da racionalização de gastos, a mesma usada anteriormente pelas hierarquias superiores para lhe chamar a atenção em circunstâncias semelhantes, para legitimar seu gesto de cuidado.

É neste sentido que a *inteligência prática* pode ser chamada também de *astuciosa* não porque a trabalhadora, nesse caso, tenha empenhado sua inteligência astuciosa com consciência de que estava sendo *estratégica*, mas porque ela encontrou um caminho eficaz para produzir cuidado, a despeito de regras que, naquele caso, impediam um bom cuidado. Ela usou de sua

habilidade para justificar para si, para a pesquisadora e para a organização seu gesto de cuidado, dentro da ética que lhe cabia na relação com aquele paciente. A respeito desse tipo de habilidade da *inteligência prática* escreve Dejours:

“É ainda uma inteligência que se assenta na economia do esforço e emprega, quando necessário, a habilidade – seja no jogo, seja no combate – valendo-se da força e do peso inercial do adversário para derrotá-lo, ou mesmo trapacear. É a astúcia do pequeno David contra o gigante Golias.” (Dejours, 2012 a: 42).

Dejours (2012 a) acrescenta ainda que nenhuma organização e nenhum serviço funcionariam se os operadores fossem obedientes. O zelo, nessa perspectiva, seria a mobilização e a vontade de colocar essa inteligência em ação, a serviço da finalidade do trabalho, ainda que implique em transgressão.

Assim, o exercício de produção de cuidado é um exercício de criação, de deixar emergir a *inteligência prática*, a *métis*, que é uma inteligência não racional, que passa pela razão somente *a posteriori*. Deixar emergir do contato prolongado com o usuário essa inteligência astuciosa.

Durante as entrevistas fizemos o exercício de refletir e pensar em como se produz o cuidado, em como cada trabalhador exerce seu ofício, em como cria, na intenção de transformar o trabalho prescrito em trabalho real e em como essa transformação se dá naquele contexto tão adverso, onde o *real do trabalho*, aquilo que resiste ao saber e à técnica (Dejours, 2012 a), se coloca se sem cessar para trabalhadoras e trabalhadores.

Dessa forma observei também as diferenças com que cada trabalhadora ou trabalhador exercia seu trabalho, em episódios mais ou menos pungentes, mais ou menos emocionantes, mas que deixavam transparecer o uso das habilidades criadoras de uma categoria considerada, de forma explícita ou velada, de *mera execução* dentro da dinâmica hospitalar.

Ainda que as categorias de técnicos e enfermeiras guardem diferenças consideráveis, no setor em que se deu a pesquisa - em função das intensas demandas - o trabalho de técnicos e enfermeiras acabava por ser intercambiável em algumas situações de necessidade, em que enfermeiras tinham que fazer funções de técnicos e técnicos (formados em enfermagem), acabavam por auxiliar as enfermeiras. Da mesma forma, o lugar de técnicos de enfermagem e enfermeiras assistenciais dentro da dinâmica organizacional era muito parecido, na medida em que a organização do trabalho dentro da instituição ainda considera, de forma explícita ou velada, a separação entre concepção e execução, o que será visto com mais detalhes no oitavo capítulo.

No entanto, ainda aparentemente estes trabalhadores ficassem em um lugar de execução de procedimentos, havia brechas para o exercício de seus modos próprios de atuar. Um exemplo singelo desses modos próprios de execução do trabalho, foi dado por duas técnicas, em suas entrevistas individuais, como exerciam suas rotinas. Por motivos igualmente plausíveis, uma técnica relata o porquê checa os sinais vitais antes do banho e outra técnica o porquê de fazer a evolução¹⁹, quando checa os sinais vitais, depois do banho; ambas com argumentos que vão na linha de se aproximar do usuário para ter uma conduta mais adequada a seu estado:

“Aí sim, a gente vai, dá bom dia não é? Fala o quê que vai fazer. Aí vai de leito em leito. Aí checa os sinais vitais... Tem colegas que preferem iniciar o banho primeiro. Eu prefiro, eu prefiro primeiro checar os sinais vitais do paciente. Porque, por exemplo, vamos supor que aquele paciente está muito hipotenso, então, no meu entendimento, se ele levantar da cama, ele vai ter uma tontura severa lá dentro do banheiro. Devido à pressão muito baixa. (...) Ou aquele paciente que está muito hipertenso também. (...) Se está com febre ou não. Às vezes aquele paciente que é, que é banho no leito está com, está com febre. Pô, lá, lá vou eu preparar uma água quente para dar banho nele? Eu, sabendo que eu está com febre, já não... Já tempero a água de acordo, entendeu? – Aí sim, aí vejo quem pode quem não pode ir ao banheiro, não é? Quem pode ir ao banheiro, aí eu encaminho para o banheiro e quem não pode dou banho no leito.” (Técnica na entrevista individual).

¹⁹ Evolução no prontuário, relatar o trabalho no prontuário, incluindo sinais vitais e evolução do paciente.

“Eu gosto de fazer a evolução depois do banho porque eu vejo o estado geral do paciente, como ele reagiu. Aí no banho eu pergunto se esta comendo direitinho, se conseguiu evacuar, se esta sentindo alguma dor. Quando esta sentindo alguma dor, eu tento adiantar a medicação, se não estiver num horário muito curto de uma pra outra. Até pra quando estiver tomando banho e a gente estiver manipulando ele não ficar sentindo muita dor, né? Que aí a medicação já vai estar agindo, então você consegue dar um banho tranqüilo no paciente, sem ele sofrer muito”. (Técnica na entrevista individual).

Dessa forma, essas técnicas executam a prescrição de checagem dos sinais vitais, cada uma a seu modo de colocar em ordem o que lhe permite sentir o estado geral do paciente para dar seguimento à rotina de trabalho, que começa com o banho e a checagem dos sinais vitais.

Uma terceira técnica, durante a entrevista individual, me relatou em como seu olfato lhe serviu como um sinalizador da presença de uma determinada bactéria:

“Hoje mesmo, tem um paciente lá na enfermaria oito, que ele está com uma lesão e, quando a gente foi manipular,... assim pelas experiências de trabalho a gente consegue observar algumas coisas, aprende algumas coisas. E, assim, a lesão dele, a ferida dele, estava esverdeada, estava com odor e tal. Aí eu falei com a enfermeira, eu perguntei a ela se não podia colher um swabs²⁰ porque o odor estava característico”. (Técnica na entrevista individual).

Mais à frente, na entrevista, a mesma técnica explica, a meu pedido, o que é um *swabs* e acrescenta como sua atitude diante do cuidado teria causado desconforto para a supervisão:

²⁰ Uma espécie de cotonete que colhe secreção para exame.

“Swabs é um exame que é feito assim: passa o cotonete de mais ou menos, do tamanho de uns 10 cm, passa no local da ferida e é colocado num gelzinho e é mandado para o laboratório, pra crescer a cultura, para avaliar a cultura, para saber que tipo de bactéria pode estar ali naquela ferida. E pelo odor parecia ser pseudomonas e essa bactéria ela deixa um odor característico. Ele podia estar “lesado” (respira fundo)... Ele veio de outro hospital, ficou muito tempo internado em outra unidade, em contato com outros pacientes. (...) Minha chefe, a [enfermeira supervisora], até fala que eu fico caçando problema nos pacientes (ela ri)! Ela diz ‘você fica caçando problemas e tal!’ (ri) Porque eu fico observando... Às vezes é um detalhe mínimo que pode fazer uma diferença enorme (...)Não, assim, não é uma crítica em si. Mas é uma coisa que ela vem observando, como se eu estivesse...Como é que eu vou colocar isso...É fico procurando além do que eu deveria.!” (Técnica na entrevista individual).

Como afirma Dejours (2004; 2008; 2012 a ; 2012 b), a *inteligência prática*, a *Métis*, é um *inteligência do corpo*: *“É de se observar que essa inteligência situa-se efetivamente nas vísceras e não no cérebro. É uma inteligência do corpo, não é uma inteligência cerebral”* (Dejours, 2012 a:43).

Dessa forma, a técnica, por meio de seu olfato, percebeu algo diferente no paciente, que a mobilizou a buscar meios de descobrir de forma mais precisa o que ocorria com ele, colhendo um *swabs*, ainda que esse gesto fosse tido pela supervisora como *“procurar além do que deveria”*.

Vasconcelos (2013) escreve a respeito do ato de colocar os sentidos a serviço do trabalho no uso da *inteligência prática*:

“É fundamentalmente enraizada no corpo, pois quando acontece algum imprevisto, ou risco de acidente, percebe previamente através dos sentidos e, baseado em uma experiência prévia da situação de trabalho, ajusta a atividade antes mesmo que o tal imprevisto ou risco esteja presente no âmbito do seu pensamento lógico. Ou seja, a partir de uma experiência anterior, vivida e

experimentada a partir da situação de trabalho, o corpo do trabalhador percebe o acontecimento, problematiza-o e propõe suas possíveis soluções. A inteligência astuciosa solicita os sentidos para dar conta do imprevisto do trabalho. Dessa forma, a inteligência prática está enraizada no corpo, distinta da cognição, entendida como processo. Inclui um conhecimento corporificado, histórico e cultural” (Vasconcelos, 2013: 238).

Técnicas e enfermeiras do setor demonstravam procurar exercer o cuidado a despeito do fato da maioria dos usuários internados no setor estarem fora de possibilidades terapêuticas:

“Quem, quem pode, eu sempre acho importante sair da cama. Quem tem a condição clínica de sair do leito, eu estímulo sair do leito. Se as meninas de técnica de enfermagem estão ocupadas, ah vou dar banho no leito mesmo: ‘Não, deixa que eu ajudo’. Aí boto na cadeira. Entendeu? Para ajudar. Por... Eu tento melhorar a energia vital da pessoa, por mais comprometida de doença que esteja. Que aquela pessoa esteja. E assim tento confortar ” (Enfermeira na entrevista individual).

Esse exercício do trabalho vai construindo e constituindo a própria subjetividade, transforma a vida e concepção de vida dos trabalhadores, especialmente no lidar com pacientes oncológicos. Para Dejours (2012 a):

“Encontrar soluções, inventar novos caminhos, isso passa por uma transformação de si profunda. O trabalho não cessa no ateliê, na fábrica, no hospital. Ele coloniza toda a subjetividade”. (Dejours, 2012 a: 51).

A fala de uma enfermeira exemplifica essa transformação subjetiva a partir do trabalho, a partir da construção do saber-fazer no trabalho:

“O conhecimento que eu adquiro no lidar no dia a dia, com caso a caso, vai enriquecendo. É como um grão de areia. Vai, vai somando, entendeu? Dentro de mim. A maior parte do que eu sou hoje, eu aprendi lidando frente a frente.” (Enfermeira na entrevista individual).

7.1 Cuidado e *Inteligência Prática* como Palavra e Escuta

Um dos elementos frequentes nas observações foi o modo como técnicos, técnicas e enfermeiras não só se comunicavam com os pacientes, mas também como estabeleciam com eles uma conexão, por meio da palavra, enquanto executavam – e concebiam de seu modo - os procedimentos prescritos. Percebi que o ato de “*escutar e falar*” podia ser tanto um gesto de acolhimento entre equipe e pacientes, como também, em algumas vezes, tinha função de produção de sentido, contribuindo para que os pacientes refletirem ou observarem sua doença e seu estado por outros ângulos possíveis.

Há um entendimento geral de que é preciso escutar, que o ato de escutar faz parte do trabalho, que paciente e familiar que não tem sua palavra escutada tendem a gerar problemas mais tarde. Uma enfermeira diz na entrevista individual:

“Tento de todas as alternativas possíveis, para diminuir as, as queixas, o sofrimento, porque paciente e familiar não ouvidos... significa... quase que significa problema para mim. Porque aquilo se avoluma. Entendeu? Não tem como eu, eu ficar escapando disso”.

No exercício do cuidado, a equipe de enfermagem costumava preencher as lacunas que ficavam nas relações entre médicos e pacientes, ajudando na construção de sentidos a respeito do momento vivido por aqueles pacientes naquelas enfermarias, apaziguando angústias:

“ E atribuições que nós temos é o quê que a gente faz com os pacientes não é? Banho, ajudar na alimentação, punções, até trabalho também de conversação, que às vezes o paciente só precisa disso. Só da conversação. Às vezes ele pode estar rebelde, você chega lá, conversa com ele, explica. Às vezes é um procedimento que não é explicado a ele. Ele sabe que ele vai fazer uma cirurgia, mas ninguém chega para ele e diz como vai ser a cirurgia, o quê que é, qual o pedaço que tira. Depois como é o pós-operatório. Às vezes eles buscam isso tudo com a gente.” (Enfermeira na entrevista individual).

Na mesma direção, uma técnica faz referência, ao papel da palavra, da mediação exercida por ela, durante os momentos de cuidado, na relação entre médico e paciente e na produção de sentido a respeito da doença:

“Eu procuro mostrar, sei lá, a coisa boa do momento. Conversar, espairar. Eles conversarem comigo, começam a falar: ‘ah, eu não sei porque eu tô aqui, porque esse problema’. Ai eu falo: como começou? Como a senhora começou a observar isso? Aí, começam a me contar: ‘começou com uma dor assim e tal. Pôxa, mas eu estou me sentindo super bem, não sei porque eu tô aqui!’ Sabe?(...) Vejo também que são muitas pessoas humildes, muitas pessoas humildes que passam por isso, que estão passando por isso. Ai eu tento conversar, tento explicar mais ou menos o que eles estão passando ‘ Ah... mas, enfermeira, porque eu estou passando por isso?’ Ai eu falo: o médico está avaliando, está vendo o que está acontecendo. A gente nunca pode dar o diagnóstico. Isso só o médico pode fazer. Eu geralmente oriento: ‘ conversa com seu

médico, procura saber, procura entender o quê que esta acontecendo'. Até pra tirar essas dúvidas da pessoa.” (Técnica de enfermagem na entrevista individual).

Nesse caso, a técnica não somente auxilia na busca de sentidos a respeito da doença, mas também exerce uma mediação na relação entre paciente e médico, com ciência da limitação de seu papel que, no caso, não pode conferir e nem proferir diagnósticos. A técnica exerce essa mediação - com comedimentos em função de seu lugar na hierarquia hospitalar - na medida em que, como ela fala *“são muitas pessoas humildes, muitas pessoas humildes que passam por isso, que estão passando por isso”* e essa *“humildade”* dos pacientes, muitas vezes, exige um mediador entre o médico e eles, papel geralmente ocupado por técnicos ou enfermeiras.

A enfermagem, nesse caso, ocupa o papel de mediação entre a categoria médica, cujo poder e prestígio profissional se encontram no topo da estrutura hospitalar, e o paciente *“humilde”*: aquele que não está compreendendo sua doença e os motivos que o levam a estar ali, mas também aquele para o qual o linguajar médico é ininteligível, aquele que precisa mesmo ser estimulado pela técnica a fazer perguntas para o médico:

“Eu não sei se eles se sentem mais a vontade com a gente. Eles vêm aquela figura do médico, que pode causar um certo receio, porque tem muita gente que tem medo do médico. Fala: ‘Doutor!’ E tem muitos [médicos] que não dão abertura para o paciente conversar. Então como gente vai lá, eu sempre converso muito e quero saber como é que está tudo acontecendo aí. Aí se abrem mais comigo. Na maioria das vezes, eles falam coisas para mim que não falam para o médico e aí eu tenho que acabar direcionando também entendeu? Ou então esquecem, o médico já foi embora. Aí eu tenho que fazer o papel de acompanhante entendeu?” (Técnica na entrevista individual).

Além do *explicar*, do *esclarecer* aquilo que o médico não conseguiu esclarecer ou comunicar ao paciente, há também a dimensão do acolhimento:

“Às vezes eu chego no leito pra fazer alguma medicação, aí o paciente começa a conversar, eu procuro escutar. Porque às vezes só de você escutar você esta ajudando a pessoa, ela tá desabafando. Eu de alguma forma... Eu procuro não dar opinião, dar decisões, entendeu? Eu só escuto mesmo. Fico escutando. Até quando eles brincam, eu procuro, eu aceito a brincadeira deles. Às vezes a pessoa tá ali...eu já passei por isso da pessoa ficar internada, você fica entediado, você lembra da sua casa, você lembra: poxa a minha vida não era assim, a minha rotina não era assim. Então eu procuro dar um pouco de atenção, fora a que eles não têm.” (Técnica na entrevista individual).

Uma outra técnica, ao exercer seus atos de cuidado, procura explicar todos os procedimentos para os pacientes, a fim de lhes minimizar a angústia:

“(...)Tudo que eu vou fazer procuro explicar. Tudo o que eu vou fazer eu procuro explicar para o paciente. Entendeu? Tudo, tudo. Tudo que me perguntam eu procuro responder. Se não respondo eu falo: ‘espera um pouquinho que eu vou responder a sua pergunta’. Vou lá, tiro a dúvida, procuro, passo, entendeu? Tem coisas que não é cabível de passar eu falo: ‘Ó, espera que tal pessoa vai tirar a sua dúvida’. É assim e eu procuro levar é dessa forma...” (Técnica de enfermagem na entrevista individual).

Uma técnica revela como seu *trabalho de conversação* a auxilia na própria realização da evolução, de seu trabalho e do bem estar do paciente ao longo do dia:

“Mas eu procuro, na hora do banho, aí vou conversando, aí vou perguntando... Aí já vou fazendo minhas perguntas. Como é que passou a noite, como é que está se alimentando. Já... dali da conversa que eu já vou fazendo minha evolução. Mas eu sempre deixo... Eu gosto de ouvir o paciente. Para deixar ele falar. Aí eles... Tem reclamações, aí eles fazem. Eu, eu procuro assim,

dar uma certa liberdade para eles, entendeu? Porque às vezes eles... Você se limita muito, fecha muito, chega lá faz seus cuidados calada. Eu não me acho muito comunicativa, mas nessa parte com eles, eu procuro ser mais. Deixo eles falarem um pouco, eu fico cuidando, estou fazendo, estou fazendo... E outra coisa, vou fazer a medicação, toda medicação eu falo o nome, qual é, explico. Aí já até procuro saber quando eu não sei para quê que serve (...)...sempre... Então eu com eles eu gosto de ter sempre essa, essa certa comunicação, que eu acho muito importante, muito bom.” (Técnica de enfermagem na entrevista individual).

Uma enfermeira plantonista fala como compreende seu trabalho e conta, como em suas palavras, “*desconstrói mitos*”. Ela começa falando dos efeitos deletérios de pequenas fantasias, na forma de “*dúvidas que vão crescendo*” nos pacientes:

“Porque assim, no plantão, eu estou muito junto a... Eu sou assistencial do paciente. Então tento diminuir o grau de stress daquele paciente, o grau de sofrimento. Tento estimular para sair daquele quadro de tristeza em que se encontram. E inseguranças. Quanto mais dúvida eu esclarecer, eu sei que é melhor. Porque às vezes eles ficam... É uma coisa pequena, mas na cabeça deles, uma dúvida vai crescendo e aquilo às vezes não era tudo aquilo.” (Enfermeira na entrevista individual).

Mais adiante da entrevista, a enfermeira fornece o exemplo da quimioterapia como um *mito* a ser desconstruído:

“Um exemplo claro... prático: às vezes é a primeira quimioterapia. Aí o médico lá da onco, do ambulatório já falou: ‘ a senhora vai internar, para fazer a quimioterapia’. Aí tem que... Algumas quimios tem que pegar o acesso profundo. Então já interna com aquele medo, não é? Um, um, um mito: a quimioterapia. ‘Ainda vai pegar uma veia que vai aqui no coração!’ Então

têm vários [mitos sobre a quimioterapia]... Você lida com uma clientela com vários níveis socioeconômicos e culturais também. Tem paciente que, que é tão surreal essa ideia da quimio, surreal assim, não consegue alcançar as informações, que até nem faz mistério. Algumas outras que já têm um entendimento, faz um mistério daquilo. E aí começa até a sentir mal estar, que nem... Sabe? Só de, de, de... Ah isso já é a quimio? Porque eu estou sentindo... Não estou. Isso não é nem a quimio. É a pré-quimioterapia. Olha como você está apavorada. Aí eu começo a conversar.” (Enfermeira na entrevista individual).

Uma técnica faz relação da adequação de seu ritmo de trabalho ao ritmo do paciente e como esse ajuste vai desembocando em uma possibilidade de vínculo entre o paciente e ela, de forma que o paciente possa se sentir à vontade para falar:

“Aí você: ‘Não, mas pode deixar: eu estou fazendo devagarzinho’”. Aí [o paciente] : ‘ Ah, mas virou rápido’. [Ela]: ‘ Não, pode deixar a gente vai virar devagar. E respeitar seu tempo, você vira devagar. Vamos virando’. Então, com isso, eles vão falando, eu gosto disso, eles vão... Porque a comunicação direta deles é com a gente mesmo. Então, se a gente chegar do lado deles e não der a mínima para eles, assim.....aí fica meio difícil o cuidado.” (Técnica de enfermagem na entrevista individual).

O exercício da *inteligência* prática, portanto, requerer um tempo de contato com o paciente, além do tempo de contato com matéria do trabalho. A técnica da fala acima compreende o cuidado para além dos procedimentos que lhe são designados, assim como a maioria dos entrevistados, que compreendem o cuidar como uma forma de também lidar com as angústias dos usuários, ainda que tenham ciência de que há um limite para essa entrada no mundo subjetivo dos usuários. No entanto, o entendimento de que o *deixar falar* e o *conversar* produzem cuidado permeia o discurso de todos os entrevistados, ainda que reconheçam que nem sempre há tempo para isso, tempo necessário para o cuidado:

“E eu tento fazer isso. Descontrair, fazer meu trabalho, mas conversando com ele, sempre conversando, deixando eles falarem. Às vezes eles querem falar também e a gente está muito atarefado, mas não deixa de falar sabe? Estou fazendo isso aqui, mas você pode ir falando aí que eu estou ouvindo. Vai falando aí que eu estou ouvindo. Para deixar eles falarem um pouquinho também. Às vezes eles querem abrir o coração deles, falar das angústias”. (Técnica na entrevista individual).

Nem sempre a melhor forma de cuidar é esclarecer, há um ponto em que técnicos, técnicas e enfermeiras compreendem o cuidado como parar, acolher e calar:

“Eu, eu tento lidar... Que isso foi também ao longo do tempo. Você vai tendo que desenvolver...(...)alguma forma de lidar com essa dor. Eu tento lidar, trabalhando junto com, com o... Tipo, a pessoa tem que entender. Para mim é importante isso. O paciente, ou o acompanhante... O paciente nem pode... Nem, nem consigo fazer com que ele pense em tudo, porque às vezes, se ele começar a raciocinar em tudo, ele vai chegar num desfecho final, que pode levar ele a se deprimir. Mas alguma coisa eu tento fazer pensar”. (Técnica na entrevista individual).

7.2. Cuidado e Inteligência Prática como Silêncio

No cuidado prestado se faz presente, então, não somente a dimensão do falar, mas também a do escutar e do calar; não somente de revelar e esclarecer, mas também de encobrir, que aparece na própria dificuldade de enunciar a palavra morte. Dejours nos esclarece que a *inteligência prática*, mobilizada no exercício do trabalho, a inteligência personificada pela deusa

Métis dos gregos, é também uma inteligência *astuciosa*, “ *como a raposa que se finge de morta para que o galo abandone a cautela*” (Dejours, 2012 a: 41). Dessa forma, na produção de cuidado cabem não só o avanço, mas também o recuo, a espera, o jeito de abordar ou de tangenciar os assuntos conforme seu peso:

“É. Eu escuto... Eu procuro não dar muita opinião, porque às vezes a pessoa está morrendo: ‘ E aí, você acha que eu estou...? Você acha que eu vou...? Tenho cura?’ Eu sei que não tem, mas eu não vou falar assim não, não tem não. Falo: ‘ Ah, não sei, cara. Vamos ver. Todo mundo vai... que é o fato, todo mundo vai morrer. Vamos morrer. Eu não sei se eu vou morrer antes de você ou depois de você. Quem, quem vai, quem sabe quem vai morrer primeiro? Se vai ser eu ou você. Que você vai morrer eu garanto que você vai morrer, só não sei quando’. Entendeu? Ai eles vão: ‘É verdade....’. Entendeu? Acho que é a pergunta que eles mais fazem: ‘Pô, eu estou piorando, eu vou morrer, tu acha que eu vou morrer?’. A pergunta que mais fazem é essa: ‘ Tu acha que eu tenho cura?’. Assim, já está definido no diagnóstico que não tem, mas ele, ainda assim no fundo, ele ainda tem uma esperança de mesmo assim, já com o prognóstico totalmente negativo, eles conseguirem sair dessa, entendeu? É difícil.” (Técnico de enfermagem na entrevista individual).

Nesse caso, o técnico recua diante das perguntas do usuário, como uma forma de não confrontá-lo diretamente com a morte, mas de refletir sobre a morte no plural, sobre a morte de todos nós, sobre a inexorabilidade da morte na vida de todos. O técnico de enfermagem usou, assim, uma forma de amenizar aquela morte que se coloca no singular para aqueles dois sujeitos e de tornar a reflexão sobre a morte algo mais tolerável para ambos. Além disso, o técnico, no seu gesto de recuar diante de uma pergunta do paciente sobre a morte, dá ênfase à vida que existe, na tentativa de não matar a esperança do paciente – resíduo, podemos supor, de seu desejo e, portanto, de sua subjetividade.

Outro elemento que aparece no discurso dos técnicos e técnicas é o desejo de *deixar os pacientes mais positivos*, como uma forma de tornar o tempo de contato com eles algo mais alegre, a despeito de todo drama e de toda tristeza, para compensar os sentimentos de pesar, no entendimento de alguns trabalhadores, para tornar os momentos finais *melhores*:

“Assim, mas eu tento não ser sincero com eles. Nem sempre... Alguém já deve ter contado para eles. Eu não sei. Às vezes, às vezes conta, às vezes não. Depende do paciente. Se ele está em estágio terminal, que só está em cuidados paliativos, que não tem mais jeito para ele. Mas se conta ou não, não sou eu que vou falar para eles. Então eu tento deixar de boa (...). Tem que deixar eles um pouco mais positivos, que é bom também, para eles também, se tem um pouco de alegria, um pouco de otimismo, né? Sempre é bom. De repente até ajuda eles viverem mais um pouquinho mesmo. Então se viveu pouco, mas que viva esse um pouco, otimista, viva bem, um pouco melhor”. (Técnico de enfermagem na entrevista individual).

A estratégia de *silenciar para cuidar* ou *não falar para não machucar*, aparece não somente em discursos que se referem diretamente à morte, mas também às condições de vida. Uma técnica, que tem uma filha adolescente, na entrevista coletiva revela, como - em uma situação que lhe era extremamente constrangedora, em que cuidava de uma adolescente de dezessete anos que fora amputada - consegue driblar, não falar tudo, mas ocultar, em nome do bem estar da paciente. A menina doente e sua mãe lhe perguntavam sobre o fato de ter filhos e ela sentia como se não pudesse se aprofundar sobre sua filha, por ser esta uma menina sadia, quando a usuária de quem tratava tinha muitas limitações:

“Você sabe ... eu evitava de quando ela perguntava, ou a mãe dela assim: ‘ Ah você tem filho, que não sei o que e tal’. Eu falei assim: ‘ Tenho, tenho uma filha também’. Ela disse, ah

tem quantos anos? Eu só respondi a idade. Aí ela me olhava... Mas assim, sabe quando você tenta ocultar falar da sua filha, porque você sabe que a minha filha é uma menina sadia.(...)?Uma menina que faz dança, que estuda, vai à escola. E você olhar para aquela menina que está ali, que vê que ela não faz nada disso...Que ela não pode também. Que você também não pode fazer nada por ela, ou dar a ela alguma coisa desse tipo, ou a mãe dar, porque ela estava numa situação que não a permite. Não é? Então eu evitava. Quando ela falava: ‘ Ah como é que sua filha faz? Ela estuda?’ Eu falei: ‘ Estuda’. Mas sabe...? Eu falava, eu respondia a ela, mas sabe?’”.

No entanto, a técnica consegue encontrar uma via de acesso à menina pela via do humor. Justamente pela identificação, consegue encontrar uma via de acesso à paciente, pois a presença de mãe e filha doente a remetiam à relação com sua filha adolescente:

“Aí teve um dia que eu fui levar ela para o banho, o dia que ela resolveu ir, de muleta e tal, para o banho, aquela coisa toda, que eu fui lá para apanhar o plástico para cobrir o curativo, aí eu estava com a mãe dela no banheiro e ela e tal, aí a mãe dela falou assim: ‘Th olha só, a enfermeira vai acabar vendo suas coisinhas’ e tal. Eu falei: ‘ Ah, não liga não, porque minha filha fala também que isso aí é a maior Mata Atlântica’. Menina, ela abriu um sorriso daqui até aqui (faz o gesto no rosto, mostrando um sorriso largo) e começou a rir. Porque tipo assim, a minha filha adolescente e ela com dezessete, não é? Praticamente são de uma idade muito próximas, não é? Então, a filha dela não é tão diferente de mim. Não é? Que fala essas coisas, ou que tem essas coisas. Também que deixa, não é? Os pelos grandes. Essas coisas... Então foi um dia que ela abriu um sorriso daqueles.” (Técnica na entrevista coletiva).

Dessa forma, o exercício do cuidado se apresenta não só como falar, mas como calar, como retroceder, como recuar, como ocultar e, nesse caso, além de calar, depois poder brincar em meio ao drama. Escreve Dejours:

“O mais importante nas características dessa inteligência é que ela permite o imprevisto, a inventividade, a busca de soluções. Possibilita embrenhar-se por caminhos insólitos, em situações novas, desconhecidas, inéditas. É uma inteligência astuciosa, mas também inventiva, criativa, por vezes até debochada e insolente. Os gregos dizem tratar-se de uma inteligência curva, pois não segue as vias bem traçadas e nítidas do raciocínio lógico” (Dejours, 2012 a: 42).

Mas o recuar e o calar nem sempre são uma saída astuciosa e criadora. Uma das técnicas de enfermagem fala das dificuldades de se falar sobre a morte com pacientes fora de possibilidades terapêuticas:

“Olha às vezes, quando o paciente está em plena lucidez a gente... eu, sinceramente, quando o paciente começa a fazer perguntas, porque tem paciente lúcido ainda, eu simplesmente eu peço, eu falo pra enfermeira e a psicologia. Até pro paciente, até mesmo pra enfermeira pra conversar, entendeu? Tem coisas que não dá pra você chegar e conversar, entendeu? Não ai você fala olha eu vou fazer algo pra melhorar, entendeu? Do que eu possa fazer, seja ele físico ali ou na parte respiratória, alguma coisa. Agora é difícil chegar nessa parte aí. Eu sinceramente, falo com a enfermeira: ‘Olha [nome da enfermeira], ali eu acho que precisa de uma atenção’ ”. (Técnica na entrevista individual).

A técnica, nesse momento, está discorrendo a respeito da dificuldade de falar com o usuário sobre suas reais possibilidades terapêuticas que, a princípio, iriam desembocar em um diálogo sobre a morte e sobre o sujeito diante da morte. Tanto quanto o técnico que usa o recurso de falar da morte no plural (“*todos vamos morrer*”), ela escapa desse diálogo, para o qual não se sente preparada, mas nesse caso, o remete a outro profissional, a enfermeira ou psicóloga. que, em sua suposição, teria como dar conta de tal intensidade com maior preparo.

7.3. *Estratégias Defensivas em meio ao exercício do cuidado*

Existe uma certa noção de um limite de até onde cada trabalhador ou trabalhadora consegue ir ou não ir, na entrada do mundo subjetivo dos pacientes e no enfrentamento direto do tema da morte, que foi muito discutido em uma das entrevistas coletivas. Alguns trabalhadores conseguem *levantar os problemas dos pacientes* e, para outros trabalhadores, essa entrada no mundo dos pacientes - a partir de um certo nível de profundidade - pode ser insuportável.

Na entrevista coletiva, ao discutirem sobre o assunto, uma enfermeira cita a fala de um técnico que havia acabado de falar a respeito de seu limite em entrar nos problemas dos pacientes. Na visão dele, essa entrada mais profunda no mundo da subjetividade é função da psicologia do hospital, que conta com três profissionais, para enfermarias, ambulatórios e grupos. Nesse momento da entrevista, vem à tona não somente um saber da equipe de enfermagem, que recua diante de algo que lhe parece impossível de tratar por seus recursos subjetivos, mas também estratégias defensivas que parecem ter como função resguardar a integridade psíquica, diante da intensidade de emoção não passível de elaboração por alguns membros da equipe.

Diante dessas intensidades, parte da equipe recua e a técnica que não recua diante de dramas muito intensos, *que procura problemas*, é convidada a tratar dessas intensidades sozinha, caso deixe emergir tais assuntos a partir de suas conversas com os pacientes. Para parte da equipe, deixar emergir assuntos de muita intensidade afetiva é insuportável, na medida em que, além dos afetos despertados, se somam as múltiplas demandas de usuários, familiares e do hospital.

Uma enfermeira fala diretamente para uma técnica, também presente na mesma entrevista coletiva:

“ (...). Com essa coisa do João²¹, da psicologia, é o que eu sempre falo para a Maria²². Vou até falar o nome dela. Porque ela levanta problemas dentro da enfermaria. Conversa, levanta e trás para mim. Eu falo: Maria, me desculpa, mas eu não vou resolver. Por que? Eu não sou psicóloga. Eu não tenho como. Se você absorver um problema de um paciente dentro da enfermaria, se você não conseguir solucionar, não traga para mim, entendeu? Porque eu não consigo. Ou ela leva direto para quem é de direito, mas não trás para mim. Não é, Maria? Já falei isso diversas vezes. Porque a gente não consegue: um enfermeiro ser nutricionista, ser psicólogo, ser assistente social, ser acompanhante e ser segurança, muitas vezes, não é? E ainda ser a pacificadora também... Apaziguadora, não é? De conflitos, entendeu? É difícil. Então não dá.”. (Enfermeira na entrevista coletiva).

As situações que aparecem no setor despertam uma intensidade de afetos para todos que escutam as histórias. Um exemplo foi o caso de uma jovem internada, mãe de dois filhos muito pequenos, frutos do relacionamento com dois pais diferentes - um morto e outro preso. Sua mãe, que a acompanhava no hospital quando possível - cuidava das crianças, perdera o emprego por conta da doença da filha e estava para ser despejada da casa onde morava. Por mais que esta mãe/avó, acompanhante da filha doente, fosse atendida por profissionais do serviço social e da psicologia, os temas nos quais estava envolvida não cessavam na conversa com estes profissionais, mas transbordavam, devido à sua intensidade afetiva e sua gravidade social. Dessa forma, os técnicos de enfermagem que chegassem perto para cuidar, se deparavam com a intensidade e o drama de tal situação. Quando essa técnica parava para escutar situação de tal natureza, ela se envolvia com a história de tal forma, que a dor presente na situação era insuportável para toda a equipe, de forma que uma das enfermeiras lhe pedia que não lhe trouxesse esse tipo de questão, que, se fosse “*puxar por isso*”, “*que resolvesse sozinha ou que chamasse a quem de direito*”.

²¹ Nome fictício do técnico que havia mencionado seu limite em lidar com as dores emocionais dos pacientes

²² Nome fictício da técnica em questão.

Para Moraes (2013), as estratégias defensivas, que funcionam de forma inconsciente, se comportam como uma espécie de acordo entre os membros do coletivo de trabalho, que se esforçam em mantê-lo, para não perder o equilíbrio. Aqueles que rompem com esse “*acordo tácito*” tendem a ser excluídos, por ameaçarem a aparente estabilidade do grupo.

A fala da enfermeira reflete também a centralidade do papel da enfermagem no hospital, que recebe a demanda que, em sua compreensão, seria de outras categorias. A quantidade de demandas, aliada à intensidade pode se tornar insuportável no trato com doenças como câncer, que mobilizam intensos afetos para a maioria dos trabalhadores.

Para fazer frente a essa intensidade, é preciso criar estratégias de sobrevivência. Uma enfermeira faz referência a como consegue suportar a morte de pessoas jovens, atribuindo ao câncer a ideia de fatalidade, de destino:

“(...) Eu tenho os meus [filhos]. E quando eu vejo uma moça jovem, que de repente... ou um homem, né? Também jovem, que tá com seus filhos pequenos ... eu fico Mas essa emoção ali, é naquele momento ali. Aquilo ali, eu não fico depois pensando: “Oh, meu Deus, aquela pessoa tem um filho pequeno...”. Não. Naquele momento ali que a pessoa fala, pra mim, tal, e quando vem na visita, né, tal, fala: “Pôxa, tão pequenininho, a mãe, de repente, está com uma doença muito avançada, pode não ter um prognóstico muito bom... Poxa, vai deixar uma criança, tal, pequena, que pena”. Mas eu acho que, como defesa, pra que eu não leve isso, eu encaro assim, como aqui ali como sendo uma fatalidade... da vida da pessoa, entendeu? Eu não gostaria que acontecesse comigo, não gostaria que tivesse acontecendo com aquela pessoa, mas eu acho que assim, pra eu não levar e aquilo não gerar assim, um sofrimento a ponto assim de eu adoecer... Porque tem gente que fica falando, fica batendo ali... Eu encaro aquilo como uma fatalidade da vida. Como um.... uma bala perdida...Eu acho assim, eu vejo como uma fatalidade da vida e vejo ali a soberania de Deus, entendeu? Aconteceu com aquela pessoa, não sei porque, mas aquilo ali é... é ela com Deus lá. Então assim, eu não fico sofrendo assim, entendeu”.
(Enfermeira na entrevista individual).

Essa enfermeira, algumas vezes depois que nos encontramos, me perguntou se havia me chocado com sua fala, preocupada com o que eu havia pensado. Fez a mesma pergunta na entrevista coletiva. Ela mesma havia compreendido sua fala como uma forma encontrada para sobreviver e não adoecer em meio às profundas dores de seu cotidiano de trabalho.

7.4 Inteligência Prática e Produção de Cuidado como Conforto

Frente à impotência sobre a cura e a morte, técnicos, técnicas e enfermeiras fizeram menção à possibilidade de dar *conforto* para os pacientes, conforto diante da morte, conforto nos últimos momentos de vida, conforto de fazer o possível dentro de sua impotência diante de temas de tanta intensidade de afetos:

“Eu sei que eu não vou poder mudar aquele quadro dele [do paciente], eu não tenho o poder da cura, esta além do meu alcance. Isso de trazer a cura pra essa pessoa, mas o que eu puder trazer de conforto, de ajuda, o quê que eu posso ajudar [chora e fica muito emocionada]. Trazer um copo de água gelada, vai te ajudar naquele momento? Eu vou fazer! Teve uma paciente outro dia que me pediu picolé de limão. Ai já tinha passado o horário de almoço e tudo. Ai eu fui liguei pra a nutricionista, e falei com ela: Josefa²³, tenta arranjar um picolé de limão pra paciente porque ela já não tá comendo, ela não consegue comer mais nada e ela falou que deu uma vontade tão grande de comer um picolé de limão. Uma coisa tão simples, que se eu que tenho saúde e me der vontade eu vou lá na rua e compro. Ela não tem como fazer isso. Ai a Josefa falou: ‘Não, eu vejo pra você’. Ai foi lá e conseguiu um picolé de limão pra ela. Depois eu

²³ Nome fictício da nutricionista

não vi mais essa paciente. Não sei se ela morreu, como é que ficou a situação dela. Isso foi agora em dezembro, no final do ano, perto do Natal, já. Entendeu? Então são essas coisas que eu procuro fazer pra... não sei, ajudar, não sei...”. [bem emocionada nesse trecho da entrevista]. (Técnica de enfermagem na entrevista individual).

Durante as observações de campo presenciei algumas cenas de técnicos, técnicas e enfermeiras negociando com as nutricionistas alimentos não prescritos ou mesmo não recomendados para usuários muito próximos ao fim de vida, alguns muito jovens. Em uma das cenas, observei uma enfermeira negociando firmemente com a nutricionista também um picolé, para uma usuária de vinte e três anos já com desconforto respiratório. A nutricionista argumentou que só seria possível liberar o picolé caso a enfermeira estivesse presente ao lado da paciente auxiliando, até que a mesma terminasse o picolé, para que não houvesse aspiração para o pulmão. A enfermeira, a despeito de suas outras tarefas, se dispôs a dar o picolé para a usuária, que tomou somente uma parte pequena do picolé e depois disse não querer mais, pois tinha *medo de ficar gripada*, apontando para um desejo de vida.

Nesse episódio se mostrou presente não somente a compreensão de aquele picolé era mais que um alimento físico, que representava um desejo de vida da paciente, que estava próxima da morte, mas também de que as demandas dos pacientes - embora possam passar por algo que inicialmente é aparentemente físico - vão bem para além do biológico; que cabem negociações com outros profissionais para acolher essas demandas – quando o tempo do cuidado permite, frente a tantas demandas diferentes - e que é relevante fazer dos momentos próximos à morte algo que seja “*positivo*” para o usuário.

Durante o período de observações participantes, houve um dia em que eu estava no posto de enfermagem e um familiar veio abordar um técnico, afirmando que a paciente estava desconfortável. O técnico foi ao leito, perguntou o que ela sentia, ao que a paciente respondeu: “(...) *uma coisa ruim...*” Ele trocou a paciente de posição algumas vezes, pediu que ela sentasse, que mudasse de posição, ofereceu uma água, e continuou perguntando como ela se sentia, até que ela respondeu que estava melhor. Ao retornar para o posto, perguntei-lhe o que ele havia feito e

que como havia compreendido aquele episódio, ao que me respondeu: “*A gente sabe que o mal estar que ela está sentindo não é só físico, mas a gente vai lá, tenta dar um conforto, tenta dar uma atenção e aí pode ser que ela se sinta melhor um pouco...*”.

As formas de dar o conforto entre técnicas, técnicos e enfermeiras são diversificada, como nas falas abaixo, em que se apresenta a questão do “*carinho*” e da “*escuta*”, do avançar e recuar, conforme a necessidade dos usuários, que remetem à produção de cuidado como um *savoir-faire discreto*, tal como nos descreve Pascale Molinier (2012):

“Um trabalho atencioso, quando bem feito, não se vê! Seu sucesso depende em grande parte de sua discrição, ou seja, da supressão de seus rastros. Os savoir-faire discretos encarnam uma postura psicológica muitas vezes percebida pelos beneficiários como gentileza, doçura, simpatia ou outra qualidade do ser. O beneficiário não sabe o quanto custou a quem executou o serviço, tanto mais porque essa pessoa antecipou-se a suas necessidades antes mesmo que fossem expressas” (Molinier, 2012: 33).

Nesse estilo de cuidado como *savoir-faire discreto*, uma técnica fala de sua percepção a respeito das necessidades singulares de cada usuário:

“...eu tento dar um pouquinho mais de conforto aos pacientes não é? Às vezes tem muitos pacientes que precisam de muito carinho, outros precisam só de ouvir, de alguém que ouça eles, de cuidado um pouquinho especial” (Técnica na entrevista individual).

Se antecipando à expressão das necessidades dos usuários, uma enfermeira conta como procura dar o *conforto*:

“Eu procuro, Num momento desses pra gente é trazer o conforto, seja ele respiratório, é a posição, qualquer coisa. No momento a gente pensa em qualquer coisa que lhe de o conforto. Respiratório: se precisar de uma macro²⁴, eu independente de prescrição, é uma coisa que a gente pode botar. De posição, tem paciente que ainda esta lúcido.” (Enfermeira na entrevista individual).

Novamente, na fala de uma enfermeira aparece o exercício do cuidado como um *savoir-faire discreto* (Molinier, 2012) no sentido de se antecipar aos desejos e necessidades dos usuários em um jogo de idas e vindas, de avanços e recuos, para diminuir seus estados de sofrimento:

“O significado do meu trabalho é, tem um lado que é importante para mim, que é exercitar o cuidar. Eu me sinto bem em exercitar cuidar. Não só no trabalho, como na minha vida como um todo. Eu gosto disso, de, de cuidar do outro. Cuidar no sentido de, de olhar aquela pessoa, o quê que aquela pessoa está desejando. Atender aquela pess... Logicamente nem sempre posso atender a... Mas o... Dentro do meu alcance, o que eu posso fazer, eu faço, para cuidar, diminuir dor e diminuir sofrimento. Essa é a minha proposta principal. E aí dentro disso, de diminuir dor e sofrimento, vai um monte de coisa não é? Que é todo o meu trabalho. Desde executar uma prescrição, como sair da, da informalidade fria, da, do padrão de enfermagem.” (Enfermeira, na entrevista individual).

Além do *savoir-faire discreto* a enfermeira também menciona *o cuidar* como algo que faz parte de sua vida, discurso corrente entre muitas trabalhadoras da enfermagem, que remetem à forte dimensão de gênero que atravessa o ofício de cuidar.

²⁴ Aparelho para diminuir o desconforto respiratório.

Durante o período de observação participante, presenciei, durante o exercício do cuidado, o uso do humor por técnicos, técnicas de enfermagem e enfermeiras, como algo usado de forma tácita para facilitar a relação com o usuário, para trazer conforto à relação e ao ambiente, tema que apareceu nas entrevistas individuais:

“E a gente brinca o dia inteiro. A gente brinca muito com os pacientes. Para poder levar o dia não é? Senão é muito ruim.” (Técnica na entrevista individual).

“Então, atualmente, como enfermeira assistencial plantonista, tem uma rotina bem determinada. Que é chegar, tomar ciência do plantão, dos pacientes novos, a situação de como eles estão. E aí depois a gente vai tomar ciência de quem está de alta, de quem é operatório... Pré-operatório. Algumas intercorrências que você tem que resolver de imediato, outras não. Depois vem a parte assistencial mecânica. Do curativo e tudo. Puxar as prescrições. E nesse meio dessa, dessa rotina toda é que vem essa coisa do, do conversar, do brincar, do... Para não ficar pesado.” (Enfermeira na entrevista individual).

A enfermeira coloca o humor “*no meio dessa rotina toda*” como um mediador para trazer conforto aos usuários e à relação dos trabalhadores com os usuários.

Nas falas aparecem também as funções do cuidado como conforto, de trazer *limpeza* e seu avesso: um *trabalho sujo*, um trabalho que ninguém faz (Molinier, 2012):

“A função primeiramente igual como eu falei é propiciar o bem estar. O quê que é? Para a gente deixar uma roupa de cama limpa, a gente deixar o paciente limpo, né? Dar um banho nele na cama ou o banho no chuveiro, passar desodorante, passar sabonete, limpar ele

bem, trocar faldá, não deixar ele evacuado, urinado. Isso é tudo uma função nossa, para a gente deixar ele com bem estar. Ninguém fica bem todo urinado, todo evacuado.” (Técnica na entrevista individual).

Esta técnica menciona a produção de conforto para o usuário, como produção de cuidado e de *limpeza*, mostrando o avesso de seu trabalho, o exercício do cuidado na sua dimensão de *trabalho sujo* (Molinier, 2012), de lidar com o corpo do usuário e seus humores em dimensões não tocadas por outros trabalhadores da saúde, delegadas exclusivamente à enfermagem.

Uma técnica menciona como faz para lidar com os excrementos dos usuários, mencionando o cuidado e o *conforto* também como este *trabalho sujo*, que ninguém faz e como ela maneja, no relacionamento com o usuário, a lida com essa intimidade, esse contato com os humores e excrementos de modo a evitar constranger e violentar o usuário:

“Porque eu sei que aquele paciente não é aquele, aquele... não são aqueles excrementos. Que tudo aquilo é uma coisa natural. Que está em mim. Então, eu sempre me coloco, procuro me colocar no lugar daquele paciente. Como eu gostaria de ser manipulada se eu estivesse naquela situação? (...) Então, na medida do possível, sempre procurar respeitar o corpo, né? É a sua intimidade que vai ser... Você se preservou, se resguardou durante tantos anos e de repente você tem que ficar exposta o tempo todo para uma pessoa que você nunca viu e talvez que você não vai ter oportunidade de ver novamente, porque você esta precisando. Então, eu procuro manipular com meu toque. Na hora da higienização, de lidar com essas eliminações, esses excrementos e tal de uma forma mais natural possível, porque eu fico imaginando a minha expressão ao ver alguém recolhendo o que eu eliminei com uma certa ojeriza, né? Então eu procuro... A gente registra os odores, a gente registra, não tem como não registrar. Mas eu procuro ser o mais natural possível. E isso eu já observei que faz diferença. Quando a gente faz de uma forma mais natural, o paciente percebe. Eles podem até não comentar, mas a gente percebe que eles... É uma situação constrangedora, porque primeiro eles estão expostos. E expor

a um profissional, uma pessoa, seja profissional ou não, aquela situação. Uma coisa que ele sempre foi capaz de fazer, resguardando a sua privacidade. Então, eu procuro agir da forma mais natural possível, para que eles não fiquem mais constrangidos do que a própria situação já impõe a eles, principalmente os mais idosos, os que têm mais idade, senhorinhas, os senhores e tal. Pessoas que às vezes só se mostraram para os seus cônjuges...E terem que se expor de uma maneira tão aberta assim, muito violenta.” (Técnica na entrevista individual).

Nesse trecho da fala da técnica – que condensa a fala de muitas trabalhadoras e trabalhadores da enfermagem entrevistados na pesquisa – o cuidado aparece nas suas cinco dimensões enunciadas por Pascale Molinier (2012): o cuidado como *gentelness* (gentileza), como *savoir-faire discreto*, como *trabalho sujo*, como *trabalho inestimável* e como *narrativa ética*.

O cuidado aí aparece como *gentelness* na medida em que se constitui como: “*uma atitude adequada que responde sem furtar-se face à fragilidade do outro e sem destituí-lo de seu estatuto de ser humano em sua integralidade.*” (Molinier, 2012: 29-30). A técnica compreende a fragilidade do usuário não somente pela doença em si e seus desdobramentos no corpo físico, mas pela sua falta de autonomia, pelo fato de ele ter que se submeter a ter seus excrementos limpos por um estranho. A partir dessa interpretação da condição do usuário, a técnica usa de suas habilidades, inclusive de seu corpo, de sua expressão facial e de suas emoções para manter o sentimento de dignidade do usuário tanto quanto lhe é possível.

O cuidado aparece nesse trecho de fala também como *savoir-faire discreto*, na medida em que tomar cuidado com suas expressões e procurar ser *o mais natural possível*, apesar de *registrar os odores* (com seu sentido olfativo), ao limpar os excrementos de um usuário é uma atitude discreta, não percebida por quem está de fora e que se antecipa à expressão da necessidade do usuário.

Essa atitude de cuidado aparece também em sua dimensão de *trabalho sujo*, na medida em que *limpar os excrementos* de um outro é algo, no senso comum, considerado repugnante, que

se evita fazer e é delegado a pessoa em posições socioprofissionais consideradas hierarquicamente inferiores:

“Segundo Hughes, o trabalho sujo compreende não somente ofícios ou atividades complexas consideradas pelo conjunto da população como repugnantes porque ligados aos humores sexuais ou corporais, à preparação dos cadáveres ou à evacuação de dejetos da vida cotidiana; mas também o que, em qualquer atividade, pode ser definido como aquilo se procura não fazer e, se possível, delegar a alguém em posição socioprofissional hierarquicamente inferior (subalterno ou mais jovem, menos qualificado, pertencente a um grupo discriminado).” (Molinier, 2012: 34).

Nesse trecho da fala da técnica, que reflete muitas outras falas de trabalhadoras e trabalhadores da enfermagem, como citei acima, o cuidado aparece também como *trabalho inestimável*, na medida em que é imprescindível, não passível de prescrição e, ao mesmo, não mensurável:

“O trabalho inestimável não é mensurável, especialmente através de métodos de gestão: como medir um sorriso ou uma presença? Seu valor não tem preço, o que torna altamente complexa a questão de sua remuneração: por que aquilo que mais valor tem é o que menos se remunera?”. (Molinier, 2012: 36).

Finalmente, podemos afirmar também que o cuidado aparece aqui como *narrativa ética*, na medida em que sai de estereótipos de bondade ou idealização dos cuidados para algo que se dá na concretude da relação, que aparece como uma atitude ética entre quem cuida e quem é cuidado, para além de qualquer bondade, pena ou benevolência:

“Essa sensibilidade pode ser definida como ética a partir ‘do que importa’, ‘o que tem importância’ para os sujeitos (...) A atenção dada ao que conta transforma a visão estereotipada do care como expressão do amor (das mães, das famílias, até mesmo das cuidadoras) ou sua derrapagem estigmatizante rumo à má reputação (mães isoladas, cuidadoras que maltratam) para interessar-se por visões morais particulares onde a preocupação com os outros expressa-se através de atividades concretas, mais ou menos agradáveis, que solicitam sentimentos ou afetos por vezes penosos, contraditórios, ambivalentes e marcados por defesas.”
(Molinier, 2012: 40-41).

Uma técnica de enfermagem conta a respeito dos sentimentos de irritação que tinha em relação a uma mãe, que estava sempre lhe demandando. A partir de um episódio, ela consegue ver o sofrimento da mãe por um outro ângulo:

“ A mãe. Ela às vezes, às vezes me irritava. Aí eu chegava lá era o, o soro que não, que não, que não que não está pingando, é dor, e não sei o que. Aí assim, aí sempre, sempre parava tudo para ver o que ela estava solicitando. Mas teve uma hora que eu vi ela assim, ela não quis, ela não quis assim, mostrar sabe? Mas eu vi ela, ela com os olhos cheio d’água, sabe? Vendo a filha daquele jeito, entendeu? Aí, aí eu olhei aquela situação toda, pôxa... A mãe já, já uma certa idade, sabe? Aí vendo alg... Vendo o sofrimento da filha. (...) Aí teve uma hora que eu parei, sabe? Aí fui lá. O quê que está acontecendo agora? Ela: ‘Não, ela está com dor, ela quer urinar e não consegue’. E estava com sonda. Aí eu: ‘Olha só, a senhora espera, que eu vou lá chamar a enfermeira para ver o quê que está acontecendo. Que ela está com a sonda e mesmo com a sonda ela está com... Ela está sentindo dor e está, e está com vontade de urinar’. Aí eu chamei a

*Maria*²⁵, a Maria foi lá, aí não teve outro jeito, aí teve que tirar a sonda. Aí ela, aí tirando a sonda, aí eu fui, peguei a comadre, coloquei nela, aí foi que ela conseguiu urinar. Ela urinou. Sabe? Mas é, é muito triste, muito, muito chato sabe? E a mãe ali firme. Entendeu? Mas aquele firme que ela estava, ela estava sofrendo, sofrendo por dentro também sabe?” (Técnica na entrevista individual).

Nesse sentido, a técnica, a despeito do reconhecimento de seus sentimentos de irritação e mesmo raiva em relação à mãe da paciente, é levada pela cena a ser colocar no lugar do outro. A partir desse deslocamento, exerce o cuidado, em função de uma ética, que não lhe faz “boazinha”, que não anula o reconhecimento de seu incômodo com a mãe da paciente, mas que a convoca a exercer o cuidado com o respeito e a atenção demandada pela situação, da melhor forma que lhe é possível.

Para Sá (2005; 2009), apoiada nas ideias da psicanálise, as possibilidades de cooperação, solidariedade e cuidado passam pelo reconhecimento do sujeito como incompleto e precário, pela possibilidade de reconhecer no outro sua própria dor e fragilidade. Nesse sentido, considero que o trabalho da enfermagem em oncologia, com toda sua carga de sofrimento, embora convoque os sujeitos a defesas mais ou menos necessárias para preservação de sua saúde mental, sejam elas mais ou menos enrijecidas, os convoca também a se remeter à dor do outro, à fragilidade da vida e, portanto, os convida continuamente a abrir mão da onipotência, os convida continuamente, à ética da solidariedade.

Se há um jogo dinâmico e nem sempre bem sucedido na passagem das defesas contra o sofrimento para a ética da solidariedade e do cuidado, o tema “*se colocar no lugar do outro, para produzir conforto*” foi recorrente nas falas da equipe de enfermagem, tanto nas entrevistas individuais e coletivas, como nas conversas informais.

Para produzir o conforto necessário para pacientes, a equipe de enfermagem fez menção ao exercício de *se colocar no lugar do outro* como condição necessária para exercer um bom cuidado e para a própria mobilização para seu ofício cotidiano:

²⁵ Nome fictício da enfermeira

“Me coloco no lugar do paciente e do familiar. Eu acho que isso é fundamental para a gente poder... Pode até não ser efetivo, mas para você ter uma compreensão daquele momento, você tem que se colocar, porque senão a gente não compreende o que está se passando. E é complicado. Então assim, já tentei sair. O que me motiva ficar é esse retorno que me dá, enquanto ser humano.” (Enfermeira na entrevista individual).

Se colocar no lugar do outro, no entanto, implica também, involuntariamente, se imaginar vivendo as mesmas situações e os mesmos dramas, mas com uma reserva necessária de modo a não submergir no dor, como recurso de sobrevivência para trabalhar:

“Porque na verdade a gente só sente as coisas, quando a gente se põe no lugar do, do outro, porque senão a gente faz tudo muito automático. E quando a gente lida direto com as pessoas assim, com a família, é obvio que a gente não vai, ah não é... A gente sabe que quando acontece com a família nossa mesmo é totalmente diferente. Até porque a gente tem que ter um certo distanciamento, porque senão você não consegue trabalhar. Mas quando você dá atenção e você está ali envolvida no caso. Se está sentindo uma dor, você faz um SOS, se não tiver, você corre atrás para prescrever”. (Enfermeira na entrevista individual).

Uma técnica menciona como a dor dos pais de um paciente a mobiliza, a remete ao medo de passar pelo mesmo em sua família e a coloca em um dilema: se é convocada pelos seus afetos a se colocar no lugar do outro, resiste a tais afetos, de forma a afastar a intensidade do sofrimento vivido nas cenas que presencia:

“Então, isso que eu... É aonde eu recorro mais ainda na, na, nas minhas orações. Aí eu rezo, agradeço muito por não estar passando diretamente por isso, por não ter nenhum familiar e peço muito a Deus que dê um, um livramento para aquela... para aquele paciente, da melhor forma possível e muito consolo à família, porque quem fica, os pais principalmente, eles a gente se... Eu nem me ponho no lugar, não é? Mas a gente imagina que ali deve ser horrível demais para eles não é? Ver perdendo aos poucos e estão ali sempre firme assim não é?” (Técnica na entrevista individual).

Uma enfermeira menciona a possibilidade de se colocar no lugar do outro como um eixo central de seu ofício, que lhe é pesado, mas que, ao mesmo tempo lhe gratifica, justamente pelo enriquecimento humano devolvido pelas vivências cotidianas, pela possibilidade de *“fazer ao outro aquilo que gostaria que fizessem com ela”*:

“Não tem como a profissão ser leve. Não tem como. Porque você está diante de um sofrimento(...). Além de você executar uma prescrição, um curativo, você acaba tendo que dar alguma coisa a mais. É impossível você executar uma coisa fria. Eu, eu pelo menos não consigo. Não consigo. Não consigo. Então assim, por que eu escolhi? Eu escolhi por conta disso tudo. Não foi a primeira escolha, mas acabei ficando porque me dá algum retorno. Eu me sinto melhor como ser humano. Porque eu me coloco naquele lugar, entendeu? Então eu sempre penso, pôxa eu queria que fizessem isso comigo. E, e dou o quê que, o que eu espero que façam um dia, se eu precisar, comigo. Por isso eu gosto.” (Enfermeira na entrevista individual).

Nessa mesma direção, foi recorrente o tema de lidar com as dificuldades no relacionamento com pacientes e familiares, a partir de uma convocação a esse mesmo lugar, o *lugar do outro*. Se colocar nesse lugar era o recurso usado para lidar com o desconforto de algumas relações dentro das enfermarias e de tornar essas relações mais confortáveis, a despeito das dificuldades:

“Às vezes eles [os pacientes] ficam um pouco, muito carente. Ficam pedindo muita coisa e tal, mas de repente se eu estivesse no lugar deles, eu também ia ficar assim. O tempo todo na cama, sem poder se mexer muito, superdependente, numa situação muito difícil. É um, é um negócio estressante para eles também, né? Às vezes a gente pode achar que ele está sendo muito chato e está sendo muito chato mesmo. Mas aí você deve pensar, pô será que se eu tivesse no lugar dele, eu não ia ser chato assim também? Então assim, eu tento tratar todo mundo com o maior respeito, carinho, brinco com todo mundo, tentando, tendo desconstrair o ambiente, para deixar ele, o esquema um pouquinho, um pouco mais relaxado, porque o clima de onco é um clima pesado.” (Técnica na entrevista individual).

Nessa mesma direção uma enfermeira menciona como lida com pacientes que ela chama de “estressados”:

“Ah, eu acho... eu procuro compreender o estresse. Então, assim, eu não costumo me aborrecer nem com o paciente, nem com... e nem com o acompanhante. Eu acho assim, que ele tá no direito. É lógico, a gente não vai permitir que o paciente bata, né? Que agrida verbalmente ao ponto de xingar, isso tudo, não. É lógico que isso ninguém gosta, né? Mas, mesmo assim, se isso acontecer, como, é... já aconteceu de a pessoa ser grosseira, eu não tomo aquilo como pra mim, como pessoal, entendeu? Ah não, a pessoa falou comigo e tal. Eu entendo o lado dele, entendeu? Eu não fico chateada. Aquilo ali não é uma coisa assim, que vá me chatear o dia porque, de repente, um acompanhante gritou comigo, entendeu? Eu tento resolver, depois eu vou lá tentar falar com aquela pessoa, tal, esperar o momento dela, tal... Mas eu vejo muito assim, o lado do outro, eu vejo muito assim que, ele tá estressado” (Enfermeira na entrevista individual).

O trabalho de cuidado aparece, assim, também como o exercício de compensar as carências e insuficiências dos usuários, *dar o que falta* como algo que faz parte do ofício, *surpir*. Ao mesmo tempo, conforme a necessidade e a condição do usuário, aparecendo novamente o ofício do cuidado como *savoir-faire discreto*, como *gentelness* e como *narrativa ética* (Molinier, 2012):

“(...) Então quando eu vejo alguém que é mais abandonado, eu dou mais atenção. Eu dou uma atenção maior. Tinha uma paciente que estava... Que teve alta nesses dias. Dona Maria²⁶...ela ficava totalmente largada. A família dela levou sei lá, dois dias. Ela está de alta. Ficou dois dias aqui. Não é? Aí eu fico... Eu acho que eu tenho que compensar de alguma forma. Eu não sei. Eu acabo dando uma atenção maior, me dedicando mais.” (Técnica na entrevista individual).

O trabalho de cuidado, como mencionado ao longo desse capítulo, é descrito por Molinier (2012) em cinco dimensões: como *savoir-faire discreto*, como *trabalho sujo*, como *gentelness*, como *narrativa ética* e como *trabalho inestimável*. Em linhas gerais, como *savoir-faire discreto* na sua dimensão invisível, discreta, imperceptível para um observador externo; na sua dimensão de *gentelness* como gesto de antecipação às necessidades daquele que precisa do cuidado; como trabalho sujo na sua dimensão social, de trabalho que *ninguém faz*, relegado a grupos em situação sócio-profissionais consideradas inferiores; como narrativa ética na sua dimensão de “*fazer o que deve ser feito*” para além de qualquer ideia de piedade ou caridade e, finalmente, como trabalho inestimável no seu sentido de ser imensurável, de não ser passível de atribuição de um valor, na medida em que não se mede o valor de um sorriso, o valor de um gesto de acolhimento.

Todas essas dimensões do cuidado, que aparecem nesse capítulo nas formas de falar, escutar, calar e produzir conforto por parte da equipe de enfermagem não são passíveis de captura por números, indicadores e métodos de avaliação do desempenho. São invisíveis para instrumentos que não passem pela palavra dos trabalhadores.

Se os números, indicadores e métodos de avaliação tem seus lugares na relação da gestão com o conjunto de trabalhadores, eles não substituem a aproximação direta e os espaços em que os trabalhadores possam de fato compartilhar suas experiências de e no trabalho.

Portanto, se não houver *espaços públicos internos* que possam validar socialmente esse saber-fazer e essas experiências dos trabalhadores, para converter a inteligência prática em

²⁶ Nome fictício

sabedoria prática, de caráter coletivo (Vasconcelos, 2012), se não houver espaços em que os trabalhadores da gestão possam escutar e debater tais questões, esse *saber-fazer* dos trabalhadores da atenção tende a ficar na invisibilidade, o que pode se desdobrar em um fosso entre os trabalhadores da atenção e os trabalhadores da gestão.

8. Ideologia da Excelência, Invisibilidade e Demanda por Reconhecimento.

“O trabalho da enfermagem é como trabalho doméstico: só aparece quando não é feito ou quando alguma coisa dá errado.” (Técnica de enfermagem em conversa informal durante a pesquisa de campo).

Os exercícios da inteligência prática no trabalho, principalmente nos atos de cuidado, não são sempre visíveis, pelo contrário: eles, via de regra, são da ordem do invisível, estão ligados ao que Pascale Molinier (2012) chama de *savoir-faire discreto*, gestos que não deixam rastros, a não ser na relação entre quem cuida e quem é cuidado.

A invisibilidade deste tipo de trabalho também está ligada, mas não apenas, a uma dimensão de gênero, que não aprofundarei nesta tese, mas que não posso deixar de mencionar. Os trabalhos de cuidado, assim como os trabalhos domésticos são relegados a um status de invisibilidade, são percebidos nas suas ausências, como bem formulou a técnica de enfermagem da citação que introduz esse capítulo. Segundo Dejours:

“(...) não se percebe estes saber-fazer senão quando não ocorrem, aparecem justamente por sua ausência. A arrumação da casa só é vista quando não foi feita ou foi mal feita. É a razão de se nominar esses saber-fazer como ‘saber-fazer discretos’. É como se ocorressem por magia, graças ‘ao dom encantado de si’. Não se pode reconhecê-los como saber-fazer técnicos ou profissionais. Ora, essas tarefas discretas são destinadas às mulheres, devido à dominação do mundo do trabalho pelos homens (...)” (Dejours, 2012 A: 53).

Embora exista uma ampla discussão a respeito da questão de gênero e invisibilidade nos trabalhos de cuidado, suponho que a invisibilidade do trabalho de cuidado no contexto da atenção oncológica se deve não somente à questão de gênero. Parece haver, no âmbito da atenção oncológica, um imaginário social (Enriquez, 1997) que confere grande poder aos médicos

considerados de renome, às chamadas tecnologias de ponta e aos “*avanços da ciência*” no “*combate e cura do câncer*”. Esta idealização, que tem raízes palpáveis na história da oncologia - que, efetivamente, depende também dos avanços da medicina e da tecnologia para dar conta de uma doença tão devastadora - por vezes se faz em detrimento da valorização do trabalho cotidiano de cuidado de “*trabalhadores comuns*”, mesmo quando se tratam de médicos (“*comuns*”) e outros profissionais além da enfermagem, como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, que não trabalham com a “*cura do câncer*”, mas com o *cuidado* aos pacientes oncológicos, mesmo que estes não tenham mais “*cura*”.

É preciso ainda ressaltar que em um hospital público, mesmo que pertença a um *Instituto* considerado de *excelência*, parte significativa dos pacientes, muitas vezes, chegam para tratamento em estágio já avançado da doença, devido às dificuldades de detecção precoce na rede de atenção à saúde. Isso quer dizer que estes pacientes vão precisar, nesse momento de sua doença, tanto ou mais do cuidado na sua dimensão estritamente humana, quanto das tecnologias de ponta e dos avanços da medicina. Ainda que em outros estágios, a necessidade do cuidado seja também fundamental, quando o paciente está em estágio avançado do câncer, quando se esgotam as possibilidades curativas, os avanços da ciência e da técnica ficam em um segundo plano, nas possibilidades de conforto, de alívio dos sintomas, da dor e de um fim de vida digno.

Nas entrevistas individuais e coletivas, apareceram vários discursos que apontam para uma idealização da tecnologia e da técnica no âmbito organizacional. Por outro lado, apontam também para o limite da tecnologia e da técnica diante de certos quadros, muito frequentes no hospital. Uma enfermeira falou na entrevista individual a respeito dos pacientes e da limitação da tecnologia e da técnica para dar conta do cuidado:

“Eles são muito mais debilitado, sabe... mais carentes dos nossos cuidados, entendeu? E eu observo também que muitas das vezes, infelizmente, o meu cuidado técnico não é suficiente. Infelizmente. Então o meu lado humano de cuidado, de carinho, de amor, de ouvir, de tá ali, de dar um sorriso, entendeu? Isso é muito importante. Infelizmente, na maioria dos casos. Porque tem muitos pacientes que já chegam lá com uma fase do tumor mais avançado, uma fase da

doença já avançada então não tem mais o que fazer. Então o cuidado técnico: não tem mais. Então você chega no leito e aí você dá um sorriso e aí você escuta e isso já conforta. Entendeu? Isso já dá um conforto pra eles. Então eu vejo essa especificidade aqui, eu vejo essa carência, sabe? Por conta da doença, bem complexa. Então esses pacientes têm mais essa necessidade do carinho, do calor humano, entendeu? De você dar um sorriso, de você conversar. Sabe? E eu sempre faço isso muito com eles! Eu adoro ver um sorriso!” (Enfermeira na entrevista individual).

Nesse caso a enfermeira usa a palavra “*infelizmente*” duas vezes para se referir ao fato de que seus conhecimentos técnicos, na maioria dos casos, não são mais úteis, apenas suas habilidades, não técnicas, das quais faz uso no seu trabalho. A enfermeira faz referência também àquilo que, a despeito da insuficiência de seus conhecimentos e de sua técnica, lhe gratifica, o encontro entre trabalhador e paciente, algo que ocorre nessa esfera do imaterial e humano, no *trabalho vivo em ato*.

Os atos de cuidado chamados por Dejours (2012) e Pascale Molinier (2012) de *savoir-fair discretos*, ligados ao uso da *métis*, da inteligência prática, justamente para serem efetivos, tem que ser discretos, invisíveis, como, por exemplo, os diversos atos de se *calar*, de falar “*de um outro modo*” no intuito de preservar o paciente, o gesto de ser *natural ao limpar excrementos*, o *sentir um cheiro diferente* e detectar uma infecção, o *compensar a ausência de visitas com a própria presença*, relatados no capítulo anterior. Como nos chama a atenção Pascale Molinier, esses gestos que compõem o trabalho de cuidado – que a autora chama de *care*, usando o termo na língua inglesa, além de invisíveis, não podem ser resumir à habilidade técnica e costumam ganhar status inferior na organização formal do trabalho, ainda que sejam fundamentais para apoiar as atividades socialmente consideradas de valor:

“(…) care designa o trabalho no sentido do serviço bem feito, na medida em que este nunca se resume a uma habilidade técnica, ou seja, care sempre supõe este suplemento, que torna a relação de dependência suportável e o serviço realmente eficaz – pois o cirurgião ou o patrão são dependentes da enfermeira ou da secretária. Sua autonomia é uma ficção sustentada pelo trabalho de apoio e de antecipação do que lhes é prestado. Esta é uma das complexidades

enfrentadas para se levar em consideração o care, na confluência entre relações sociais de sexo, de classe e de raça, onde os homens, as classes privilegiadas, os brancos, dominam/exploram as pessoas que realizam o trabalho de care a seu serviço, enquanto na prática, eles dependem deste trabalho: seu conforto, assim como sua eficiência, dependem da qualidade do trabalho de care.” (Molinier, 2012: 33).

Parte desses gestos são, nesse contexto, além de invisíveis e não mensuráveis, passíveis de se tornarem objeto de conflito com a organização formal do trabalho. Isto em primeiro lugar porque sabemos - e isso já foi que a transformação do trabalho prescrito em trabalho real requer transgressões ao prescrito. O uso da *métis*, da inteligência criadora, pela sua natureza, é transgressor, no sentido dado à transgressão por Dejours: o trabalho real transgride e supera o trabalho prescrito no enfrentamento cotidiano com o *real do trabalho*. No caso de técnicas e enfermeiras, o exercício do cuidado, como não poderia deixar de ser, vai muito além do trabalho prescrito.

O segundo motivo pelo qual alguns atos de cuidado podem se tornar objeto de conflito com a organização formal do trabalho se deve ao fato de que, na medida em que estes trabalhadores, ao exercerem esses gestos de cuidado em um setor com um quantitativo de pessoal reduzido e com muitas atribuições, talvez, em algum momento de intensificação do trabalho, tenham que optar entre preencher um formulário ou um prontuário eletrônico ou disponibilizar tempo para estes gestos, não previstos na organização prescrita do trabalho:

“ As rotinas? Eu acho que as rotinas são exaustivas, entendeu? Aí a gente tem que... Eu tenho que... Acabo assim fazendo coisas assi... Tentando... Como que eu vou te falar? Tentando assim, priorizar coisas o tempo todo. Essa é minha rotina de trabalho. Eu tento priorizar. Eu não dou conta de fazer tudo que tem que ser feito. Eu tento priorizar. O que é mais assim emergencial é executado entendeu? Primeiro, até para dar tempo de fazer até o término do plantão...” (Técnica na entrevista individual).

“Eu acho que é só a cobrança, que é assim muito exaustiva. Sabe? Cobrança. Umas rotinas assim que não... Como eu vou te falar? Que não condiz com o contingente de profissional para executar tais tarefas. É isso. Isso que cansa. Ah, as rotinas, não é? São poucos funcionários e assim... E difícil de você executar tudo que se deseja, não é? Para poder fazer o que a... É preconizado não é? A gente não consegue dar conta. Então. Eu tento priorizar.” (Técnica na entrevista individual).

As falas das técnicas acima remetem à necessidade de “priorizar”, assim como a fala da trabalhadora abaixo, que revela, diante de múltiplas demandas, um sutil desinvestimento do trabalho:

“Tem a cobrança. A alta cobrança que tem aqui. Isso me incomoda (...) eu faço o que der. Não me martirizo não, faço o que der.”

Já a enfermeira abaixo, nesse contexto de múltiplas demandas, aponta a atenção ao paciente como sua prioridade:

“Mas ali, tem aquela outra prioridade, eu vejo como prioridade sempre aquilo que é ali direto ao paciente, entendeu?” (Enfermeira na entrevista individual).

Traesel e Merlo constataram algo muito próximo em suas pesquisas sobre a enfermagem em um hospital da região sul do país, sob a ótica da psicodinâmica do trabalho:

“Pode-se considerar, então, que a importância e a expectativa referentes ao reconhecimento do paciente apontam um conflito contemporâneo para a profissão, que é o de conciliar as exigências de polivalência e de potencialização do tempo de trabalho com o desejo e a necessidade de prestar cuidados, dar atenção e dedicar-se mais à interação com o paciente – fonte de reconhecimento e, portanto, de saúde mental para as trabalhadoras.” (Traesel e Merlo, 2012: 301).

Desta forma, a avaliação do trabalho é tão difícil, pois os atos de trabalhar nem sempre são visíveis. Os trabalhadores e trabalhadoras do cuidado estão sempre transitando entre o trabalho visível, exigido pela organização, e o trabalho invisível - aquele capaz de lhes conferir gratificação e sentido, em que exercem de forma mais plena seus *saber-fazeres discretos*, sua inteligência prática, sua *métis*. Soma-se a essa natureza *invisível* dos atos de cuidar, sua incapacidade de ser capturada por números, as dificuldades dos gestores de terem contato com o *trabalho real*, para além das quantificações de resultados, em um contexto geral de valorização das quantificações, daquilo que Gaulejac (2007) veio a chamar de *quantofrenia*, a doença da medida, que tem atravessado também as organizações públicas, incluindo as organizações de saúde, tal como vimos no quarto capítulo desta tese.

8.1. Avaliação do Trabalho, Avaliação do Invisível

“(...) o trabalho, naquilo que ele tem de essencial, não pertence ao mundo visível.”
(Dejours, 2004: 30).

A demanda incessante por produtividade atravessa as mais altas esferas das hierarquias no campo da saúde pública e desce em cascata, demandando de diretores, gerentes e, como consequência, trabalhadores do cuidado, números, indicadores, metas. É evidente que estes elementos são fundamentais e não se faz gestão sem eles. No campo da saúde pública, eles são necessários para garantir acesso, equidade e formulação de políticas. Todavia, a questão que se coloca é que, em muitas situações, eles tomaram também o lugar da interação e das informações

qualitativas sobre os processos de trabalho, que também devem ter seu lugar nos processos de gestão.

Como se esses elementos ainda não bastassem, organizações atravessadas por uma *ideologia da excelência* (Soboll&Horst, 2013), apoiada nos discursos da *qualidade*, sem correspondentes nas condições de trabalho (nesse caso, com quantitativo de pessoal insuficiente) e ainda carente de espaços de discussão a respeito dos processos de trabalho, agravam esse hiato entre o *trabalho real* do cuidado e os processos de gestão, onde é preciso reconstruir a ponte, por todos os gestores.

Soboll e Horst (2013), baseados em Dejours, afirmam que a ideologia de *excelência*, sistema de pensamento hegemônico no contexto atual de trabalho, que prima pelo *mito da autosuperação* e por *resultados sempre superiores, subsidiando a crescente produtividade nas organizações*, já pressupõe algo não partilhável, visto que, para ser *excelente*, é preciso que alguém esteja aquém:

“O termo excelência, por sua vez, refere-se a algo que, de antemão, não é partilhável. Assumir uma conduta de excelência significa não partilhar esse objetivo com seus semelhantes. A excelência não é compartilhada. Para que um seja excelente é necessário outro que fique aquém. A busca da excelência tem como fundamento o individualismo e rompe com os laços de cooperação e de reconhecimento, essenciais para construção da identidade e da saúde do trabalhador.” (Soboll e Horst, 2013: 225).

Organizações que portam o baluarte da *excelência*, geralmente o fazem às custas do trabalho daqueles que estão na ponta dos serviços, através do mito da auto superação, que visa a constante superação da performance por parte dos trabalhadores, apoiado em um discurso que pauta a excelência como um padrão eternamente mutável (Soboll e Horst, 2013):

“O mito da auto superação, o qual pauta-se a idéia de que é possível ser o melhor, fazer mais e estar mais disponível às demandas que surgem está colocado nas relações pessoais e também nas relações públicas. Ser o melhor dentro da estrutura hierárquica de uma organização passa a ser uma condição de existência, medida para o sucesso e para a felicidade. E, alcançar esse sucesso, depende apenas do esforço empenhados, apontando características heróicas em um indivíduo comum, autônomo e independente, capaz de assumir riscos e de buscar constantemente a superação para alcançar um lugar de destaque na vida organizacional.” (Soboll e Horst, 2013:227).

No contexto da assistência ao paciente oncológico, o *mito da auto superação* ganha contornos mais dramáticos, visto que o *desempenho excelente, a auto superação* se coloca a serviço de um fim nobre: a assistência ao paciente oncológico, sujeito e usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), em uma condição de extremo desamparo, causado por uma doença geralmente devastadora. O contato com pacientes oncológicos de fato tem poderes de mover os trabalhadores a, muitas vezes, excederem seus limites, a despeito de suas defesas contra o sofrimento no trabalho. Entrega e defesa estão sempre se relacionando de forma dinâmica, em um jogo em que não há vencedores.

Como abordado no capítulo anterior, o vínculo afetivo decorrente de um longo período de contato com os pacientes, assim como a proximidade constante com a fragilidade da vida, estão sempre a convocar os trabalhadores para a sensibilização e responsabilização em relação aos pacientes e seus familiares. Frente a um quantitativo insuficiente de pessoal e a falhas comuns e esperadas na organização do trabalho, o trabalhador da ponta é chamado a preencher a lacuna entre, por um lado, a excelência idealizada e propalada dentro e fora dos muros da organização e, por outro, as condições reais de trabalho.

É evidente que não se descarta aqui a necessidade de se trabalhar com metas e com um referencial de qualidade para cuidar e tratar dos usuários da rede de atenção oncológica. No entanto, a própria intensificação do trabalho na saúde, decorrente de falta de pessoal suficiente,

poucos concursos públicos, frente a uma demanda crescente, principalmente na atenção oncológica, coloca os trabalhadores diante de um grande paradoxo: o discurso da excelência de um lado e a insuficiência de condições reais de trabalho outro.

Este é mais um elemento que agrava as dificuldades de criar espaços de diálogo e discussão, na medida em que, muitas vezes, os trabalhadores que estão disponíveis são necessários para a assistência ao paciente, usuário do SUS, cujo direito é receber uma atenção de qualidade. Desta forma, é possível observar um entrecruzado de interesses e direitos diversos que se encontram na intensificação do trabalho em saúde: poucos trabalhadores, muitos pacientes para serem atendidos; o direito dos pacientes de acesso à saúde e de receber uma atenção de qualidade e o direito dos trabalhadores de terem sua saúde e suas condições de trabalho preservadas. Nesse contexto, quem paga a conta de uma equação mal feita entre precarização do trabalho em saúde e os discursos da excelência, da qualidade e da universalidade de acesso é tanto o paciente quanto os trabalhadores da ponta, suas emoções, seu corpo e sua saúde.

O grande nó, nesse entrecruzado de interesses e conflitos que envolvem a intensificação do trabalho em saúde - que se dá, não só por vínculos precários, mas também, como é o caso da instituição pesquisada, por quantitativos de pessoal insuficientes - é que o discurso da qualidade, preconizado nas instituições de excelência se direciona ao chamado “*atendimento do cliente ou usuário*”. Todavia, nos discursos sobre qualidade nem sempre se coloca em foco as condições de trabalho, a quantidade adequada de pessoal e os processos participativos, que repercutem na qualidade da atenção ao paciente.

Nesse mundo de quantificações, dos discursos da qualidade e da excelência, como avaliar o trabalho? Para a Psicodinâmica do Trabalho, o trabalho não é objeto de fácil avaliação por diversos motivos, que já enunciei cima e que aprofundarei abaixo. É importante ressaltar que Dejours (2012) diferencia avaliação do trabalho e avaliação do desempenho ou outros métodos de caráter funcionalista. As avaliações de desempenho visam fornecer informações para progressão, promoções, transferências, treinamentos. A avaliação do trabalho é algo mais profundo, não passível de ser capturada por medidas e números apenas. No entanto, a avaliação do trabalho e a avaliação do desempenho não são totalmente dissociadas, na medida em que uma avaliação do

desempenho insatisfatória remete a avaliação de um trabalho supostamente insatisfatório aos olhos do avaliador.

Existem trabalhos satisfatórios e insatisfatórios; trabalhadores comprometidos e não comprometidos com o trabalho no mundo das organizações, onde - como já nos alertam alguns autores que tem como referencial a psicossociologia de grupos e organizações (Azevedo, 2005; Enriquez, 1997; Sá, 2005; Sá, 2009), não está presente apenas o jogo do amor, mas também o da destruição. Da mesma forma, há gestores dos mais diversos estilos, com as mais diversas motivações, motivações estas conscientes ou não conscientes, que os movem em seus atos de gestão.

No contexto organizacional, avaliar é uma necessidade e não uma opção. Não devemos cair aqui na irresponsabilidade de considerar que toda avaliação visa oprimir ou desqualificar o trabalho ou o trabalhador. No entanto, a crítica tanto de Dejours (2008), quanto a de Gaulejac (2007) à avaliação do trabalho restrita aos métodos quantitativos vai para além dessa visão pueril:

“Há um risco de quantofrenia aguda (a doença da medida) que espreita todos aqueles que, em vez de medir para melhor compreender, querem compreender apenas aquilo que é mensurável” (Gaulejac, 2007: 67-68).

O primeiro motivo pelo qual a avaliação do trabalho é muito difícil é a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Segundo Anjos (2013), baseado em Dejours, o trabalho é como um iceberg, cuja ponta mínima vista por quem está acima do nível do mar é o trabalho prescrito e o grande volume invisível debaixo da água é o trabalho real. Essa distância entre o prescrito e o real, por si, já torna o trabalho de difícil avaliação, na medida em que há uma diferença entre aquilo que é solicitado e aquilo que é visível para a organização formal do trabalho – o trabalho prescrito – e aquilo que fica, pela própria natureza do ato de trabalhar, na invisibilidade – *o trabalho real*. Essa invisibilidade se acentua severamente quando há carência

de coletivos de discussão sobre o *trabalho real*. Ainda que ele não seja passível de ser completamente transmitido pelo discurso, pela palavra se pode acessá-lo, ainda que parcialmente.

Dejours afirma que aquilo que é visível e possível de ser quantificado é apenas o resultado do trabalho e não o exercício do trabalho, o resultado do esforço e não o esforço propriamente dito. Os resultados do trabalho, como nos ensina a Psicodinâmica do Trabalho, são frutos de inúmeras tentativas fracassadas de superar as *resistências do real* (Dejours, 2012 A):

“Ora, não se pode mensurar, não se pode avaliar quantitativamente, não se pode fornecer a prova objetiva pela experimentação, senão do que pertence ao mundo visível ou do que pode tornar-se visível. Neste nível aparece um problema maior: não se pode mensurar o trabalho com objetividade. Mensura-se certamente, mas o que se mede é o resultado do trabalho, nunca o trabalho em si. Ora, não há qualquer proporcionalidade entre o visível e o invisível, entre o resultado da produção e o trabalho vivo necessário para a obtenção deste resultado. Por exemplo: o pesquisador é alguém que fracassa o tempo todo. O resultado não tem qualquer proporcionalidade com o trabalho e os sofrimentos subjetivos que ocorrem antes de o produto final ser alcançado”. (Dejours, 2012 A: 54).

A invisibilidade do trabalho de enfermagem no contexto estudado para esta tese se relaciona com as questões levantadas por Dejours sobre as dificuldades de se avaliar um trabalho, principalmente um trabalho de cuidado, regido pelos “*saber-fazer discretos*”, mas também com as questões relativas ao lugar da enfermagem em uma organização hospitalar. Uma técnica de enfermagem afirmou na entrevista individual:

“O que... Porque assim, eu tenho uma consciência assim. Técnico de enfermagem, no final das contas ...você não tem valor nenhum. Entendeu? Esse, isso, isso é o meu, é o meu primeiro

pensamento. Por mais que você faça, no final das contas quem é reconhecido é o médico, que, que não fica ali com você 24 horas” (Técnica na entrevista individual).

Esse sentimento se intensifica por conta não somente da divisão técnica, mas também da divisão social do trabalho, o que pode se desdobrar em defesas na forma de desinvestimento no trabalho:

“O técnico de enfermagem, por não ser nível superior, no final das contas ele não tem valor nenhum. É muito engraçado, quando... Enquanto você está agradando daquele paciente, você é o melhor técnico. Num plantão que você errar com aquele paciente, você se torna o pior técnico. Entendeu? O incompetente, o que errou, o que não prestou atenção. Então por quê que eu vou, eu, vou ah me, me envolver? Não me envolvo. Eu sei separar. Eu sei separar e trabalhar com consciência. Não é?” (Técnica na entrevista individual).

Uma técnica falou de sua escolha pela enfermagem, mas também do lugar invisível em que fica seu trabalho de cuidado. No entanto, apesar da invisibilidade, aquilo que ela chama de *ajuda* é o que confere sentido ao seus atos de trabalhar:

“Bom. Enfermagem para mim é um modo que eu tenho de poder ajudar as pessoas. E numa fase da vida, triste não é? Que é a doença em si. Entendeu? Tem gente que, por exemplo, tem dinheiro, quem é artista, se quiser, tem uma forma de ajudar e as pessoas reconhecem, por ser conhecido não é? A gente não. A gente sempre fica num anonimato não é? Às vezes, às vezes escuta que é, que ah é a sua obrigação entendeu? Mas independente de qualquer coisa, eu acho que a enfermagem é uma profissão que você ajuda as pessoas, naquele momento mais difícil da vida. Entendeu? E eu, todo plantão que eu faço, se é um plantão difícil, se é um plantão calmo, e

assim, passei o plantão, eu estou saindo da instituição, eu me sinto assim ah, de um... cumpri, cumpri com a minha, com a minha parte.” (Técnica na entrevista individual).

Para Anjos (2012), baseado em Dejours, a forma mais profunda de avaliação do trabalho, passa pela palavra dos trabalhadores:

“É preciso acessar o trabalho invisível através da palavra relatada pelo trabalhador. Reconhecer o sofrimento do trabalhador altera o valor do trabalho tanto para o trabalhador no registro de sua identidade, que se dá pelo mérito de suas realizações, quanto para a discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, já que o conhecimento deixa de estar concentrado exclusivamente nas mãos de quem planeja o trabalho.” (Anjos, 2012: 66).

Dentro do contexto social e organizacional, o trabalho de cuidado – invisível e difícil de ser avaliado - ganha um determinado lugar, o lugar das habilidades humanas. Em uma sociedade eivada de novas tecnologias e de valorização das *inovações tecnológicas*, é importante observar a relação de uma coisa com outra: o lugar do humano na sua relação com as tecnologias, que remete ao poder de contribuição do trabalhador para a organização formal do trabalho.

8.2. Idealização das Tecnologias Duras e das *Inovações*: Invisibilidade da Dimensão Humana

Os discursos da qualidade, da inovação, das modernizações remetem, inevitavelmente, ao discurso sobre as novas tecnologias. Nas entrevistas coletivas houve um longo debate sobre a questão das tecnologias *duras* de um lado e o papel dos atributos humanos. Ainda que ambos não se contraponham, pelo contrário, os trabalhadores apontaram para a valorização da tecnologia desconectada do trabalho real. Na entrevista individual, uma trabalhadora falou:

“É com relação a medicamentos, a investimentos. O pessoal fala: ‘Ah mais na unidade I tem a robótica! Têm robôs!’. Mas e o número de pacientes que estão morrendo por conta disso? Tá morrendo muito paciente por causa disso! Porque eles não têm preparação para lidar com a robótica. Não está tendo investimento, está vindo a robótica, está vindo a tecnologia, mas está tendo preparação?”

Essa fala foi um dos trechos trazidos para o debate na entrevista coletiva. A discussão ocorreu entre trabalhadores e trabalhadoras no sentido de chamarem atenção entre si para a importância da dimensão humana, em meio à idealização da tecnologia e da técnica:

“O ser humano tem que usar a tecnologia, entendeu? Eles esqueceram que para utilizar a tecnologia precisa do humano.” (Técnica na entrevista coletiva).

Esse debate se deu no contexto de uma discussão, durante as duas entrevistas coletivas, sobre a implantação de um novo sistema de prontuário eletrônico, que condensou vários episódios importantes a serem analisados, remetendo ao sentimento, por parte da equipe de enfermagem, de não reconhecimento de seu trabalho real por parte das hierarquias.

Em primeiro lugar, o sentimento de não reconhecimento adivinha do fato de o sistema, *importado de outro país de mesma língua, mas de realidade diferente*, segundo os trabalhadores, ter sido implantado sem possíveis adaptações necessárias ao *trabalho real* desses *operadores do cuidado*:

“Então é assim. Eu acho que aqui as coisas ficam muito assim, para a gente procurar. A gente merecia em alguns momentos ser procurado também. Está começando o alert²⁷ [sistema de prontuário eletrônico]. Tá? Começando pelo alert... Nós precisamos, que a gente está falando, não é? Em tecnologia. Nós temos que evoluir para o alert, não é? Mas foi implantado, mas o quê

²⁷ Inicialmente minha decisão era omitir o nome do sistema, visto que o sistema não faz diferença, mas o modo de sua implantação sim. No entanto, ao começar a colocar as falas dos trabalhadores na tese, tornou-se necessário colocar o nome do sistema, principalmente a partir de uma fala de uma trabalhadora que faz um trocadilho significativo com o nome do sistema.

que acontece? Nós não temos... Ninguém veio para ver a nossa realidade, não é? E não conhecem a nossa realidade. Não é? Não conhecem.” (Técnica na entrevista coletiva).

Somado a isso, era um sistema *não amigável*, isto é, um sistema que não é auto explicativo. Houve um treinamento, questionado por toda a equipe, por ter sido rápido, meses antes de ser implantado. Havia uma equipe do sistema de prontuário eletrônico à disposição dos trabalhadores no hospital, no entanto, a capacidade de adaptação do sistema à realidade dos trabalhadores, segundo suas falas, era limitada.

Segundo os trabalhadores, foi prometido um tablet para cada trabalhador, para que pudessem inserir as informações no sistema de prontuário eletrônico, na medida em que fossem medindo os sinais vitais dos pacientes (temperatura, pressão e outros) e colhendo as informações solicitadas pelo sistema. No entanto, o *tablet* não veio. Essa diferença entre aquilo que foi planejado – um tablete para cada trabalhador – e o que de fato aconteceu - a necessidade dos trabalhadores inserirem os dados nos computadores - mudou a configuração dessa implantação de tecnologias drasticamente, principalmente para os técnicos que tiveram que fazer o trabalho duas vezes: anotar os sinais vitais em um papel e depois inseri-los no sistema pelo computador:

“ Tem que anotar os sinais vital desse, desse, desse e desse. Não vai lembrar... Você já vai ter que anotar. Se tem alguma coisa, um dreno, alguma coisa de diferente, você também já vai ter que anotar num papel, porque você também pode se confundir com um outro paciente. Então você já faz dois trabalhos. Você anota o que você tem num rascunho, ainda chega, senta lá no alert para passar tudo aquilo. Aí vem o médico dizer que não tem tempo, para procurar no alert o que você escreveu? Quer que você escreva no papel de novo? Ah me poupe.” (Técnica na entrevista coletiva).

Além da técnica estar questionando o fato do *moderno* sistema de prontuário eletrônico lhe requerer que repita um trabalho que anteriormente fazia de uma única vez, no antigo modo de papel, ela coloca em questão o quanto atores de diferentes categorias, com diferentes níveis de status dentro da organização, ainda poderiam induzir aqueles com menos status (os técnicos de enfermagem) a terem que refazer seu trabalho de registro dos sinais vitais pela terceira vez. Em

última instância, o que se coloca, para além de terem que fazer o registro dos sinais vitais uma, duas ou três vezes, em um contexto de trabalho bastante demandante, como foi descrito no capítulo seis, é o fato de suas condições de trabalho não serem objeto de conhecimento mais profundo na implantação de novas tecnologias. Estas, em suas palavras, não são compreendidas como para benefício de seus processos de trabalho, mas para propósitos que lhes são desconhecidos.

No andar pesquisado havia quatro computadores ao todo, sendo dois na sala dos médicos e dois no posto de enfermagem, usados por toda a equipe de enfermagem (composta por uma diarista, uma plantonista e de três e cinco técnicos, a depender do plantão) e ainda toda a equipe multiprofissional que estivesse no setor (nutricionista, assistente social, psicóloga e fisioterapeutas). Dessa forma, além do trabalho de ter que registrar duplamente os sinais vitais (na folha e no computador), se formavam filas para inserir as informações no sistema, que era tido por todos como um sistema lento e de difícil manejo, gerando até mesmo conflitos entre a equipe pelas disputas e dificuldades em relação ao uso dos computadores:

“Temos quatro computadores [no andar], não é? Temos quatro computadores, para serem usados. Para ser usado por todos os médicos. Todos os chefes...Todos os nutricionistas, todos os técnicos....todos os fisioterapeutas, e todos os técnico de enfermagem... E os enfermeiros.” (Técnica na entrevista coletiva).

“Muitas das vezes nós vamos embora sem passar os nossos pacientes para o alert, porque não tem computador para usarmos” (Técnica na entrevista coletiva).

“Mas sem falar que tem gerado sabe o que, também? Discórdia entre as pessoas. Entendeu? Brigas com relação a escrever no papel e não pode. Eu já presenciei brigas....discussão de

profissionais com relação a isso. Um cobrando do outro. Um se achando....mais alert do que o outro, entendeu? Mais alertado que o outro.” (Técnica na entrevista coletiva a respeito dos conflitos gerados na equipe pelo novo sistema).

Nesse caso, em um contexto em que nem todos conseguiam preencher o prontuário eletrônico, além de gerar mal-estar nas “*filas de espera*” para preenchimento dos dados no computador, por haver poucos computadores – somado ao fato de uns trabalhadores serem mais rápidos e outros mais lentos no preenchimento dos dados e no manejo do computador - havia quem se deixasse capturar pela identificação com a ideia da excelência naquilo que ela suscita de competição, de superação de si, mas principalmente do outro:

“A busca de excelência tem como fundamento o individualismo e rompe com os laços de cooperação e reconhecimento, essenciais para a construção da identidade e da saúde do trabalhador” (Soboll e Horst, 2013: 225).

Nesse caso a tecnologia entre no processo de trabalho como símbolo de *modernidade e eficiência*, a despeito de seu distanciamento da realidade de trabalho.

Na entrevista coletiva foi mencionada a cobrança gerada pela gestão para que, apesar das dificuldades relatadas, inserissem os registros de sinais vitais no sistema de prontuário eletrônico. Nas duas entrevistas coletivas, com trabalhadores diferentes, foi mencionado um episódio em que um determinado profissional, um dos representantes das hierarquia superiores da organização, veio ao setor no horário do almoço, quando metade da equipe de enfermagem, médicos e toda a equipe multiprofissional estavam almoçando e outra metade estava prestando cuidados diretos aos pacientes e, portanto, os dois computadores localizados no posto de enfermagem estavam sem utilização. Nas duas entrevistas coletivas foi mencionado que este profissional, ao ver os dois computadores do posto de enfermagem sem utilização na hora do almoço, manifestou

reprovação e afirmou que os computadores estariam ociosos, em contraposição às demandas da equipe sobre a falta de computadores e sobre as dificuldades com o sistema.

Esse episódio ratificou o forte sentimento de não reconhecimento por parte das altas hierarquias superiores, nesse caso representada por um determinado profissional, a respeito do *trabalho real* daquela equipe de enfermagem.

A respeito das dificuldades de reconhecimento do trabalho real por parte das altas hierarquias, Dejours (2008) no adverte, que ela se dá em função de alguns elementos. O primeiro deles é que o reconhecimento do trabalho real tornaria inevitável a constatação das falhas da ciência, da técnica e da organização do trabalho prescrito, tornando, assim, visível a indispensável contribuição dos trabalhadores para fazer funcionar os processos de trabalho. O segundo motivo seria o fato de que a possível constatação das imperfeições da organização prescrita do trabalho levaria a receios dos dirigentes, principalmente quando os processos de trabalho implicam riscos. Essa segunda barreira ao reconhecimento das contribuições e saberes dos *operadores* se configuraria como uma estratégia coletiva de defesa dos dirigentes. Não temos elementos aqui para fazer esta análise, na medida em que os dirigentes nem mesmo participaram do processo de pesquisa, mas reitero a afirmação de Dejours (2008) segundo a qual, geralmente, o reconhecimento é dado com muita parcimônia nas organizações, quando se trata dos dirigentes.

Traesel e Merlo (2012) mostram como em outra instituição hospitalar o sentimento da equipe de enfermagem é muito semelhante:

“Citou-se o reconhecimento da direção que, segundo os participantes, ocorre com pouca frequência. Apenas quando algo sai da rotina ou quando um erro é cometido, o trabalho é visto, mas, para ser criticado, seja pelos chefes, seja pelo médico.” (Traesel e Merlo, 2012: 302).

Essa semelhança entre os sentimentos de não reconhecimento da enfermagem no âmbito hospitalar em instituições diferentes tem, entre uma de suas raízes, o forte poder médico sobre o qual as demais categorias costumam orbitar nas organizações hospitalares. No âmbito da assistência oncológica, isso costuma se agravar, na medida em que o câncer é uma doença em que a intervenção médica tem um papel diferenciado, não só em relação a intervenções clínicas, mas também em relação à história de desenvolvimento da cura e dos tratamentos.

O sistema de prontuário eletrônico continuou a ser implantado, a despeito das insatisfações. No entanto, os trabalhadores referiram, nas duas entrevistas coletivas, que, quando os médicos começaram a ter dificuldades para acessar as informações sobre os sinais vitais no sistema de prontuário eletrônico e, então, solicitaram que *voltasse a folha azul* para o registro dos sinais vitais, foi ordenado que se voltassem com essas folhas, com o registro dos sinais vitais em prontuário de papel. Esse episódio intensificou o sentimento na equipe de enfermagem de falta de reconhecimento pelos dirigentes a respeito do trabalho real da enfermagem naquele setor, visto que a solicitação só foi atendida quando veio do corpo médico. Em meio a esse debate, durante a entrevista coletiva, que ocorreu em junho de dois mil e treze, uma das técnicas falou:

“A tecnologia não veio para beneficiar a gente. Não adianta. Veio o papel: ‘ Ah eu quero papel’. Vem lá de cima, vem o papel. Aí: ‘ Tira o papel’. Tiro o papel. Aí o médico reclama. Por quê? Porque assim como a gente perde o nosso tempo para digitar lá no alert ... Ele tem que perder o dele também olhando no alert o sinal vital que a gente colocou. Aí então, aí está em questão o médico não querer perder o tempo dele de olhar na internet, no computador os sinais que a gente botou. Então eu acho que a pressão toda maior de papel voltar, também é porque o médico não queria olhar no alert.” (Técnica na entrevista coletiva).

Nesse momento da entrevista coletiva, técnicos e técnicas que tinham mais facilidade com essa tecnologia afirmaram que, a partir desse episódio, fariam questão de inserir os dados no

prontuário eletrônico, apesar de toda a dificuldade, visto que o retorno do papel, da chamada *folha azul*, não havia se dado por uma percepção dos dirigentes a respeito das condições de trabalho de técnicos e enfermeiras, mas sim porque os médicos solicitaram. Portanto, o *retorno à folha azul* para que fossem inseridos os sinais vitais, por uma solicitação dos médicos, agravou o sentimento de invisibilidade, na medida em que a mesma solicitação vinda da enfermagem, como foi dito pelos trabalhadores na entrevista coletiva, não havia tido eco. O sentimento de não reconhecimento, assim, se desdobrou em resistências mais intensas:

“Ou seja, sinal vital meu no papel nunca mais vai ter. Se quiser ver o meu vai ter que olhar no alert. Porque eu não faço mais papel nunca mais na minha vida aqui, entendeu” (Técnica na entrevista coletiva).

“Papel voltar? Vai me enganar...! Pára de me enganar! Tentando me beneficiar, porque? Para não perder tempo no computador, se eu tenho que evoluir no alert?” (Técnica na entrevista coletiva).

A técnica se referia ao fato de que, a partir da solicitação dos médicos para que voltassem as *folhas azuis*²⁸, os técnicos continuavam a ter que fazer a evolução no sistema de prontuário eletrônico, a despeito das dificuldades apontadas – o que comprovaria que o retorno da folha azul não havia se dado por reconhecimento das dificuldades da equipe. Nesse sentido, os trabalhadores que se manifestaram a respeito do assunto na entrevista coletiva, se sentiam *enganados*, visto que as mudanças feitas eram alheias aos processos de trabalho e ao trabalho real da equipe - o que agravou ainda mais o sentimento de reconhecimento por parte da equipe.

²⁸ Para que estes pudessem acessar as informações sobre os sinais vitais no prontuário de papel

Esse caso retrata a oposição entre a ideia de *excelência* – representada pela idealização da tecnologia - versus insuficiência, não só de quantitativo de pessoal, mas de reconhecimento a respeito do *trabalho real* dos *operadores do cuidado*. O prontuário eletrônico, algo muito moderno, símbolo do desenvolvimento das tecnologias duras, desconectado da realidade e do cotidiano de trabalho chegou a ser ironizado na entrevista coletiva:

“Para completar, ainda teve uma coisa, não é? Assim, que eu achei até muito, não vou dizer, idiota, não é? Mas foi bem idiota. De nós aqui, nós sendo assim cotados para aprender, entrar no alert, usar o sistema aqui. Aí eu vou ali no alert e um paciente fazer um exame lá na unidade hospitalar I e ligarem para cá perguntando: ‘Cadê a evolução do paciente?’. ‘Ué, está no sistema’. ‘Ué, mas a gente aqui não tem o sistema’. Ou seja, é como se o paciente não tivesse sido evoluído, porque eles [a enfermagem da outra unidade hospitalar] queriam era a folhinha azul. Então, a instituição, ela não está preparada realmente, nem aqui e nem lá nas outras unidades, porque não existe o sistema lá.” (Técnica na entrevista coletiva).²⁹

Considerando os enormes benefícios que poderiam ser trazidos por um sistema de prontuário eletrônico - eles não podem ser em nenhuma hipótese descartados - é preciso considerar também que, nesse caso, a idealização da tecnologia - que, nessa situação, se corporifica na imagem de um *moderníssimo sistema de prontuário eletrônico*, mas que pode aparecer sobre outras roupagens – está distanciada não só do trabalho real daqueles que estão trabalhando na ponta com o cuidado, mas também da capacidade real da organização de gestar mudanças.

O problema, portanto, não é a implantação das tecnologias duras, com seus complexos processos de ajuste, mas o descolamento de uma tecnologia idealizada em detrimento de processos de trabalho reais e dos saberes fundamentais dos *operadores do cuidado* para que estas tecnologias, de fato, sirvam ao trabalho também daqueles que estão na ponta dos serviços. A forma como se deu essa implantação da tecnologia se desdobrou em sentimentos de falta de

²⁹ Importante ressaltar que esta discussão está localizada no tempo: a entrevista ocorreu em junho de 2013. Pode ter havido mudanças depois desse período, principalmente em relação à implantação do sistema em todas as unidades hospitalares.

reconhecimento sobre o trabalho real e, conseqüentemente, em resistências, que podem se manifestar como boicotes ou desinvestimento do trabalho. Um exemplo de boicote foram os técnicos que disseram se negar a voltar a escrever na *folha azul*, por considerarem que essa mudança não se deu em função de suas condições reais de trabalho, mas em função de demandas alheias a estas condições, o que, mais uma vez, agravou o sentimento de não reconhecimento.

Diante de episódios semelhantes, de mudanças nos processos de trabalho distanciadas das condições reais de trabalho no setor, nas duas entrevistas coletivas foram manifestados sentimentos de desinvestimento no trabalho, que podemos compreender como sistemas coletivos de defesa:

Técnica 2: *“Mas isso não é de uma maneira geral, não sei se por conta de hierarquia, sei lá o que. Não é? O quê que acontece. Mas assim, os funcionários que trabalham naquele setor, eles não são consultados para determinadas coisas, que a gente lida...”*

Técnica 5: *“Porque às vezes a pessoa está cansada. Você passa o tempo todo tentando, tentando, tentando, tentando. Você fala de um jeito, eu falo de outro, ou você tenta procurar o momento como diz, não é? Para entrar naquele assunto e tal. Aí você chega o momento que é você... Parece que cai a ficha. Você: ‘Quer saber? Não está ouvindo nem de uma maneira nem de outra’. Não tem, não existe o momento certo então para isso. Então vou deixar a coisa rolar. Não prejudicou a mim. Prejudicou a você? Não, não prejudicou? Então vamos deixar rolar até onde der.”*

Técnica 1: *“Mas isso, mas eu acho que isso só acontece depois também de muita paulada, você ficar muito tempo...”*

Técnica 4: *“Muito paulada... Porque não é você, hoje você pedir e não fazer e você se desestimular não. Você continua falando, falando, não é? Falando.... Para alguma coisa nesse sentido. Não é? Mas se ninguém te ouve. Às vezes o colega o colega ouve, mas também não pode fazer nada. Não é? Outro colega ouve, tem uma opinião, mas também aquilo não influencia. Você tenta acrescentar, aquilo não influencia. Então você vai desistido.”*

Chanlat (1992) afirma o vínculo do indivíduo com organização depende também do vínculo da organização com os sujeitos trabalhadores:

“Dito de outro modo: o interesse pela instituição, que se caracteriza nos indivíduos por lealdade, vinculação, participação, trabalho bem feito, não pode se desenvolver se ela mesma, a instituição, não se interessar pelas pessoas.”
(Chanlat, 1992: 72).

Para Dejours (2008), quando o direito do trabalhador de contribuir para a organização do trabalho é frustrado, ocorre uma desmobilização subjetiva para o trabalho:

“Mas essa mobilização subjetiva, por ‘espontânea’ que seja, não deixa de ser extremamente frágil: depende da dinâmica entre contribuição e retribuição. Em contrapartida à contribuição que leva à organização do trabalho, o indivíduo espera ser retribuído. E, antes mesmo de qualquer retribuição strictu sensu, espera, às vezes, apenas que suas iniciativas e vontades não sejam frustradas, em outros termos, que não seja considerado um ‘simples executante’ condenado à obediência e à passividade. Na ausência deste reconhecimento, sua tendência é desmobilizar-se. Geralmente o faz a contragosto, porque as conseqüências são graves para a saúde mental (...).” (Dejours, 2008 a: 73).

Dejours infere, portanto, que a mobilização subjetiva, assim como a cooperação no trabalho, não são passíveis de prescrição. Os gestores deveriam se preocupar com seu avesso: saber como proceder para não romper *a mobilização das inteligências e da personalidade*, que manifestam-se com força na maioria das pessoas saudáveis, a não ser quando são desativadas, quando desconsiderados os saberes e as contribuições dos trabalhadores para a organização do trabalho (Dejours, 2008 a).

O autor (Dejours , 1982), problematiza ainda o conceito de saúde, que, em suas perspectiva não seria um “*completo estado de bem estar físico, psíquico e social*”, idealizado e impossível de ser atingido, inclusive porque seria estático, em oposição aos movimentos da vida, que são dinâmicos e variáveis. Ele afirma que saúde mental difere de estado de “bem-estar psíquico”, mas coincide com possibilidade de manter vivo o desejo:

“A saúde mental não é certamente o bem estar psíquico. A saúde é quando ter esperança é permitido. Vê-se que isso faz mudar um pouco as coisas. O que faz as pessoas viverem é, antes de tudo, seu desejo”. (Dejours, 1982: 9).

Sendo assim, manter a possibilidade de mobilização para o trabalho dentro de uma organização está ligado não só a reconhecer as capacidades de contribuição dos trabalhadores, mas também seus desejos e esperanças. Uma trabalhadora falou na entrevista individual, na mesma direção:

“(...) que eu até já aprendi a ser assim, porque aqui não adianta você brigar, você discutir, você ser mal visto. Não adianta. Então ultimamente eu estou assim, eu vou trabalhar fazendo o que der para eu fazer.” (Técnica na entrevista individual).

O tema de “*não falar*” ou “*falar com jeito*” apareceu em diversas entrevistas, mostrando ainda um hiato entre trabalhadores da atenção e da gestão. Uma enfermeira fala isso de outra forma, afirmando que escolhe o momento de falar:

“Mas eu acho que o principal é você aguardar o momento, pra você poder falar. Que eu acho que o ser humano entende... entende por atitudes... Entende, mas muitas vezes eu vejo que é... entende mais quando você... é mais claro pro outro quando você fala. Mas era uma situação... essa situação que aconteceu, eu esperei o momento, quando... que eu acho que quando você for precipitado, se você falar assim fora de hora, se não souber falar, aí eu acho que aquilo acaba se revertendo de uma outra forma, não é? Até negativa contra você.” (Enfemeira na entrevista individual).

Nesse caso, a enfermeira está falando que não se priva de colocar seu ponto de vista, mas que procura ter todo o cuidado, escolher o momento certo, porque *“aquilo pode se reverter de uma outra forma”*, isto é, para tratar de problemas é preciso ter todo o zelo para que a questão não se reverta para o âmbito pessoal.

Desta forma, a distancia entre os planejamentos da gestão e o conhecimento dos trabalhadores a respeito do trabalho real pode gerar desmobilização subjetiva para o trabalho, seja na forma de deixar de contribuir (*“não falo mais”*), seja na forma de boicotes (*“registro meu na folha azul nunca mais vai ver”*). O desinvestimento no trabalho não se faz sem custos para a saúde mental. Lima (2013) adverte que atual cenário de trabalho, por meio das estratégias adotadas pelas abordagens ditas de qualidade, pela concorrência, pelo individualismo, tende a fragilizar os sentimentos de confiança e cooperação:

“Como afirma Dejours (2007), o individualismo é resultado de todo um processo de decepção e desesperança, especialmente pela desesperança de não ser ouvido e nem reconhecido” (Lima, 2013: 354).

A tecnologia implantada sem uma avaliação profunda a respeito do trabalho real pode gerar problemas para os trabalhadores que operam o cuidado, mas também dificuldades de implementar as modernizações necessárias aos processos de trabalho:

“Oferecer um espaço de escuta e discussão do trabalho passaria inevitavelmente pela análise da discrepância entre trabalho prescrito e real, uma vez que o enfrentamento desta discrepância é fonte de sofrimento (Karam, 2007). São gerados novos entendimentos sobre a forma como o trabalho é avaliado quando o tema é posto em debate. É inevitável uma adaptação no sistema quando se insere a opinião do avaliado. Esse debate todo tem, segundo Daranty (2010), uma finalidade normativa, de estabelecer ou alterar o prescrito. Avaliar o trabalho é uma oportunidade para alterá-lo, para cumprir com a finalidade política última do trabalho, que é uma finalidade cultural, de se alterar a maneira como vivemos. Avaliar o trabalho não pode ser uma burocracia com objetivos de gestão. Avaliar o trabalho é desvelar o trabalho invisível, reconhecer o real do trabalho. A avaliação está ligada à valorização”. (Anjos, 2012: 66).

Meses depois de terminado o trabalho de campo, uma das enfermeiras entrevistadas me contou que a equipe passou a sofrer menos com a implantação do sistema de prontuário eletrônico, pois tanto as enfermeiras quanto as técnicas e técnicos fizeram uma espécie de *evolução padrão* no bloco de notas do computador, de forma que não precisariam mais digitar toda a evolução, mas fazer “*uma espécie de copia e cola*”, inserindo apenas os dados que se modificavam de paciente para paciente. Dessa forma usaram sua *métis* a favor de minimizarem o esforço, a serviço também da cooperação, visto que foi um pequeno grupo que criou essa *evolução padrão* para o resto da equipe, adaptando a tecnologia às suas condições e à sua realidade de trabalho.

As *modernizações* e *melhorias* distanciadas do *trabalho real* apareceram em outros episódios. Durante a entrevista coletiva, foi levantada a discussão a respeito de uma obra, para construir uma enfermaria de isolamento, que havia sido iniciada sem um parecer técnico da enfermagem. A porta da enfermaria não teria visor, o que significava que a enfermagem teria que se encapotar toda vez que quisesse ver o paciente em isolamento:

Técnica 1: *“Se é uma sala de isolamento, nada mais natural que ter um visor pelo menos, já antes da gente entrar na ante sala, para ver o paciente. Você não precisa se encapotar toda para entrar. Se você dá, daqui dá para olhar, se o soro está terminando, você não precisa se encapotar toda para entrar para ver se o soro está...”*

Além disso, havia tranca na porta, o que era considerado pelas enfermeiras e técnicas algo inapropriado, pois o paciente poderia ficar trancado no banheiro. Ou seja, o conhecimento da equipe de enfermagem sobre seu o trabalho real, nesse caso, passou ao largo da obra de uma enfermaria, como se os saberes dos *operadores do cuidado* não fossem fundamentais para que os processos de *modernização e melhorias* tivessem conexão com os processos de trabalho:

Técnica 1: *“Uma tranca que não devia ter, porque se o paciente é um paciente, ou que vai ficar com o acompanhante, por quê que tem que ter uma tranca no lado de dentro no banheiro? ‘Como é que você entra? Ah, tem uma chave que vai ficar ali exposta. Gente não é isso! Não é ter uma chave ?É não deixar acontecer.”*

Técnica 2: *“Agora eu te pergunto. Quem que deu o parecer técnico de enfermagem para fazer aquela enfermaria? Não teve. Não teve.”*

Técnica 1: *“Então essa é uma questão que eu falo. Eu agora estou trabalhando lá em outra instituição. Para você colocar um álcool na parede, tem que ter um parecer técnico de enfermagem. A enfermeira tem que dar autorização...”*

A equipe de enfermagem faz referência, assim, ao baixo prestígio da categoria dentro da instituição, principalmente daqueles que estão na linha de frente, que são os *operadores do cuidado*, o que não é tido por eles como uma regra em todas as organizações:

Técnica 3: “*Aqui, o cara está lá, monta a obra lá, ih vai começar a obra. A gente... O pessoal não sabe nem que vai ter obra. Entendeu?*”.

Enfermeira 4: “*Tanto é que umas das coisas quando a gente chamou a equipe lá na manutenção, disseram...o cara falou assim: ‘ Mas, ué, por quê que ninguém falou antes?’ Mas na verdade ninguém tinha chamado não é? Porque quando eu cheguei ali isso já estava acontecendo. Nem sei quando começou...*”

Técnica 2: “*Por que? Montaram, montaram o isolamento, não é? Por que? Por montar um isolamento sem uma avaliação de um enfermeiro, que deveria estar ali.*”

Enfermeira 4: “*Não. Mas não só do enfermeiro. Eu acho que a equipe também...*”

Quando uma técnica e uma enfermeira viram como a obra estava sendo levada a cabo, interferiram, de forma a modificá-la e adaptá-la para as condições reais de trabalho e de cuidado. Nesse momento da entrevista coletiva houve uma ampla discussão de como e porque conseguiram interferir em uma mudança que já estava em curso, de forma a facilitar seus processos de trabalho:

“(...) se tivesse funcionado ali, já tivesse começado a funcionar do jeito que estava... Mas aí a gente teve uma ideia: ‘talvez isso poderia...’ Aí ficar assim, reclamando, reclamando, reclamando... E de repente, falar: ‘poxa, isso aqui tem que ser mudado’. Então assim, foi porque a gente se deu essa oportunidade... E tipo assim, eu sou da enfermagem a lidar diretamente com o paciente, então eu estava assim, eu foquei o que eu achei que era prático não é? E funcional para nós... Quem trabalha no mesmo andar, não é? Não foi só para mim. Foi para o colega, que eu sei que de repente o colega: ‘pô isso aqui ficou legal porque’...” (Enfermeira na entrevista coletiva).

Eu perguntei para os trabalhadores na entrevista coletiva, nesse momento: *“O que é que, nessa situação, facilitou que vocês fossem ouvidos? Porque vocês têm me contado de processos em que vocês não têm sido ouvidos. O quê que nessa situação foi o facilitador para que vocês fossem ouvidos?”*.

Enfermeira: *“Chamei a Maria [enfermeira plantonista] e a Joana [técnica de enfermagem]³⁰. Foi eu que... Partiu de mim, entendeu? De falar assim: ‘Poxa, aquela enfermagem tem algumas coisas que precisam ser modificadas, para, eu entendo assim, que a gente é uma equipe’, entendeu? Eu acho assim, que de repente... um olhar diferente. Então eu chamei a Maria, como a enfermeira plantonista e chamei a Joana, como técnica ali, para me ajudar para olhar. Eu acho que de repente essa sensibilidade que eu tive naquele momento....”*

Enfermeira: *“A gente foi falar, nos atenderam....”*

Técnica *“Nos atendeu. Então tudo uma questão da gente...”*

³⁰ Nomes fictícios

Dessa forma, a equipe de enfermagem fez referência também aos espaços e brechas que podem e foram abertos, às possibilidades de diálogo e de escuta entre trabalhadores da atenção e da gestão.

Nesse momento da entrevista coletiva técnicos, técnicas e enfermeiras discutiram a respeito dos benefícios que poderiam advir de reuniões periódicas para discussão da conexão das mudanças e melhorias atreladas à realidade dos processos de trabalho:

Técnica 3: *“Seria bom, entendeu? De fazer: ‘ah eu vou reunir o pessoal lá e saber o quê que está acontecendo, se tem alguma, uma demanda nova e tal, para poder mudar..ou minimizar’, entendeu? Você chamou dois técnicos e você conseguiu minimizar uma coisa. Ou resolver, entendeu? Então eu penso que muita coisa acontece naquele plantão lá por falta de comunicação. Uma comunicação efetiva.”* (Técnica na entrevista coletiva).

Técnica 4: *“...efetiva, tá? Tem que acontecer isso aí. Entre técnicos, plantonista, diaristas e supervisão. Junto, porque não adianta simplesmente...”* .

Técnica 5: *“Exatamente. Porque assim, juntos a gente vai lá não é? E senta com a pessoa certa.”*

Técnica 3: *A [enfermeira] diarista já vem de lá de cima, das reuniões, com o que tem que ser feito e pronto e acabou. Não tem opinião de A, nem de B. Você vê com, aí com esse exemplo da enfermaria [da obra], você pôde ver como é importante a opinião de mais uma pessoa.*

Enfermeira 3: “ *E a gente, não é? Que pudesse conversar abertamente assim essa... Muitas coisas poderiam ser minimizadas. E o quê que ia acontecer? E a união seria muito maior. Bom eu penso, não é? De repente posso até estar errada, mas*”.

Técnica 1: “*Se fosse consultada a equipe, eu acho que seria importante.*” (Técnica na entrevista coletiva).

No segundo semestre de dois mil e treze houve uma reunião geral para discutir a respeito da manutenção ou não das APHs (Adicional de Plantão Hospitalar), cuja permanência implica em mais trabalho, mas também em um quantitativo maior de trabalhadores por plantão, assim como em uma remuneração maior para aqueles que se dispusessem a fazer as APHs. Dessa forma, os gestores conseguiram compartilhar o complexo debate sobre este adicional com os trabalhadores.

Da mesma forma, o espaço de discussão aberto para as entrevistas coletivas realizadas para esta pesquisa foi possibilitado porque representantes das hierarquias superiores concordaram em marcar uma complementação de plantão (CP) com toda a equipe em único dia, de forma que durante o período da manhã, metade da equipe, nove trabalhadores e trabalhadoras, pudessem ficar comigo em uma sala isolada onde se deu a entrevista e a outra metade pudesse ficar dedicada aos cuidados aos pacientes. No período da tarde, a situação se inverteu: a equipe que tinha participado da entrevista trabalharia e a outra metade da equipe participaria da entrevista. Sem que as hierarquias superiores - nesse caso, representadas pelas figuras da supervisora e da chefe de internação – tivessem feito essa mudança na escala e dedicado uma complementação de plantão às entrevistas coletivas e, portanto, ao trabalho da pesquisa, não haveria o debate coletivo por parte dos trabalhadores acerca desses temas, o que nos mostra, que as relações e os movimentos dentro das organizações não são monolíticos nem cristalizados.

A equipe, a partir das discussões nas entrevistas coletivas, ocorridas em junho de dois mil e treze, expôs uma demanda por espaços de diálogo, que, em última instância poderiam se reverter em espaços de produção de reconhecimento sobre o *real do trabalho* e o *trabalho real*.

Esses episódios foram relatados e debatidos nas entrevistas coletivas e remetem a uma gestão que precisa incorporar o saber dos operadores do cuidado, torná-los visíveis, ainda que parcialmente visíveis (visto que não é possível idealizar uma visibilidade completa sobre o trabalho real) para melhor gerir os processos de trabalho. Por outro lado, aponta também para trabalhadores com uma demanda muito clara de escuta e reconhecimento a respeito de seu trabalho real, o que, se não for feito, tende a aprofundar os sentimentos de falta de reconhecimento e a desmobilização para o trabalho.

As discussões travadas entre os trabalhadores nas entrevistas coletivas apontam para a necessidade de debates coletivos sobre os processos de trabalho, reuniões de equipe do andar, com técnicos, enfermeiras, supervisores e chefia geral, feitas de forma periódicas, para discussões abertas a respeito dos problemas e possibilidades de transformação do trabalho no andar. Tal como nos demonstra o episódio da obra da enfermaria – em que os trabalhadores interferiram de forma a facilitar seu processo de trabalho futuro – e o episódio do prontuário eletrônico – em que fizeram o papel dos programadores de computador e criaram um *modelo de evolução* para ser inserido no sistema e facilitar o trabalho – as discussões coletivas podem propiciar melhoria real dos processos de trabalho, além de criar um espaço de reconhecimento entre pares e hierarquias, na medida em que as discussões podem trazer as contribuições singulares de cada trabalhador para a organização do trabalho.

Na equipe pesquisada por Traesel e Merlo, os pesquisadores detectaram o mesmo tipo de demanda:

“É expressa, ainda, a necessidade de manter o processo de falar e ouvir, dar continuidade a este espaço de comunicação. Considera-se que existe forte demanda para tal, além de possibilidade de abertura da organização para este trabalho e, embora se preocupem com as intercorrências, que podem impedir a

sua participação, evidenciam o desejo de ativar um espaço constante de discussão, tal como aberto durante a pesquisa”. (Traesel e Merlo, 2012:306).

Essa demanda de espaços de fala e discussão dos processos de trabalho, em que sejam considerados os saberes sobre os *operadores do cuidado* a respeito do trabalho real é, em última instância, uma demanda por reconhecimento, via régia de transformação do sofrimento em prazer no trabalho:

“Testemunhar a experiência do trabalhador, tornar visíveis as descobertas de sua inteligência e de seu saber-fazer é o meio de se obter o reconhecimento dos outros. Para esperar o reconhecimento, é preciso antes vencer o obstáculo da invisibilidade do trabalho. É quando o trabalho acede à visibilidade que o reconhecimento se torna possível.” (Lima, 2013: 352).

9. Dinâmica do Reconhecimento: o pouco suficiente

Algumas pesquisas (Traesel e Merlo, 2012; Pires *et. al.*, 2004) apontam as dificuldades de reconhecimento do trabalho da enfermagem no âmbito das organizações hospitalares. Tal fato se deve a diversos motivos já citados nesta tese, como a história da enfermagem e seu lugar diante do poder médico e dentro das organizações hospitalares de modo geral, a invisibilidade dos trabalhos de cuidado e a carência de espaços de palavra - via pela qual *o trabalho real e o real do trabalho* (Dejours, 2012 a; 2012 b) podem ganhar alguma visibilidade.

Portanto, os achados do capítulo anterior, que apontam para uma demanda de reconhecimento por parte da equipe de enfermagem em relação aos gestores, não se constituem como novidade, apenas apontam uma dinâmica que parece comum nas organizações hospitalares, ainda que muito agravada pelo discurso de excelência dominante na instituição estudada. Trata-se de um discurso de excelência voltado para resultados e desempenho, mas que raramente focaliza a organização do trabalho, a saúde dos trabalhadores e a possibilidade de contribuição dos mesmos para as transformações necessárias na organização do trabalho.

Para a Psicodinâmica do Trabalho, é a dinâmica do reconhecimento não só que possibilita a passagem do sofrimento ao prazer no trabalho, mas que é capaz de manter a mobilização subjetiva para o trabalho. A partir de sua contribuição singular para a organização do trabalho, o trabalhador recebe ou não uma retribuição, que é de natureza simbólica, o reconhecimento. Este pode vir das hierarquias superiores, que passa por um julgamento: o de utilidade. Ou pode vir de seus pares: o julgamento de estética. (Dejours, 2008). Dejours o chama assim porque, na medida em que só os pares conhecem tão minuciosamente o trabalho, estes podem proferir um julgamento mais preciso, que percebe as nuances mais finas da contribuição singular de cada trabalhador.

A partir do reconhecimento da contribuição de cada trabalhador para a organização do trabalho, tanto por parte das hierarquias superiores como dos pares, se torna possível a cooperação e a mobilização subjetiva para o trabalho:

“A cooperação passa pela palavra subjetiva dos trabalhadores de contribuir, a partir do uso de sua inteligência no trabalho para os esforços de elaboração e participação no debate das opiniões sobre o trabalhar. Mobilização esta que depende da dinâmica entre contribuição e retribuição. A retribuição sustenta a contribuição e, por outro lado, a falta de retribuição conduz à desmobilização”. (Lima, 2013: 352).

A pesquisa de campo apontou para um grau de desmobilização, no que diz respeito à relação entre os trabalhadores e trabalhadoras e os dirigentes, principalmente nos gestos de *deixar de falar*, deixar de se manifestar em relação às mudanças sempre necessárias para ajustes na organização do trabalho. Essa desmobilização foi se engendrando entre a equipe, na medida em que os saberes dos trabalhadores diretamente envolvidos com o cuidado ao paciente não foram incorporados nos processos de mudança, planejamento e gestão, como foi o caso da implantação do sistema de prontuário eletrônico, relatado no capítulo anterior.

Todavia, foi o reconhecimento vindo dos usuários do serviço que se mostrou como grande mobilizador desses trabalhadores para suas atividades de cuidado, tipo de reconhecimento pouco trabalhado na obra de Dejours, que ele iguala ao julgamento de utilidade:

“É possível distinguir os diferentes tipos de julgamentos enquadrados como reconhecimento: o julgamento de utilidade, proferido essencialmente pelo outro na linha vertical, ou seja pelos superiores hierárquicos e os subordinados, eventualmente pelos clientes; e o julgamento de estética, proferido essencialmente na linha horizontal,

proferido essencialmente pelos pares, pelos colegas, pelos membros da equipe, ou da comunidade.” (Dejours, 2008 a: 75).

Talvez Dejours (2008) não tenha dado tanto ênfase ao reconhecimento *pelos clientes* por não estar tratando nessa obra de trabalhadores da saúde e, mais especificamente, de trabalhadores da assistência oncológica, que lidam direta e intensamente com a vida e a morte.

Durante as observações participantes, as entrevistas individuais e as entrevistas coletivas, presenciei e ouvi diversos episódios de sentimento de gratificação que vinham, na maior parte das vezes, da relação com o paciente. O reconhecimento dos pacientes, expresso como gratidão, se mostrou como uma retribuição simbólica com fortes efeitos sobre a mobilização para o trabalho. Nas entrevistas individuais essa fala vinha quando eu perguntava se havia algo gratificante no trabalho:

“Eu acho que ser reconhecido não é? Quando paciente te agradece. Alguém nota algo que você fez, entendeu? Acho que isso é gratificante não é? Você se sente gratificado... Eu me sinto gratificada entendeu? Quando paciente vai embora e fala, agradece os cuidados e tudo mais, eu acho que isso é gratificante. Mais o reconhecimento do paciente, familiares, não é? Eu acho...”
(Técnica na entrevista individual).

O sentimento de prazer e gratificação vem não somente pela gratidão do paciente, mas também porque esse agradecimento do paciente transmite a sensação de que trabalho realizado *nas doze horas* de plantão, “*surtiu*” alguma coisa, é percebido por um outro como algo de valor, teve efeito para aquele que recebeu o cuidado:

"Existem muitos pacientes, muito agradecidos, entendeu? Têm pacientes que realmente é uma grandeza muito grande do habitual! Agradece por qualquer coisa que você faz. Então eu fico muito feliz. Não só por receber um obrigado de uma pessoa, mas saber que o que eu fiz ao decorrer dessas doze horas surtiu alguma coisa." (Técnica na entrevista individual).

"Acho que essa troca mesmo com os pacientes, o carinho sabe? Você vê que você fez diferença ali, sabe? Que um conforto que você dê para o paciente faz diferença. Hoje, por exemplo, eu estava dando banho no seu José³¹, não é? Seu José entrou aqui falando, bem não é? Só com um lado um pouco paralisado. Agora ele está mal, teve outro AVC assim, coisa de uma semana, ele caiu, não está nem mais falando não é? Mas o fato da gente conhecer o paciente, saber o que ele gosta, como ele gosta que a gente faça as coisas, mesmo ele não estando falando, sabe? A gente... Saber que eu vou fazer bem aquilo. Trazer um bem estar para ele, me fez bem assim: 'Ah seu José, gosta... Eu sei que o senhor gosta de ficar assim sabe? Está bom?'" (Técnica na entrevista individual).

As falas de técnicas, técnicos e enfermeiras apontam não somente para o prazer de receber o retorno simbólico de seu investimento no trabalho na forma de reconhecimento e gratidão por parte dos pacientes, mas também para o prazer de, a despeito de todos os constrangimentos impostos pelo *real do trabalho*, de sentirem que conseguem agir sobre a realidade e transformá-la de algum modo. A possibilidade de fazer algo que transforme a realidade se dá não pelo desejo onipotente de driblar a morte, como talvez aconteça com outras categorias profissionais, mas, principalmente, pelos gestos de proporcionar conforto:

"Aí essa troca mesmo, de saber que eu fiz bem, que sabe? Fiz o melhor ali, de vê que a pessoa... Não é nem o fato de ser agradecida não. Porque às vezes é... Já ganhei presente já e tudo mais."

³¹ Nome fictício

Mas não é isso não. Acho que é saber que você está fazendo diferença ali na vida da pessoa sabe? Porque a situação dela não vai mudar. Não é? Mas você pode dar um pouco mais de conforto. Aí isso para mim é gratificante. Eu sinto que eu estou fazendo meu trabalho não é? Estudei para aquilo e estou fazendo aquilo bem, como deve ser feito.” (Técnico na entrevista individual).

Essa gratificação resulta em mobilização para permanecer naquele andar, que é considerado o setor física e emocionalmente mais pesado do hospital:

“É gratificante ver o retorno da sua... Do seu cuidado vendo mudar o paciente. Entendeu? O retorno do seu cuidado vendo a melhora do paciente, vendo o sorriso do paciente, vendo o paciente lá no ambulatório sorrindo para você e fazendo assim[faz gesto de ok] . Aí vale a pena, não é? Não valeu a pena? Valeu a pena. O ruim é quando a gente faz, faz, faz e não, não vê nada. Aí é triste. Mas sempre vale. Você sempre vai ver alguma coisa. Eu já vi, já tive muitos retornos, muitos retornos, pessoais. E até enquanto enfermeira também ao longo dessa história e aqui nesse andar também. Isso me motiva ficar mais um pouco. Não sei até quando.” (Enfermeira na entrevista individual).

A possibilidade de ver os pacientes bem após uma internação é igualmente sentida como um evento quase milagroso, tal como ver um paciente que passou por uma hemipelvectomia³² subir uma escada de muletas, após três meses de internação, evento que traz o retorno do investimento afetivo no trabalho. Além disso, o paciente que retorna ao andar de internação para ver a equipe, mesmo indo ao hospital somente para ir ao ambulatório, é sentido como um gesto de consideração e profundo reconhecimento:

³² Cirurgia em que é retirada metade da pélvis e seu membro inferior correspondente.

“Assim, igual hoje, por exemplo, veio um paciente nosso, ele fez uma hemipelvectomy, uma cirurgia...Então. Hoje ele veio. Já não conseguia nem sair da cama direito, hoje ele veio de maquina aí, deve ter subido até a escada com muleta. Veio com a muleta aí batendo papo com a gente. Entendeu? Isso é uma coisa gratificante. Ele fez uma hemipelvectomy, uma cirurgia mutilante. Pôxa, perde da metade para cá de um lado ele perde [mostra a cintura]. Da cintura de um lado até o pé inteiro é perdido. É uma sutura muito... É uma cirurgia mutilante. Ele ficou quase três meses internado aí, foi embora para casa e o cara está bem. Veio, bateu o maior papo com a gente aí, veio com a muletinha. Ele não conseguia nem sair da cama, não tinha força. Agora já veio andando de muleta, tranquilo, sozinho de muleta. Entendeu? Isso é gratificante. Ainda falei: ‘quando você for embora, quando você vier aí no ambulatório o senhor volta aqui. Aí ele voltou. Toda vez que ele vem, ele volta, bate papo com a gente, conversa com a gente. Isso é legal’” (Técnico na entrevista individual).

O sentimento produzido por ver pacientes que *“ficam bem, pelo menos por um tempo”* também é fonte de prazer e reconhecimento no trabalho. O fato de alguns pacientes *ficarem bem por um tempo*, permite que esses trabalhadores e trabalhadoras desfrutem dos frutos visíveis de seu trabalho de cuidado. Alguns pacientes adolescentes solicitavam para membros da equipe de enfermagem que os adicionassem nas redes sociais e, assim, mantinham contato, de forma a acompanhar o estado e a vida depois da internação:

“Mas tem paciente que sai, vai fica bem um tempão. A gente teve uma paciente, que ela amputou a perna, uma garota de dezoito anos, que fez dezenove anos com a gente. Nós fizemos a festa dela de dezenove anos. E ela foi e está bem. Vai fazer um ano e está bem. Sabe? Tivemos duas pacientes, não é? E elas estão bem. Eu falo sempre com elas e estão bem. Então isso é gratificante para a gente. A gente não sabe até quando, mas assim, a gente torce para que fiquem bem e que não volte... que elas vivam a vida delas bem. Então isso é gratificante não é?” (Técnica na entrevista individual).

Na entrevista coletiva, em que trechos selecionados de falas das entrevistas individuais foram trazidos para debates, o seguinte trecho foi discutido pelo grupo:

“E uma, um simples sorriso de um paciente para mim, eu acho que já é o suficiente. Sabe? Às vezes eles... Têm pacientes que vão embora, vão muito agradecidos. Volta trás uma bala para a gente. Eles têm a preocupação de dar uma bala, ou um... Qualquer besteirinha. Mas ele, você vê que tem a preocupação. Que eles gostam da assistência que eles recebem. Então assim, isso para mim é o suficiente.”(Enfermeira na entrevista individual).

A partir desse trecho, técnicas, técnicos e enfermeiros debateram sobre o sentimento de gratificação proporcionado por estes momentos que, segundo todos presentes, é mais significativo que o reconhecimento vindo das hierarquias superiores:

Enfermeira 2 – *É com isso [o reconhecimento dos pacientes] que a gente fica, não é, Liana?*

Técnica 1: *É!*

Técnica 2: *O paciente sorri....Nossa!!! A gente ainda nem pensa nessa organização, o paciente sorri, já....*

Técnica 5: *Tem que pelo menos acreditar no paciente, não é?*

Técnica 2: *Uma bala então, nossa! (falam juntas)*

Enfermeira 1: *Um agradecimento deles...*

Técnica 5: *Quando você troca uma fralda, ou acaba de dar um banho e você, não é? Aquele muito obrigado, já é...*

Técnica 3: *Que é sua obrigação fazer, mas você vê que aquilo é...*

Técnica 5: *É de coração, não é?*

Técnica 3: *...é de coração, nossa! É muito gratificante realmente, não é?*

Técnica 2: *É até mais do que se fosse o chefe falando.*

Técnica 3: *Muito mais. Mais. Porque ele está na condição de...*

Técnica 1: *E às vezes até quando você... O paciente não está mais internado, que você desce aqui, vai na cantina, como já aconteceu várias vezes o paciente te vê: 'Fulana! Fulana!' E aí te vê, vem te dá aquele abraço? Assim....*

Enfermeira 2: *Ou vem aqui e vai lá em cima não é? (falam juntas)*

Técnica 1: *Às vezes você não... Até não... Esqueceu o nome. Você não lembra. De tantos pacientes, não é? Você não lembra. Daqui a pouco você para assim, passa aqui, ele te dando um abraço, você lembra? 'Eu fiquei internado naquela enfermaria tal, tal, tal e você falou isso, isso assim, assim para mim'. Cara! Eu não sei... Ah eu lembro... É um abraço, é um beijo. Às vezes te pega assim de repente. Ou então quando está saindo...*

Enfermeira 2: *É muito delicioso.*

Esse debate entre os trabalhadores traz alguns elementos para serem analisados. O primeiro deles é o que provém da fala “*É com isso que a gente fica, não é, Liana?*”. A enfermeira diz que a gratidão, a troca com os pacientes e a satisfação deles *é o que fica*, o que lhes pertence, o que permanece como bem, como retribuição que mobiliza para o trabalho.

A fala da técnica 2 “*O paciente sorri...Nossa!!! A gente ainda nem pensa nessa organização*”, indicando que essa retribuição simbólica vinda do paciente pode ser capaz de, em alguns momentos, superar os constrangimentos organizacionais e o sofrimento no trabalho.

As fala da técnicas 3, “*Tem que pelo menos acreditar no paciente, não é?*” indica a credibilidade da avaliação dos pacientes e repercussão dessa avaliação para elas. Da mesma forma, quando a técnica 5 diz que o reconhecimento do paciente vale muito mais que o reconhecimento da chefia porque ele está na condição de avaliar melhor, conforme o seguimento da entrevista: “*Muito mais. Mais. Porque ele está na condição de...*”

As técnicas 1 e 2 falam dos momentos em que os pacientes retornam ao hospital e as procuram, mesmo que elas não lembrem mais, dão “*um abraço, um beijo*, rememoram o cuidado e as conversas travadas, revelando as marcas deixadas pelo trabalho, as marcas deixadas pelo seu

saber-fazer discretos, invisíveis para a gestão, mas registradas no encontro intersubjetivo entre trabalhador e usuário.

E, por fim, a enfermeira 2 fala “*é muito delicioso*”, expressão máxima do prazer e da gratificação, mostrando o poder dessa relação entre trabalhador e usuário, no caso entre enfermagem e pacientes, ainda que limitadas aos constrangimentos organizacionais.

Era freqüente que técnicas, técnicos e enfermeiras contassem de episódios em que, mesmo privados de condições, os pacientes queriam oferecer uma bala, um guaraná, um abraço ou um beijo como símbolo de sua gratidão. Na entrevista coletiva, uma técnica contou um desses episódios em que um dos pacientes, ao invés de trazer algo, perguntou o que elas queriam, o que desejavam, pergunta a qual a técnica respondeu como seu desejo mais legítimo naquele momento:

“João Maurício³³... aí quando já estava próximo dele receber alta, ele falou assim: ‘eu vou voltar aqui, vou trazer um presente para vocês. Era um negócio de loteria, alguma coisa assim? ‘Ih vai nada. Isso aí é conversa e tal’. Eu ele falou assim: ‘Não, fala para mim o que vocês querem. Pode falar’. Estava eu, Maria³⁴ e tinha mais uma outra pessoa. Eu falei assim: ‘Sabe qual é o melhor presente que você pode dar para gente?’ Ele falou: ‘Pode falar. É sério mesmo. Se eu ganhar eu vou... Eu venho aqui e dou, porque vocês merecem.’ Ele ainda falou assim: ‘vocês merecem, vocês trabalham muito’. Aí eu falei assim, faz uma oração para a gente. A colega que estava do lado me olhou, tipo assim, poxa, essa maluca está doida? Eu: ‘Faz uma oração para a gente. Você vai a igreja, não vai? Pede a Deus para dar saúde, para dar boa vontade, para dar ânimo para a gente não é? A gente ir lá pegar você bacana e jogar na cadeira. Ele começou a rir. Aí ele já estava indo para o banheiro tomar banho na cadeira, eu falei: ‘Pede a Deus para que dê saúde para a gente, porque é um presente mais precioso que você pode dar

³³ Nome fictício de paciente

³⁴ Nome fictício

para gente é isso'. Então é isso que realmente que é gratificante, não é?' (Técnica na entrevista coletiva).

O reconhecimento, em um primeiro momento, refere-se ao registro do fazer, do trabalho e, como um desdobramento mais profundo, refere-se ao registro do ser, da identidade: é por meio de um outro, que confere sentido ao fazer, que se registra também a identidade e o pertencimento no mundo social por meio do trabalho. Dejours (2008) afirma a respeito dos diferentes tipos de reconhecimento e sobre seus desdobramentos:

“Estes diferentes julgamentos tem em comum uma particularidade: tratam do trabalho realizado, ou seja, sobre o fazer e não sobre a pessoa. Mas, em contrapartida, o reconhecimento da qualidade do trabalho realizado pode inscrever-se na esfera da personalidade, em termos de ganho no registro da identidade. Em outras palavras, a retribuição simbólica conferida por reconhecimento pode ganhar sentido em relação às expectativas subjetivas e à realização de si mesmo.” (Dejours, 2008 a:75).

Dessa forma, a transformação subjetiva a partir desta dinâmica entre contribuição e retribuição simbólica que se dão no universo do trabalho, apareceram em muitas falas, desde as conversas informais no posto de enfermagem ou no quartinho de descanso até em diálogos nas entrevistas coletivas.

9.1. Aprender e Viver, Aprender a Viver: o sentido do trabalho

Técnicas, técnicos e enfermeiras, apesar da intensidade e ritmo, dos sofrimentos vivenciados no trabalho, citavam a riqueza das batalhas travadas no universo laboral para seu crescimento humano. Essas falas não se enquadram nos discursos manipulatórios sobre auto superação, que

tentam justificar as fontes de sofrimento no trabalho como motores para o crescimento individual, banalizando e naturalizando as iniquidades possíveis de serem transformadas. Não se tratava disso, mas de experiências genuínas de transformação de percepções subjetivas do mundo e da vida a partir do trabalho.

A retribuição simbólica vinda dos pacientes, não só transformava parte do sofrimento em prazer no trabalho, mas também atribuía sentido ao esforço empenhado nos atos de cuidar e de compatibilizar diversas tarefas. Para Dejours (2008), a retribuição simbólica na forma de reconhecimento confere sentido ao trabalho:

“A retribuição simbólica acordada pelo reconhecimento provém da produção de sentido que ela confere à vivência do trabalho. O sentido que dá acesso ao reconhecimento é do sofrimento no trabalho e, como vimos, este é proveniente e consubstanciado em toda situação laboral, pois representa, antes de tudo, encontrar-se diante do conjunto de constrangimentos sistêmicos e técnicos.” (Dejours, 2008 a: 76).

Diante do conjunto dos diversos fatores que se constituíam como fonte de sofrimento no trabalho - tais como o sofrimento próprio do trabalho em oncologia, em que se inclui o contato constante com a morte, com a perda; os constrangimentos organizacionais, as contradições na organização prescrita do trabalho – havia ainda, e com intensidade, o que lhes fizesse permanecer e sentir prazer:

“Aí as pessoas falavam assim: mas porque quê você gostou tanto da oncologia, se a oncologia é tanto sofrimento, né? Eu nem sei explicar! Eu me identifiquei! Amo o que eu faço! E tenho certeza que eu posso contribuir tanto na parte técnica quanto na parte mesmo psicológica de dar o cuidado com carinho, com amor pra esses pacientes em que o sofrimento é muito grande, entendeu?” (Enfermeira na entrevista individual).

“Então assim, já tentei sair. O que me motiva ficar é esse retorno que me dá, enquanto ser humano” (Técnica na entrevista individual).

O verbo aprender apareceu na fala de várias trabalhadoras e trabalhadores quando discorriam a respeito do que lhes dava gratificação no trabalho. Para Dejours (2012 A), a familiaridade com o trabalho pode se desdobrar em *novos registros de sensibilidade*. Embora Dejours use o termo *ferramenta*, a assertiva não deixa de se aplicar aos trabalhos de cuidado:

“Ao ter acesso, graças ao corpo subjetivo, à familiaridade e à intimidade com a matéria ou ferramenta, aquele que trabalha adquire não apenas novas habilidades, mas ainda descobre em si novos registros de sensibilidade. Pela experiência do trabalhar, ele aprende a conhecer seus próprios limites, suas imperícias, mas ele estende também em si o repertório de suas imprecisões afetivas e descobre novas qualidades de virtuosismo que acaba por apreciar, da mesma forma como gosta de si mesmo.” (Dejours, 2012 A: 179).

O *“aprendizado”* no setor pesquisado se dava não somente em relação a novos modos de saber fazer, mas também em relação a reflexões sobre o viver. Uma técnica fala a respeito de como o trabalho, para além de sua função de provisão material, a leva a fazer uma reflexão mais profunda sobre o viver:

“(...) meu trabalho, como para todo mundo, é uma fonte de onde você tira o seu sustento. Mas ao mesmo tempo é um lugar onde você analisa de várias formas, tem várias ideias daquilo que você faz e é um trabalho diferenciado, entendeu? Que não é só sua forma de sustento, mas é um trabalho diferenciado. Você pensa muito. Ah, você trabalha com vidas. E isso faz você refletir em relação a muita coisa. O que é a vida? [ri]”. (Técnica na entrevista individual).

O confronto com o *real do trabalho*, que, no caso dessa pesquisa, é prenhe de questões ligadas à vida e à morte, assim, produz novos modos de trabalhar, mas também amplia a reflexão sobre valores vitais:

“Ahh, você aprende [com o trabalho]... Você passa a enxergar que nós não somos nada! Entendeu? Muitas das vezes, infelizmente, você vê o sofrimento das pessoas e você aprende com o sofrimento das pessoas. Entendeu? Então é isso.” (Técnica na entrevista individual).

“ O aprendizado, o poder me doar, é muito gratificante! Nossa! Eu poder me doar! É uma oportunidade que você tem de poder fazer alguma coisa por alguém. E o aprendizado, também. Porque você aqui, principalmente nesse andar, você aprende muito, muito!”(Técnica na entrevista individual).

O confronto com o *real do trabalho*, manifesto na face do contato cotidiano com a morte, possibilitava, para alguns, uma visão mais igualitária em relação ao ser humano:

“Ah aprendi muito. Aprendi muita coisa. Nossa! A gente vê as pessoas que dão valor a tudo. E qualquer coisinha na vida a pessoa fica brigando, dando valor. E a gente não é nada, não é? Fica doente de uma hora para outra. Independente de idade, de raça, tudo. As pessoas sofrem e morrem da mesma maneira, todo mundo, não é?” (Técnica na entrevista individual).

O reconhecimento vindo dos pacientes, assim como as experiências vivenciadas no setor eram sentidos como aprendizados que se estendiam para todos os domínios da vida e penetravam também as relações para fora do domínio do trabalho:

“Quando eu vejo um sorriso ... Porque assim tem pessoas que tem mesmo a negação, já tem mesmo tristeza, faz parte do sofrimento todo. Você vê: tem essa paciente que está lá, tá agressiva, mas tem uns que eu percebo que eu sei que a doença esta bem avançada, mas você chega lá, ele dá um sorriso! Nossa.... isso pra mim...!!! Eu ganho o dia! Quando eles me dão um sorriso! Eu falo: ‘Meu Deus, eu não posso reclamar da vida!’. Aqui, está na beira do leito e está me dando um sorriso! Como que eu não vou sorrir pra vida? Entendeu? Então assim todo esse trabalho aqui pra mim também é um crescimento para mim. Entendeu? Como ser humano! E eu tento passar isso pra todos que estão a minha volta, sabe? Pra minha família, todos os amigos que estão a minha volta. Pra reclamar, tem que reclamar realmente com razão de alguma coisa e não simplesmente de tudo.” (Enfermeira na entrevista individual).

Relatos sobre a transformação na forma de viver, com consciência da finitude e da impermanência da vida, apareceram em diversos momentos:

“O trabalho me ensina a valorizar mais a minha vida: o meu corpo, as minhas amizades, a minha família, tudo que eu tenho. Me ensina... assim... a ver a vida, num todo, seja ela emocional, material, de uma forma que vale a pena a gente viver. Vale a pena a gente investir em tudo que a gente sonha.” (Técnica na entrevista individual).

Se essas falas concentram o que há de mais sublime no trabalho dessa equipe de enfermagem que atua na área de oncologia, elas não minimizam a árdua luta que trabalhadoras e trabalhadoras travam contra o *real do trabalho* todos os dias. Todavia, elas coroam justamente esse árduo cotidiano, no qual o suor e as emoções mais diversas são a matéria prima da produção de cuidado, elas traduzem traços de emancipação no sentido dado a esta palavra por Dejours:

“A emancipação não se avalia aqui no direito de circular livremente, de praticar sua religião ou de expressar sua opinião, mas no poder de encontrar em seu trabalho a via que leva ao gozo de si, em outros termos, da ampliação da subjetividade e da revelação da vida em si.” (Dejours, 2012B: 158).

Se os trabalhadores tem sua liberdade atravessada pelos constrangimentos organizacionais, na relação com os pacientes, na *micro política do trabalho vivo em ato* (Merhy, 2002) encontram brechas para exercitar sua criatividade, para usar de si, para exercerem sua *inteligência prática, sua méti*s (Dejours, 2004; 2008; 2012). As possibilidades de investigação a respeito deste exercício do cuidado sob o ponto de vista da criatividade dos trabalhadores são inesgotáveis.

As análises de todo material obtido com a pesquisa de campo não se esgotam nessa tese, nem todos os aprendizados. Por isso, decido terminá-la com a frase de uma das técnicas na entrevista individual, que resume muito do vivido durante o processo de pesquisa:

“Porque a gente sempre fala que se a gente olhar pro lado, a gente vai ver gente em situação pior do que a nossa, mas quando a gente vivencia, vê e consegue participar um pouco dessa situação, aí parece que as coisas ficam mais perto, mais próximas, a gente passa a dar valor ao que tem realmente valor. Mas o que tem valor pra mim pode ser o que não tem valor pra você. Pra mim assim, eu já tinha uma certa visão, um entendimento da vida e, depois que eu vim trabalhar com os pacientes em oncologia, só serviu pra fortalecer mais isso em mim, entendeu? Em aproveitar todos os momentos, porque a gente não sabe. Hoje nós estamos saudáveis, indo e vindo pra onde a gente quer, comendo, se alimentando, tendo uma certa autonomia, mas a gente não sabe daqui há algum tempo. Então é realmente valorizar todas as oportunidades que a gente tem de viver, seja ela no trabalho, com a família, no lazer. Valorização mesmo da vida.” (Técnica na entrevista individual).

Considerações finais

Ao longo desta tese procurei lançar luz sobre o saber-fazer de uma equipe de enfermagem que atua em uma enfermaria oncológica. Esse saber-fazer é localizado em uma organização, com características que marcam tanto os limites como as possibilidades de exercício do ofício desses trabalhadores. A motivação inicial da pesquisa era lançar luz sobre a atividade dos técnicos de enfermagem, repleta de contradições, como nos mostraram os resultados de nossas pesquisas, tais como fornecer cuidados quase maternos e “preparar” os mesmos corpos que haviam sido cuidados após seu óbito, realizar procedimentos bastante objetivos, tais como administrar medicações, puncionar veias e, ao mesmo tempo, receber demandas subjetivas e imateriais, lidar com o mal-estar diante da morte, com as angústias de todas as ordens, que envolvem o viver e o morrer, para pacientes e familiares presentes em uma enfermaria oncológica.

Ao entrar em campo, percebi que tais contradições e angústias atravessavam também o trabalho das enfermeiras, que formularam a demanda por escuta. Dessa forma, ampliei o escopo da pesquisa para a equipe de enfermagem do andar.

A pesquisa sobre o trabalho da equipe de enfermagem se realizou no limite entre as diversas contradições que atravessam esse trabalho: o excesso de demandas, de procedimentos e de pacientes versus a insuficiência de pessoal; os excessos das emoções diante da morte e as insuficiências para lidar com ela; a morte de pessoas jovens, cheias de vida e sonhos pela frente; as idéias de excelência que atravessam a instituição e os furos inevitáveis, presentes na organização do trabalho; a desmobilização em relação à instituição e os fortes vínculos travados entre membros da equipe, pacientes e suas famílias.

Tais contradições também tornaram o trabalho de pesquisa um trabalho de idas e vindas, um trabalho de espera, de aguardar, para usar a metáfora usada por Cecília Minayo (2008) de estar em campo tal qual um pescador. Essa metáfora guiou minha estada em campo, com minha rede, fiquei à espera daquilo que poderia ser pescado, que poderia ser colhido e acolhido, que poderia ser trabalhado. Nem tudo foi possível de ser trabalhado. Posso afirmar que a maior parte do material de campo ficou de fora das análises da pesquisa. Escolhi para colocar aqui o que

considerarei primordial, dentro de um limite de tempo e dos limites tênues da ética. Contudo, procurei acolher o que vinha dos trabalhadores, seus sentimentos, suas angústia e mesmo a grande esperança que depositaram nessa pesquisa. Por este motivo procurei escolher com cuidado o material a ser colocado, de forma a preservar a todos os envolvidos, na dimensão ética, mas sem me furtar da difícil tarefa de procurar ser fiel ao que vi e presenciei - o que pode, sem dúvida gerar algum nível de desconforto, na medida em que traz pelo menos alguns elementos do *trabalho real* para discussão.

Existe uma contradição ampla que atravessa todo o trabalho desses *operadores do cuidado*, que é a crescente demanda por atendimento aos casos de câncer e uma rede que ainda não comporta tal demanda. O avanço das políticas neoliberais, a diminuição do Estado e dos servidores, principalmente aqueles que trabalham na assistência direta em saúde entra em choque com uma necessidade social crescente de atendimento e acesso. Por outro lado, os trabalhadores da assistência direta ao paciente arcam com o ônus dessa contradição, na medida em que a quantidade de leitos e de vagas para pacientes, além de desproporcionais à quantidade de trabalhadores disponíveis, não consideram as peculiaridades do trabalho na área de oncologia. Se há todo um discurso sobre a insuficiência de pessoal devido aos numerosos afastamentos por doença na instituição, esse é mais um motivo para se pensar o trabalho em oncologia como um trabalho que tem características bastante particulares e que não pode ser planejado, em termos de quantitativo de pessoal, como todos os outros trabalhos em saúde.

Nesse sentido, caberia uma investigação aprofundada na área chamada de “*recursos humanos em saúde*” para investigar as peculiaridades do trabalho em oncologia e a necessidade de criar políticas específicas para esta área, considerando que se trata de um trabalho em saúde com um *sofrimento a mais* (nas palavras de tantos entrevistados), com uma intensidade de afetos e com uma necessidade de respeito dos tempos de pacientes e familiares.

Os trabalhadores que permanecem trabalhando na assistência oncológica, muitas vezes, recebem a tarefa de equacionar as diversas demandas de seu trabalho com seus corpos e emoções. Como disse uma enfermeira que “*quase errou uma quimioterapia*” na entrevista coletiva: “*Quem diz que consegue assobiar e chupar cana está mentindo*”.

A fala do técnico que diz “*é muita gente com câncer para pouco leito e muito leito para pouco trabalhador*” resume este drama. Sobre isto os gestores intermediários não têm um poder direto, mas sobre as possibilidades de reconhecer os dramas presentes no trabalho, as falhas – sempre esperadas e muitas vezes negadas – na organização do trabalho e as capacidades de contribuição dos trabalhadores para a organização do trabalho, sobre isso estes gestores tem poder.

Em uma organização atravessada pela idéia de excelência são grandes as dificuldades de assumir as falhas, a precariedade humana, a insuficiência que caracteriza a todos nós, como seres humanos e, conseqüentemente, tudo o que criamos, como imagem e semelhança do que haveria de melhor em nós mesmos. No entanto, essa precariedade caracteriza não só a vida humana, mas a vida em sociedade e a vida nas organizações, que estão sempre por se fazer, que, a despeito de seus núcleos instituídos, estão sempre se construindo e que, se não se abrirem a este movimento vital, estão sujeitas a fazer adoecer seus trabalhadores e seus processos de trabalho.

Se estes trabalhadores exercem seu ofício sob os constrangimentos que caracterizam a vida nas organizações, se utilizam também das brechas, dos espaços livres nas relações com pacientes e familiares para exercerem os saberes que se constroem no dia a dia, que facilitam a execução de procedimentos, que tornam o *trabalho vivo em ato* como um espaço efetivo para exercício da criatividade, da *inteligência prática*, da *métis*. Esse exercício retorna ao trabalhador como gratificação, a despeito de todos os sofrimentos e constrangimentos inerentes ao trabalho, o que traz mais uma contradição para nosso campo de visão: a enorme gratificação advinda da relação com os pacientes coexistindo com experiências de sofrimento.

Se há uma conclusão - um tanto óbvia para aqueles que trabalham na perspectiva das clínicas do trabalho, mas não tão óbvia para os gestores – é que estes trabalhadores tem muito a contribuir para que a organização do trabalho seja sempre revista. Não na lógica do *mito da auto superação*, que captura trabalhadores e gestores em uma busca duvidosa de sucesso, mas na lógica de um desenvolvimento interno, de validação dos diversos saberes presentes a respeito do processo de trabalho, que efetivamente podem se desdobrar em melhorias destes mesmos processos.

Ainda que existam contradições que limitem também a implementação de espaços coletivos de discussão, como a própria insuficiência de pessoal, há brechas para se utilizar de determinados espaços, tais como as “capacitações mensais”³⁵, que já ocorrem para a equipe de enfermagem do hospital. Nesses espaços pode-se utilizar também da fala dos trabalhadores, das discussões e da participação, ao invés de ser um espaço exclusivo para transmissão de conteúdos técnicos, na medida em que há um desejo de participação e de contribuição por parte desses trabalhadores que, se for continuamente frustrado, tende a desmobilizá-los para o trabalho.

Dessa forma, uma sugestão bastante concreta, simples e óbvia - que não requer nenhum artefato tecnológico e nenhum saber especializado - é manter, de forma periódica, uma reunião de equipe do setor (andar)³⁶ que inclua a todos ou o maior número possível de pessoas, com pauta aberta aos trabalhadores, onde estejam incluídas as supervisoras, a chefia de internação e a chefia geral de enfermagem, para que se possa construir uma ponte mais sólida entre os trabalhadores da gestão e os trabalhadores da atenção. Tal ponte talvez possibilitasse, a despeito de todas as dificuldades e sofrimentos, que exista um espaço de fala e diálogo por onde possa escoar o mal-estar, ainda que de forma parcial. Diversos autores já fizeram referência à importância fundamental desses espaços, tanto no campo da chamada *Política Nacional de Humanização*, quanto no campo das clínicas do trabalho. Não pretendo aqui inventar a roda:

“O coletivo se constitui como um espaço para um debate sobre as diferentes formas de trabalhar, das vantagens de mantê-las ou não, e de integrá-las como regras de ofício. Neste rol de arbitragens que aceita e reprova determinados modos operatórios é que se institui regras no jogo dialético com a organização prescrita. Este processo é difícil e sempre frágil porque depende da equidade do uso da palavra e da escuta” (Lima, 2013: 352).

³⁵ Com uma periodicidade de um mês é feita uma capacitação para toda a equipe de enfermagem do hospital, em que se utiliza de uma das complementações de plantão (CP). Essa também é uma tentativa de “aliviar” aqueles trabalhadores que ficam tempo integral na assistência direta ao paciente oncológico.

³⁶ Assim como de cada equipe de andar.

Enquanto pesquisadora implicada no processo e sujeito que sonha, facilmente cairia na tentação de sugerir que, nesses espaços, houvesse uma escuta realmente aberta, de parte a parte: trabalhadores da atenção e trabalhadores da gestão. No entanto, do mesmo modo que não é possível prescrever a cooperação e a solidariedade, também não é possível prescrever a escuta aberta, dados todos os constrangimentos organizacionais e os atravessamentos de interesses egoístas e altruístas que tomam a todos em maior ou menor grau. Seria ingênuo, embora tentador, apostar nessa prescrição da *escuta aberta*.

Todavia, é possível apontar que se só se consegue uma escuta aberta a partir de uma atitude de reconhecimento sobre o trabalho real, para além do trabalho prescrito, a partir de um reconhecimento necessário sobre a os limites do trabalho prescrito - necessário, mas não suficiente. O reconhecimento sobre o trabalho real implica reconhecimento das falhas na organização do trabalho e, conseqüentemente, nas falhas e precariedades que estão presentes em tudo que é humano, sempre em movimento, sempre em relação, sempre imperfeito, sempre não completo.

Nesse sentido, há trabalho real tanto para equipe de enfermagem quanto para gestores. Para haver escuta e cooperação é preciso que os elementos do trabalho real de cada parte sejam colocados de forma minimamente visível, com coragem para reconhecer insuficiências em uma organização em que tudo se propõe a atender a uma imagem de excelência propalada e defendida para dentro e fora dos muros. Imagem esta que, muitas vezes, aprisiona os sujeitos, operadores do cuidado e gestores, em armadilhas de ideais que não possuem contrapartida nas condições reais de trabalho, ainda que o discurso corrente seja que essa excelência se presta ao atendimento do cidadão e da sociedade.

A organização, de fato, conta com recursos diferenciados, com profissionais bem qualificados, embora insuficientes em número, o que torna o trabalho em oncologia um fardo muitas vezes quase insustentável, porque o trabalhador tem que equacionar a natureza do trabalho em oncologia - que demanda tempo e calma - com uma rotina abrupta de demandas incessantes, concomitantes e, muitas vezes, contraditórias.

Se testemunhei algo que possa me remeter à idéia de excelência durante meu tempo de estada em campo, esse algo estava presente nesse espaço de criação, de exercício do cuidado entre trabalhadores e pacientes, ainda que permeado por defesas, sofrimentos e angústias. Nesse espaço se produzia algo sublime, que foi enunciado de forma breve no capítulo nove.

Por mais árduo que tenha sido tocar em temas difíceis e delicados aqui nesta tese, o intuito desse trabalho é dar alguma contribuição para construir essa ponte entre trabalhadores da gestão e da atenção, é transmitir meu registro sobre pelo menos parte do trabalho real desses *operadores do cuidado*, é trazer à visibilidade algo que não é visível para todos. A invisibilidade da qual tratei aqui não é apenas uma invisibilidade para gestores mais imediatos, mas uma invisibilidade para as políticas de recursos humanos em saúde.

Se esta tese contribuir para dar alguma visibilidade ao trabalho desta equipe de enfermagem em oncologia, que certamente tem elementos comuns com outras equipes de enfermagem que atuam na área oncológica, terá cumprido um de seus objetivos centrais, no meu ponto de vista, independente de seu mérito acadêmico:

“Testemunhar a experiência do trabalhador, tornar visíveis as descobertas de sua inteligência e seu saber-fazer é o meio de se obter o reconhecimento dos outros. Para esperar o reconhecimento, é preciso, antes, vencer o obstáculo da invisibilidade do trabalho. É quando o trabalho efetivo acede à visibilidade que o reconhecimento se torna possível”. (Lima, 2013: 352).

Essa pesquisa é parcial, porque parte do ponto de vista dos trabalhadores da assistência. As dores e dilemas dos gestores não foram retratados aqui. No entanto, a vivência dos trabalhadores da assistência pode trazer elementos para se pensar a gestão dos serviços, para além dos estereótipos produzidos de parte a parte por relações fragmentadas entre trabalhadores da atenção e trabalhadores da gestão.

Ainda que a visibilidade sobre *o trabalho real* seja sempre parcial, ainda que o discurso não seja capaz de transpor por completo as diversas nuances e aspectos do *trabalho real* para as discussões coletivas, acredito que a promoção de espaços para facilitar a visibilidade acerca do *trabalho real* por meio da palavra – da forma mais coletiva e horizontal possíveis - possa se constituir como viga sobre a qual seja possível construir a ponte entre atenção e gestão. A roda não precisa ser reinventada, ela só precisa ser utilizada, para dar movimento ao trabalhar e, em última instância, ao viver.

Lista de Siglas e Abreviações

ALERT. Sistema de prontuário eletrônico usado no hospital.

APH. Adicional de Plantão Hospitalar.

CP. Complementação de Plantão. Como trabalhadores da enfermagem plantonistas faziam plantões de 12 por 60 horas, isto é, trabalhavam um dia 12 horas e ficavam dois dias de folga, tinham que fazer complementação de mais três plantões no mês para completar 40 horas semanais de trabalho por semana. Sendo assim, três vezes ao mês tinham que fazer uma CP e, portanto, dar um plantão de 12 horas em dias seguidos.

MACRO. Aparelho usado para diminuir o desconforto respiratório dos pacientes

ONCO. Quando os trabalhadores se referiam a “onco” estavam se referindo de oncologia clínica.

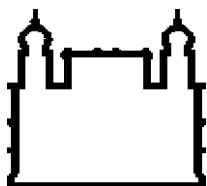
PDT. Psicodinâmica do Trabalho

S.N.I. Suporte não invasivo, tipo de cuidado dispensado aos pacientes sem possibilidades curativas.

SUS. Sistema Único de Saúde

ZÉ MARIA. Morte.

ANEXO I- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E SCLARECIDO PARA EQUIPE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: “Da Prescrição à Criação: Inteligência Prática, Uso de Si e outros Recursos Subjetivos de Profissionais de Enfermagem em Oncologia”. A pesquisa está sendo realizada como requisito parcial à obtenção do grau de doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, sem financiamento.

Você foi escolhido por ser profissional de enfermagem do Instituto Nacional de Câncer e trabalhar ou supervisionar o trabalho em uma enfermaria de longa permanência, onde será realizada a pesquisa. **Sua participação não é obrigatória.** A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora, com a divisão à qual ela pertence dentro do Inca (Divisão de Saúde do Trabalhador), com sua chefia ou com a instituição como um todo.

O objetivo geral do estudo é:

Investigar a utilização da inteligência prática e de outros recursos subjetivos, isto é, formas próprias de fazer seu trabalho, usados por profissionais de enfermagem em uma enfermaria oncológica, quanto ao relacionamento com o paciente, com os familiares e com a organização do trabalho.

a) Os objetivos específicos são:

- a)** Identificar qual o trabalho prescrito dos profissionais de enfermagem da enfermaria oncológica escolhida no Instituto Nacional de Câncer
- b)** Conhecer o trabalho real dos profissionais de enfermagem nessa enfermaria.
- c)** Identificar quais são as fontes de sofrimento no trabalho para os profissionais de enfermagem em oncologia e compreender quais recursos utilizam para lidar com estas fontes de sofrimento no trabalho, com os pacientes oncológicos, suas famílias e com a organização do trabalho.
- d)** Investigar qual o sentido do trabalho para estes trabalhadores.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em permitir a presença da pesquisadora durante os momentos de administração dos cuidados com os pacientes, em conceder entrevistas individuais e/ou coletivas.

As entrevistas individuais serão realizadas em local que garanta sua privacidade e o sigilo a respeito dos conteúdos tratados. Estas entrevistas serão gravadas e o conteúdo delas será de uso exclusivo da pesquisadora e a gravação será destruída após cinco anos.

Você é livre para permitir ou não qualquer um destes momentos da pesquisa (observação de seus cuidados aos pacientes, entrevistas individuais ou coletivas), inclusive de forma parcial. Isto quer dizer que você pode participar da pesquisa em alguns momentos e em outros não. Para tanto, teremos duas opções abaixo, caso você concorde em participar da pesquisa. Em uma opção você pode assentir integralmente na participação na pesquisa, ou seja, permite a presença da pesquisadora na observação dos cuidados da enfermagem, aceita participar das entrevistas individuais e coletivas. Em uma segunda opção, você pode participar parcialmente da pesquisa. Para tanto, há um campo para identificar em quais momentos da pesquisa você não gostaria de participar. Você é livre para mudar de ideia a qualquer momento, incluindo ou excluindo qualquer uma dessas opções.

Caso você concorde na observação de seus cuidados aos pacientes, estes também receberão um termo de consentimento para permitir ou não na observação da pesquisadora.

As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e asseguramos sigilo sobre sua participação. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar a identificação dos sujeitos individuais envolvidos, embora seja pública a informação de que a pesquisa se dará no Instituto Nacional de Câncer com de enfermagem da instituição, a respeito de seu trabalho. A pesquisadora tomará todo o cuidado com a divulgação de falas que, mesmo sem identificação, possam remeter o conteúdo a sujeitos específicos.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na forma de devolução aos profissionais, à instituição e aos setores envolvidos, bem como na apresentação de uma tese de doutoramento e em possíveis artigos a serem publicados em revistas científicas.

O risco relacionado à sua participação é que talvez você possa se sentir sensibilizado ao falar de seu trabalho, de sua relação com os pacientes e seus familiares. A pesquisadora estará disponível para te escutar, para dar suporte e tirar dúvidas à todo momento em que estiver no campo. Você também ficará com os contatos dela, que seguem na via deste termo que ficará com você.

Os benefícios de sua participação estão relacionados à valorização dos saberes que os profissionais de enfermagem constroem no cotidiano de trabalho, assim como na pesquisa a respeito dos recursos que usam para fazer face aos desafios do trabalho em oncologia. Ambos os aspectos estão relacionados ao objetivo de disseminar e valorizar os saberes já construídos informalmente por estes profissionais, assim como a refletir a respeito de caminhos para superar as dificuldades enfrentadas neste tipo de trabalho.

Este termo de consentimento é redigido em duas vias, uma das quais ficará com você. As páginas que não foram assinadas devem ser rubricadas por você e pela pesquisadora. Na cópia deste

termo que ficará com você consta o telefone e endereço da pesquisadora responsável pela pesquisa, assim como da orientadora da pesquisa, do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP Fiocruz e do Comitê de Ética em Pesquisa do Inca. Assim, você pode tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento, inclusive enquanto a pesquisadora estiver em campo, nos momentos de observação ou de entrevista, caso surjam dúvidas ou questões.

Pesquisador responsável:

Maria Liana Gesteira Fonseca

Divisão de Saúde do Trabalhador do Instituto Nacional de Câncer

Rua Marquês de Pombal, 125/ 12º andar

Telefone: 32075854

Orientadora da Pesquisa: Professora Doutora Marilene de Castilho Sá

Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ

Av. Leopoldo Bulhões 1480 sala 716

Manguinhos Rio de Janeiro RJ Cep. 21041-210

Tels. 2598-2595/2596

marilene@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP

Av. Leopoldo Bulhões 1480 sala 315

Manguinhos Rio de Janeiro RJ Cep. 21041-210

Tels. 2598-2863

cep@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa Inca

Rua do Resende, 128, sala 203. Centro.

Telefones: (21) 32074450 ou 32074556

Email: cep@inca.gov.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar integralmente.

Assinatura:

Nome:

Maria Liana Gesteira Fonseca (pesquisadora responsável).

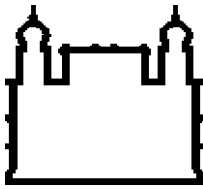
Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar parcialmente da pesquisa. **Não** desejo participar dos seguintes momentos:

- Observação de meus cuidados aos pacientes
- Entrevistas Individuais
- Entrevistas coletivas

Assinatura: _____

Nome: _____

Maria Liana Gesteira Fonseca (pesquisadora responsável)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES E/OU FAMILIARES DO INSTITUTO
NACIONAL DE CÂNCER

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: “Da Prescrição à Criação: Recursos Subjetivos, Uso de Si e Inteligência Prática de Técnicos de Enfermagem em Oncologia” A pesquisa está sendo realizada como requisito parcial à obtenção do grau de doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, sem financiamento.

Você foi escolhido por ser paciente internado ou familiar de paciente internado em uma enfermaria do Instituto Nacional de Câncer, onde será realizada a pesquisa. **Sua participação não é obrigatória.** A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora, com a instituição ou com os profissionais que o assistem.

O objetivo geral do estudo é:

Investigar os recursos de que se utilizam os técnicos de enfermagem para o exercício cotidiano de seu trabalho. Isto é, investigar as formas próprias com que os técnicos de enfermagem realizam seu trabalho, em uma enfermaria oncológica, quanto ao relacionamento com o paciente, com os familiares e com a organização do trabalho.

Os objetivos específicos são:

- a) Identificar qual o trabalho prescrito do técnico de enfermagem da enfermaria oncológica escolhida no Instituto Nacional de Câncer
- b) Conhecer o trabalho real do técnico de enfermagem nessa enfermaria.
- c) Identificar quais são as fontes de sofrimento no trabalho para os técnicos de enfermagem em oncologia e compreender quais recursos utilizam para lidar com estas fontes de sofrimento no trabalho. Visa compreender também como se relacionam com os pacientes, suas famílias e com a organização do trabalho (isto é, com o trabalho tal qual é descrito formalmente).

d) Investigar qual o sentido do trabalho para estes trabalhadores.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em permitir a presença da pesquisadora durante os momentos de administração dos cuidados dados pelos técnicos de enfermagem. Você é livre para permitir ou não nesta observação, inclusive de forma parcial. Isto quer dizer que você pode permitir a presença da pesquisadora em alguns momentos da administração dos cuidados da enfermagem e em outros não. Para tanto, teremos duas opções abaixo, caso você concorde em participar da pesquisa: uma opção em que permite integralmente na presença da pesquisadora na observação dos cuidados da enfermagem e uma opção em que permite parcialmente a presença da pesquisadora, em que há um campo para identificar em quais procedimentos não gostaria que a pesquisadora estivesse presente. **Você é livre para mudar de idéia a qualquer momento, incluindo ou excluindo essas opções.**

As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e asseguramos sigilo sobre sua participação. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar a identificação dos sujeitos envolvidos. Os resultados da pesquisa serão divulgados na forma de devolução aos profissionais, à instituição e aos setores envolvidos, bem como na apresentação de uma tese de doutoramento e em possíveis artigos a serem publicados em revistas científicas.

O risco relacionado à sua participação é que talvez você possa se sentir pouco à vontade com a presença da pesquisadora durante a administração dos cuidados. Caso este desconforto ocorra, é importante que você comunique isso imediatamente à pesquisadora ou ao técnico de enfermagem responsável por seus cuidados. Desta forma, a pesquisadora interromperá a observação tão logo seja comunicada.

Os benefícios de sua participação estão relacionados à valorização dos saberes que os técnicos de enfermagem constroem no cotidiano de trabalho, assim como na pesquisa a respeito dos recursos que usam para fazer face aos desafios do trabalho em oncologia. Ambos os aspectos estão relacionados ao objetivo de disseminar e valorizar os saberes já construídos informalmente por estes profissionais, assim como a refletir a respeito de caminhos para superar as dificuldades enfrentadas neste tipo de trabalho.

Este termo de consentimento é redigido em duas vias, uma das quais ficará com você. As páginas que não foram assinadas devem ser rubricadas por você e pela pesquisadora. Na cópia deste termo que ficará com você consta o telefone e endereço da pesquisadora responsável pela pesquisa, assim como da orientadora da pesquisa, do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP Fiocruz e do Comitê de Ética em Pesquisa do Inca. Assim, você pode tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento, mesmo durante o momento da observação, caso surjam dúvidas ou questões.

Pesquisador responsável:

Maria Liana Gesteira Fonseca

Divisão de Saúde do Trabalhador do Instituto Nacional de Câncer

Rua Marquês de Pombal, 125/ 12º andar

Telefone: 32075854

Orientadora da Pesquisa: Professora Doutora Marilene de Castilho Sá

Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ

Av. Leopoldo Bulhões 1480 sala 716

Manguinhos Rio de Janeiro RJ Cep. 21041-210

Tels. 2598-2595/2596

marilene@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP

Av. Leopoldo Bulhões 1480 sala 315

Manguinhos Rio de Janeiro RJ Cep. 21041-210

Tels. 2598-2863

Email: cep@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa Inca

Rua do Resende, 128, sala 203. Centro.

Telefones: (21) 32074450 ou 32074556

Email: cep@inca.gov.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar integralmente.

Assinatura: _____

Nome: _____

Maria Liana Gesteira Fonseca (pesquisadora responsável).

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar **parcialmente** da pesquisa e solicito que os procedimentos abaixo relacionados estejam excluídos da observação:

Assinatura: _____

Nome: _____

Maria Liana Gesteira Fonseca (pesquisadora responsável)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMADO, G. **Implicação.** In: BARUS-MICHEL, J; ENRIQUEZ, E; LEVY, A. (orgs.). **Dicionário de Psicossociologia.** Lisboa, Climepsi Editores, 2005.

ASSUNÇÃO, AA; BRITO, J. **Apresentação.** In: BRITO, J; ASSUNÇÃO, AA (Orgs.). **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.

ATHAYDE, M. **Resenha. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (3):984-990, mai-jun, 2005.

AVELLAR, LZ; IGLESIAS, A; VALVERDE, PF. **Sufrimento Psíquico em Trabalhadores de Enfermagem de Uma Unidade Oncológica.** Psicologia em Estudo, Maringá, vol. 12, n.3, pg. 475-481, set./dez. 2007.

AZEVEDO, C. C. S. **Sob o Domínio da Urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, 2005.** Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2005.

BARUS-MICHEL, J. **O Sujeito Social.** Belo Horizonte, Editora PUC-Minas, 2004.

BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, A. P. (Orgs.)s. **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011.

BRAGA NETO F.C.; BARBOSA P.R.; SANTOS I.S. **Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, L.; LOBATO, L.V. C.; NORONHA, J.C. CARVALHO, A.I. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.

BRITO, J. **Trabalho Prescrito**. In: Pereira, IB; Lima, JCF (orgs.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde** .2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008a.

_____, J. **Trabalho Real**. In: Pereira, IB; Lima, JCF (orgs.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde** .2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008b.

_____, J.A **Ergologia como Perspectiva de Análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde**. In: MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, JMH; PENA, PGL (Orgs.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.

BRITO, J; MUNIZ, HP; SANTORUM, K; RAMMINGER, T. **O Trabalho nos Serviços Públicos de Saúde: entre a inflação e a ausência de normas**. In: BRITO, J; ASSUNÇÃO, AA (Orgs.). **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.

CALGARO, J.C.C. **Gerencialismo**. In: VIEIRA, F.O; MENDES, A.M.; MERLO, A.R.C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, Editora Juruá, 2013.

CARRETEIRO, T. **Clínicas do Trabalho, a Contribuição da Psicossociologia no Brasil**. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, A. P. (Orgs.): *Clínicas do trabalho*. São Paulo: Atlas, 2011

CECÍLIO, L.C.O. **Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2): 315-329, 1999.

_____. **A morte de Ivan Illich: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado**. *Interface*, vol. 13, supl. I. Pg. 545-55, 2009.

CHANLAT, J.F. **A caminho de uma nova ética das relações nas organizações**. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, vol. 32, n.3: 68-73, Jul-Ago, 1992.

_____. **O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos**. *Anais do VII Congresso Internacional del Clad sobre la Reforma do Estado y la Admonistracion Pública*, Portugal, 8-11, Outubro de 2002.

DEJOURS C, ABDOUCHELI E, JAYET C, organizadores. **Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer-sofrimento no trabalho.** São Paulo, Atlas, 2011.

DEJOURS, C. **A Banalização da Injustiça Social.** Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

_____, *Addendum: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho.* In: Lancman, S. & Sznclzar, L. I (orgs). **ChistopheDejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília, Ed. Paralelo 15, 2008 a.

_____, **Entre Sofrimento e Reapropriação: o sentido do trabalho.** In: Lancman, S. & Sznclzar, L. I (orgs). **ChistopheDejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília, Ed. Paralelo 15, 2008 b.

_____, **Sofrimento e Prazer no Trabalho: A abordagem pela Psicopatologia do Trabalho.** In: Lancman, S. & Sznclzar, L. I (orgs). **ChistopheDejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília, Ed. Paralelo 15, 2008 c.

_____, **Inteligência Prática e Sabedoria Prática: Duas Dimensões Desconhecidas do Trabalho Real.** In: Lancman, S. & Sznclzar, L. I (orgs). **ChistopheDejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília, Ed. Paralelo 15, 2008 d.

_____. **Por um novo conceito de saúde.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, n. 54, vol. 14, maio-jun, 1982.

_____. **Por um trabalho, fator de equilíbrio.** Revista de Administração de Empresas, vol. 33, n. 3, São Paulo, maio-jun, 1993.

_____, **Subjetividade, trabalho e ação.** Revista Produção, v. 14, n. 3, p. 027-034, Set./Dez. 2004.

_____, C. **Trabalho Vivo: Sexualidade e Trabalho.** Brasília, Editora Paralelo 15, 2012. (A).

_____, C. **Trabalho Vivo: Trabalho e Emancipação.** . Brasília, Editora Paralelo 15, 2012. (B)

FERREIRA, R.C; GRIEP, R.H.; FONSECA, M.J.M; ROTENBERG, L. **Abordagem Multifatorial do Absentismo por Doença em Trabalhadores da Enfermagem.** Rev. Saúde Pública, 2012, 46 (2), 259-68.

FERREIRA, J. B. **Real do Trabalho**. In: VIEIRA, F.O; MENDES, A.M.; MERLO, A.R.C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, Editora Juruá, 2013.

FRANCO, T; MERHY, EE. **Trabalho em Saúde**. In: Pereira, IB; Lima, JCF (orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde** .2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

GAULEJAC, V. **A gestão como doença social: Ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. Editora Idéias e Letras, Rio de Janeiro, 2007.

_____. **A Nova gestão Paradoxal**. In: BENDASSOLLI, P. F; SOBOLL, A. P. (Orgs.): *Clínicas do trabalho*..São Paulo: Atlas, 2011.

GOMES, L; MASSON, L P; BRITO, J; ATHAYDE, M. **Competência, Sofrimento e Construção de Sentido na Atividade de Auxiliares de Enfermagem em UTIN**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 137-156, 2011.

GIUST, A C. **Entrevista**. In BARUS-MICHEL, J; ENRIQUEZ, E; LEVY, A. (orgs.). **Dicionário de Psicossociologia**. Lisboa, Climepsi Editores, 2005.

HELOANI, R ; LANCMAN, S. **Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação.** Revista Produção, v.14, n. 3, p. 077-086 (82), Set./Dez. 2004.

KOVÁCS, M. J. **Morte e Desenvolvimento Humano.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 1992.

LAGO, K.; CODO, W. **Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde.** Petrópolis, Editora Vozes, 2010.

LANCMAN, S. & SZNELZAR, L. I (orgs). **Chistophe Dejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília, Ed. Paralelo 15, 2008.

LAPASSADE, G. **Observação Participante.** In: BARUS-MICHEL, J; ENRIQUEZ, E; LEVY, A. (orgs.). **Dicionário de Psicossociologia.** Lisboa, Climepsi Editores, 2005.

LEVY, A. **A Psicossociologia: crise ou renovação.** In: Levy *et. al.* (orgs). **Psicossociologia: Análise Social e Intervenção.** Petrópolis, Vozes, 1994.

_____. **Ciências Clínicas e Organizações Sociais.** Belo Horizonte, Editora Autêntica/Fumec, 2001.

LHUILIER, D. **Trabalho**. In: BARUS-MICHEL, J; ENRIQUEZ, E; LEVY, A. (orgs.). **Dicionário de Psicossociologia**. Lisboa, Climepsi Editores, 2005.

LIMA, S. C. C. **Reconhecimento no Trabalho**. In: **In: VIEIRA, F.O.; MENDES, A.M.; MERLO, A.R.C. Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, Editora Juruá, 2013.

LOUREIRO DOS SANTOS, M. **Cuidados Paliativos e Organização do Trabalho: a Concepção na Atividade de Técnicas e Auxiliares de Enfermagem**. [Tese de Doutorado] Coppe, UFRJ, Rio de Janeiro, Fevereiro de 2001.

MACHADO, AG; MERLO, ARC. **Cuidadores: seus Amores e suas Dores**. *Psicologia & Sociedade*, 20 (3): 444-452, 2008.

MARSIGLIA, RMG. **Prefácio**. In: BRITO, J; ASSUNÇÃO, AA (Orgs.). **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.

MARTINS, JT; ROBAZZI, MLC; BOBROFF, MCC. **Prazer e Sofrimento no Trabalho da Equipe: Reflexão à Luz da Psicodinâmica Dejouriana**. *Rev Esc. Enferm USP*, 2010; 44 (4): 1107-11.

MASSON, L. **A dimensão relacional do trabalho de auxiliares de enfermagem em Unidade Neonatal: uma análise do ponto de vista da atividade.** Resumo de Teses. Revista Laboreal. Vol.IV. n.1, pp.72-75, 2008.

MATOS, E; PIRES, D. **Teorias Administrativas e Organização do Trabalho: De Taylor aos Dias Atuais, Influências no Setor Saúde e na Enfermagem.** Texto e Contexto Enfermagem, 15 (3): 508-14, Florianópolis, 2006.

MERHY, EE, **A Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato: uma questão institucional e território de Tecnologias leves.** In: Merhy, EE. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo em Ato.** São Paulo, Hucitec, 2002. P. 41-66.

MINAYO, C. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo, Editora Hucitec, 2008.

MOLINIER, P. **Ética e trabalho do Care.** In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (orgs) - **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do Care.** São Paulo, Editora Atlas, 2012.

MORAES, R.D. **Estratégias Defensivas.** In: VIEIRA, F.O; MENDES, A.M.; MERLO, A.R.C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho.** Curitiba, Editora Juruá, 2013.

NEVES, MY; SELIGMAN-SILVA, E; ATAHAYDE, M. – **Saúde Mental e Trabalho: um campo em construção.** In: ARAÚJO, A; ALBERTO, MF; NEVES, MY;

ATAHAYDE, M. **Cenários do Trabalho: Subjetividade, Movimento e Enigma**. Rio de Janeiro, DP&A Editora, 2004.

OSÓRIO, C; ROTENBERG, L; ARAÚJO, TM; SOARES, R. **O Trabalho Cotidiano em Hospitais: o Ponto de Vista da Atividade de Enfermagem**. In: BRITO, J; ASSUNÇÃO, AA (Orgs.). **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.

PENELLO, L; MAGALHÃES, P – **Comunicação de Más Notícias: Uma Questão que se Apresenta**. In: Instituto Nacional de Câncer. **Comunicação de Notícias Difíceis: Compartilhando Desafios na Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro. Inca, 2010.

PIRES. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**. São Paulo. Cortez Editora, 1989.

_____, D. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo, Editora Annablume, 1998.

PIRES, D; GELBCKE, F.L.; MATOS, E. **Organização do Trabalho em Enfermagem: Implicações no Fazer e Viver dos Trabalhadores de Nível Médio**. Trabalho, Educação e Saúde, v.2, n.2, p. 311-325, 2004.

SÁ, MC. **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 de Doutorado].São Paulo. Universidade de São Paulo, 2005.

_____ **A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a humanização das práticas de saúde.** *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1): 651-664, 2009.

SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. **Trabalho & Ergologia: Conversas sobre a atividade humana.** Editora da UFF. 2ª edição revisada e ampliada. Niterói, 2010.

SCHAIBER, L. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade.** Editora Hucitec, São Paulo, 1993.

SILVA, G.B. **Enfermagem Profissional: Análise Crítica.** São Paulo, Cortez Editora, 1989.

SILVA-ROOSLI, ACB; ATHAYDE, M. **Gestão, Trabalho e Psicodinâmica do Reconhecimento no Cotidiano da Estratégia de Saúde da Família.** In: BRITO, J; ASSUNÇÃO, AA (Orgs.). **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.

SOARES, A. **As emoções do care.** In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (orgs). **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do Care.** São Paulo, Editora Atlas, 2012.

SOBOLL, L. A . P.; HORST, A.C. **Ideologia da Excelência.** In: VIEIRA, F.O.; MENDES, A.M.; MERLO, A.R.C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho.** Curitiba, Editora Juruá, 2013.

TOSTÓI, L. **A morte de Ivan Illich.** Ediouro, São Paulo, 1998.

TRESEL, E.S.; MERLO, A. R.C. **Sufrimento no Trabalho e Possibilidades de Saúde e Realização: Psicodinâmica do Reconhecimento em Enfermagem.** In: MENDES, A.M.; MERLO, A. R. C.; MORRONE, C.F.; FACAS, E.P. **Psicodinâmica e Clínica do trabalho: Temas, Interfaces e Casos Brasileiros.** Curitiba, Editora Juruá, 2012.

VASCONCELOS, ACL; NEVES, MY. **A Saúde de Professoras do Ensino Fundamental: Relato de uma Investigação.** In: **Subjetividade e Trabalho: A vida não é só isso que se vê.** Paraíba, Editora UFPB, 2009.

VASCONCELOS, ACL. **Inteligência Prática.** In: VIEIRA, F.O.; MENDES, A.M.; MERLO, A.R.C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho.** Curitiba, Editora Juruá, 2013.