

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Os vínculos subjetivos com o trabalho em um hospital público do Estado de Sergipe: desafios para os processos e dispositivos de gestão”

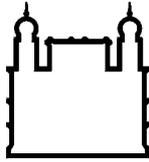
por

Maria da Conceição de Santana Lima

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

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

Rio de Janeiro, dezembro de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Os vínculos subjetivos com o trabalho em um hospital público do Estado de Sergipe: desafios para os processos e dispositivos de gestão”

apresentada por

Maria da Conceição de Santana Lima

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Monica Vieira

Prof.^a Dr.^a Creuza da Silva Azevedo

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

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

L732 Lima, Maria da Conceição de Santana
Os vínculos subjetivos com o trabalho em um hospital público no Estado de
Sergipe: desafios para os processos e dispositivos de gestão. / Maria da
Conceição de Santana Lima. Rio de Janeiro: s.n., 2009.
107f.

Orientadora: Sá, Marilene de Castilho
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Rio de Janeiro, 2009

1. Hospitais Públicos- recursos humanos. 2. Gestão em Saúde.
3. Administração de Recursos Humanos em Saúde. 4. Sistema Único de
Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.11098141

À minha mamãe Evange e ao meu irmão
Hamilton, que vivem com muita força
em meu coração, meu amor para sempre.

Agradecimentos:

Ao Universo, com suas forças de luz, por ter me julgado merecedora dessa oportunidade... só tenho a agradecer, por tudo, sempre!

Ao meu pai, amor companheiro e apoio constante, que me dá a certeza de que não estou sozinha;

A Guadalupe, pelo apoio, carinho, e por ter me dado uma nova família;

A Marco Prado, amigo fiel, irmão;

Aos meus queridos animais, criaturinhas de Deus que me permitem, com seu convívio, aprender mais e mais sobre o amor, lealdade e doação;

Ao Ministério da Saúde, e à Coordenação do curso, nas pessoas de Prof^o Antenor Amâncio, Prof^o Sérgio Pacheco, Luzimar;

A Prof^a Marilene Castilho, que me apresentou um mundo novo, e me orientou por caminhos até então desconhecidos;

A Prof^a Mônica Vieira e Prof^a Creuza Azevedo, pela generosidade de partilhar conhecimentos;

Aos meus colegas de turma (o "clube dos 30") pelo encontro e também pelas trocas, não só de experiências, mas de afetos;

Aos trabalhadores do Hospital de Urgências de Sergipe, o "João Alves", em especial ao setor de Pediatria, por terem confiado em mim, abrindo seus corações;

E, por fim, agradeço a todas as pessoas com quem convivi, e convivo, porque tenho a certeza que, de alguma forma contribuíram e contribuem para minha evolução nessa vida!

“(...) quando as pessoas começarem a enxergar
o outro como enxergam a si próprias, com
tanta compaixão, a gente vai viver num mundo
melhor...”

(De uma médica do setor de pediatria do
Hospital de Urgência de Sergipe)

RESUMO

LIMA, Maria da Conceição de Santana. Os vínculos subjetivos com o trabalho em um hospital público no Estado de Sergipe: desafios para os processos e dispositivos de gestão. Rio de Janeiro, 2009, (107 p.). Tese (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

O presente trabalho teve por objetivo examinar os vínculos simbólicos e imaginários que os trabalhadores do maior hospital geral do Estado mantêm com a organização e com seu trabalho, discutindo, a partir desse conhecimento, possíveis dispositivos para o cotidiano da gestão que favoreçam a criatividade e a responsabilização desses trabalhadores para com seu trabalho e com a instituição. Ao apreender o imaginário organizacional e as representações psíquicas dos trabalhadores acerca da organização, tenta-se contribuir para a explicitação dos fatores que condicionam o estabelecimento dos vínculos à organização, interessando-nos mais especificamente a adesão, e identificar quais desafios os vínculos e o imaginário organizacional observado impõem para os processos e dispositivos de gestão.

Elegeram-se como estudo de caso o setor de pediatria do hospital, tomando-se como referenciais teóricos para tal estudo a abordagem da Psicossociologia francesa sobre as organizações, e a Psicodinâmica do Trabalho.

Na apresentação dos resultados desta investigação, discutem-se os sentidos do trabalho, a partir de uma aproximação do imaginário organizacional, das representações dos trabalhadores sobre o seu trabalho, da sua visão sobre a gestão, e a dinâmica prazer versus sofrimento no trabalho. Na análise dos vínculos que os trabalhadores estabelecem com o trabalho e com a instituição, emergem os desafios para o cotidiano de gestão do hospital.

A tão esperada mudança nos nossos serviços de saúde parece não poder prescindir de uma reflexão crítica sobre o que temos hoje, e do reconhecimento quanto à importância da dimensão subjetiva, e intersubjetiva, como determinante dos modos de ser e de agir dos trabalhadores.

Palavras-chave: 1. Intersubjetividade e Gestão; 2. Trabalho em Saúde; 3. Psicossociologia e Gestão em Saúde; 4. Hospitais Públicos.

ABSTRACT

LIMA, Maria da Conceição de Santana. The subjective links with the work in a public hospital in the State of Sergipe: challenges for the processes and management arrangements. Rio de Janeiro, 2009, (107 p.). Thesis (MA). National School of Public Health Sérgio Arouca, Oswaldo Cruz Foundation.

This study intends to analyze the imaginary and symbolic links that the workers from the largest hospital in the state remain with the organization and their work, based on this knowledge, a discussion will be made about the possible devices for the daily management to encourage creativity and the responsibility of these workers with their work and with the institution. From the worker's organizational idea and the psychological representations of workers about the organization, a study about the factors that influence the establishment of links to the organization will be made, focused on the membership, and to identify the challenges that the organizational idea and the links observed are require to the processes and management arrangements.

Was selected as a case study the pediatric section of the hospital, using as theoretical reference for this study the approach of the French Psychosociology on organizations, and the psychodynamics of work.

In the results of this investigation, is discussed the meaning of the work, from an organizational approach, representation of the workers on their work, their vision on the management, and dynamic pleasure versus pain at work. In the analysis of the links that workers provide with work and with the institution, can be found challenges for the hospital daily management.

The long-awaited change in our health services cannot be done without a critical reflection on what we have today, and the importance of the subjective and intersubjective, as a determinant of the ways that the employees are and behave.

Key-words: 1. Intersubjectivity and Management; 2. Health Care Work; 3. Psycho sociology and Health Management; 4. Public Hospitals.

Sumário

I.Introdução.....	1
II. Os avanços do Sistema Único de Saúde – SUS e alguns desafios.....	9
III. O trabalho na sociedade contemporânea e o trabalho em saúde.....	12
3.1. A precarização do trabalho em saúde e suas implicações sobre a qualidade dos serviços.....	14
3.2. A dimensão intersubjetiva do trabalho em saúde e suas implicações sobre a qualidade do cuidado.....	16
3.3. O prazer e o sofrimento no trabalho.....	18
IV.As organizações e suas dimensões simbólica e imaginária.....	21
V. Abordagem Metodológica.....	26
5.1. Pressupostos da pesquisa qualitativa.....	31
5.2. Desenho do estudo e o trabalho de campo.....	33
VI. O SUS no Estado de Sergipe e o Hospital João Alves.....	36
6.1. A Reforma Sanitária e Gerencial.....	37
6.2. As Fundações Estatais.....	40
6.3. O Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE.....	41
6.4. A Pediatria do HUSE.....	44
VII. Os sentidos do trabalho.....	47
7.1. Aproximações sobre o imaginário organizacional.....	47
a) A pressão da demanda.....	48
b) O hospital que acolhe o trabalhador.....	53
c) O ressentimento sobre a população e o acolhimento possível: a caridade como saída?	56
d) O caleidoscópio organizacional.....	57
7.2. Uma aproximação às representações dos trabalhadores sobre o seu trabalho.....	59
7.3. Um olhar sobre a gestão.....	64
a) Incertezas e produção de sentidos sobre as mudanças na gestão....	64
b) Reconhecimento e suporte: falhas no exercício da função gerencial?.....	67

c) Os desafios e os sentidos da prática gerencial.....	74
7.4. Os sentidos do trabalho no HUSE: entre o prazer e o sofrimento.....	78
a) As fontes de sofrimento no setor de pediatria.....	78
b) Lidando com o sofrimento.....	81
b.1. Acomodação ao presente ou ilusão do futuro.....	81
b.2. O zelo e o cuidado.....	81
b.3. A negação do caos.....	82
b.4. A busca pelo reconhecimento.....	82
b.5. “Armengues” e improvisos: os “quebra galhos” no setor de pediatria.....	84
b.6. Entre a sobrevivência material e psíquica: a identidade profissional.....	85
VIII. Os vínculos com o trabalho e os desafios para os dispositivos e processos de gestão.....	86
IX. Considerações Finais.....	96
X.Referências Bibliográficas.....	100

ANEXOS.....	107
-------------	-----

Cronograma

Roteiro para as entrevistas semi-estruturadas

Roteiro para a observação participante

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais de Saúde

Termo de Autorização do Hospital

Organograma do HUSE

I. INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende examinar os vínculos – simbólicos e imaginários - que os trabalhadores de uma organização de saúde do setor público no Estado de Sergipe mantêm com essa organização e com seu trabalho, e discutir, a partir daí, dispositivos para o cotidiano da gestão que favoreçam a criatividade e a responsabilização dos trabalhadores para com seu trabalho e com a instituição à qual pertencem.

Sabemos que, em nosso país, a criação do Sistema Único de Saúde – SUS é um marco histórico para a Saúde Pública. Política de Estado, com garantia constitucional, concretiza-se na oferta à população de um sistema público que advoga a universalização do acesso, a descentralização das ações, o atendimento integral e a participação popular.

Antes da sua criação, que completou 20 anos em 2008, a saúde não era considerada um direito social. Até então, o modelo de saúde adotado dividia os brasileiros entre os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os segurados pela previdência social (trabalhadores com “carteira assinada”) e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS foi criado para, além de oferecer atendimento igualitário, cuidar e promover a saúde de toda a população. É um sistema que se constitui num projeto social único, materializado por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (Brasil, 2008).

Por ser um dos maiores serviços de saúde públicos do mundo, trata-se de uma proposta ousada, “*um processo social em permanente construção*” (CONASS, 2006:23) dependente da articulação eficiente entre as dimensões técnica, política, social e organizacional do trabalho em saúde para que, juntas, possa se conformar o sistema de saúde com que tanto sonhamos (CONASS, 2006).

É possível constatar resultados favoráveis para a saúde da população brasileira. Como exemplos, o Saúde da Família, estratégia de reorientação do modelo assistencial, cuja operação se dá mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Considerado “projeto dinamizador do SUS”, aumentou a cobertura populacional de 35,7% em 2003 para 46,6% em 2007. E o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, que tem a finalidade de prestar o socorro à população em casos de emergência, dando cobertura de 55% da população, com uma rede nacional que atende

a 1.269 municípios brasileiros, num total de 101 milhões de pessoas (Brasil, 2008).

Mas ainda há muito que se fazer, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Reconhecendo que persistem problemas para a consolidação do SUS como sistema público com capacidade para oferecer serviços de qualidade a toda população, atribuiu a esses problemas o status de “*desafios a superar*”, que perpassam questões como financiamento, modelo de atenção à saúde, participação popular, universalização e a gestão do trabalho (CONASS, 2006).

Dentre estes desafios, acredito que a gestão do trabalho seja um dos mais instigantes, por ser o trabalho em saúde, como afirma Franco (2006), um encontro de trabalhadores entre si, e entre eles e os usuários:

“... são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo”

(Franco, 2006:4)

Ademais, o trabalho em saúde, mesmo incorporando constantemente novas tecnologias e equipamentos, necessita de mão-de-obra intensiva, o que não diminui o contingente de trabalhadores; as instituições de saúde são “organizações profissionais”, nas quais os saberes e habilidades necessitam de formação específica, com suas normas definidas por associações profissionais. Os serviços são dependentes do ambiente sócio-político, no tocante à sua organização, já que seu funcionamento é regulado externamente, pelo setor de recursos humanos das Secretarias da Saúde (CONASS, 2006). São características próprias do trabalho em saúde que, a meu ver, explicitam o quão grande e complexo é o fazer gestão em saúde.

As transformações que levaram ao chamado “Estado mínimo”, marcantes nas décadas de 80 e 90, tiveram como reflexo as políticas restritivas aos quadros de pessoal do serviço público, abrindo espaço para a flexibilização dos vínculos, para a desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho, bem como ao aumento da informalidade dos empregos (CONASS, 2006).

A consequência foi a precarização do trabalho. Nogueira (2002) afirma que, na segunda metade dos anos 90, com a crescente informalidade do trabalho, o SUS seguiu

a tendência da realidade da economia brasileira, caracterizada por retirar dos trabalhadores direitos assegurados pela legislação trabalhista. Surgiram “*novas modalidades de gestão flexível, terceirizada e em parceria com instituições não lucrativas*” (2002:258) e o estabelecimento de contratos entre cooperativas de trabalho e gestores do SUS “*em condições que preservam a condição de autonomia dos médicos, mas com o preço da informalidade, ou seja, da desproteção social, que é pago sobretudo pelos trabalhadores de menor nível de qualificação*” (Nogueira,2002:258-259).

Somando-se ao que foi exposto, não se pode deixar de reconhecer a multiplicidade de agentes que atuam na produção do cuidado nos serviços de saúde, e também no seu consumo, ou seja, existem múltiplos interesses e agentes, produzindo processos de gestão para além dos espaços instituídos (CONASS, 2006) o que torna ainda mais difícil a gestão do trabalho em saúde.

Na sociedade ocidental contemporânea convivemos com um “*déficit de ideais e referências*”, forte individualismo, enfraquecimento de laços sociais, não cooperação, culto a urgência, incertezas, busca pela qualidade total, entre outros (Azevedo, 2005). E, no sistema público da saúde, o contexto é de “*apatia burocrática, do corporativismo e da baixa qualidade dos serviços*” (Sá & Azevedo, 2002:512).

Acredito que, em parte, tal contexto seja derivado de um processo histórico de mudanças no contexto político-social, que repercutiram de forma negativa no setor saúde. Ao número insuficiente de profissionais nos serviços, somam-se, entre outros fatores, as precárias condições de trabalho em alguns locais, e a ineficiência do modelo, ainda dominante, centrado na figura do médico e na assistência. Sá (2008) afirma que, a despeito dos avanços significativos do SUS, “*... se intensificam, nos serviços de saúde, os processos de desvalorização da vida e de banalização do sofrimento alheio presentes na sociedade*” (Sá, 2008). Para a autora, além das questões técnico-administrativas, tal situação pode ser atribuída a esse novo modelo de sociedade, em que “*... os padrões de sociabilidade e os modos de subjetivação na sociedade contemporânea também impõem sérias limitações ao trabalho em saúde e à sua qualidade*” (Sá, 2008).

Agregando-se a esse quadro, destacam-se outros aspectos, inerentes à própria essência do trabalho em saúde e que condicionam a qualidade do cuidado. O trabalho

em saúde tem como característica central sua dimensão intersubjetiva e de intervenção “*única de um sujeito sobre outro, em suas experiências singulares de vida, prazer, dor, sofrimento e morte*” (Sá, 2008) compreendendo-se que tal dimensão é indissociável das tecnologias e saberes, não sendo passível de controle gerencial. Por ser central ao trabalho em saúde, a dimensão intersubjetiva exige um trabalho psíquico do trabalhador - que será maior ou menor a depender da articulação de “*suas histórias individuais*” com as do coletivo de trabalho (Sá, 2008).

Tomando como referência a relevância do “trabalho” na construção da identidade do sujeito, Dejours (1999) ressalta, com fundamentação na psicanálise, que, na busca pela identidade, o sujeito adentra o “mundo intersubjetivo”, e a constrói em dois campos: o erótico e o social. Interessa-nos aqui a identidade social, para a qual não basta a relação com o outro, mas também a interação do sujeito com o real, numa conjunção desses três elementos. O trabalho é, portanto, o instrumento que permite essa interação, na qual o sujeito espera reconhecimento para o seu “fazer” e não para o seu “ser” (Dejours, 1999).

É uma visão para além do instrumental, do prescritivo, admitindo ser o trabalho uma ponte entre a subjetividade e a realidade, que torna o sujeito quem é, passível do julgamento do outro. Dejours também afirma que, nas situações de trabalho “*há em sua execução um lado completamente incompreensível, que não pode ser integralmente concebido nem prescrito de antemão*” (Dejours, 2008:131).

Podemos depreender que a realização do trabalho em saúde e sua gestão exigem, além de conhecimentos e práticas específicos do campo das ciências da saúde e da gestão, outros recursos teórico-metodológicos que favoreçam a compreensão da dimensão relacional do trabalho em saúde, que nada mais é do que o encontro das subjetividades do trabalhador com o usuário, surgindo daí o espaço – a que Merhy (2002) chama de “*espaço intercessor*” - para o “não-prescrito”, para as interações entre os sujeitos envolvidos no cuidado.

Assim, concebemos o trabalhador da saúde como um *sujeito*, não um “recurso” inanimado, destituído de sua subjetividade. Dotado de criatividade, tenta “*mudar as coisas (pequenas e grandes)*” no mundo das suas relações e de suas significações (Enriquez, 1994b:32), embora nem sempre seja essa a característica que usualmente encontramos nos trabalhadores da saúde.

Por ser um trabalho de características próprias, que lida não só com a vida e a morte, mas também com as intercorrências que afetam o trajeto entre uma e outra, há grande mobilização do psiquismo desses sujeitos – onde se abriga o imaginário, os processos de identificação, de projeção, de transferência, de defesa – nas suas relações, condicionando o seu modo de interação com o “outro”, que, na abordagem freudiana, pode ser considerado como um modelo, um objeto, uma sustentação ou mesmo um adversário (Chanlat, 1996).

Deve-se ter em mente que todas as organizações são também atravessadas por um imaginário, compartilhado pelos trabalhadores. Essa é uma dimensão invisível, poderosa na medida em que utiliza a estrutura psíquica dos indivíduos, já que eles se ligam a elas não apenas por vínculos materiais mas, principalmente, pelos vínculos “afetivos e imaginários” (Azevedo *et al*, 2002).

Ao iniciar minha vida profissional na ex-Fundação SESP, hoje FUNASA, intrigava-me (no bom sentido) o compromisso dos servidores com o seu trabalho e com aquela instituição, sempre imbuídos do orgulho indisfarçável de “serem sespianos”. Numa visão simplista, a explicação poderia estar nos salários diferenciados, na rígida disciplina administrativa, na boa estrutura disponível para o funcionamento dos serviços. Debaixo de uma hierarquia severa, e com clara definição de competências, realizava-se um trabalho extremamente prescritivo, desenvolvido com base em programas verticalizados e orientações técnicas padronizadas. Não havia espaço para a criatividade, para a inovação, e o temor pelo não alcance das metas era presença constante. Eu me perguntava: o que os mantêm tão implicados com o trabalho e com a instituição?

Posteriormente, trabalhando nas esferas estadual e municipal, deparei-me com uma realidade bem diferente: trabalhadores desmotivados, desvinculados, incapazes de acreditar, de apostar, num projeto comum. Insensíveis, resistentes a qualquer tentativa de mudança, seja no aspecto gerencial ou no campo dos processos produtivos. Embora alguns até fossem capazes de reconhecer a iniciativa gestora, no sentido de dar maior ênfase à educação permanente, por exemplo, ou investir na contratação de consultorias especializadas, o discurso geral continuava carregado de ceticismo, com argumentos tão superficiais quanto genéricos, para explicar a inutilidade, ou o suposto fracasso, de tais iniciativas. O que era evidente nesse cenário era o fato dos trabalhadores não se

reconhecerem como atores com potencial transformador da realidade, ou seja, não conseguirem se ver como sujeitos da ação.

Enriquez (1997) nos traz a concepção de que as organizações se apresentam como sistemas que afirmam uma determinada cultura, visam dar sentido à ação de seus membros por meio de mitos unificadores, e, também, são locais de projeção do imaginário de seus membros. Afirma ainda que, atualmente, as organizações constroem esses sistemas de forma voluntária, tentando tornar-se o lugar “sagrado” no qual as pessoas devem de identificar e crer, imprimindo sua marca no aparelho psíquico de seus membros de forma a torná-los motivados na realização de seus objetivos.

Apoiando-me ainda nas reflexões de Enriquez, este afirma que, para que se estabeleçam vínculos, é preciso que um grupo de pessoas tenha um projeto em comum, que pode ser uma tarefa, uma ação a realizar. Para que o projeto seja comum, pressupõe-se a existência de um sistema de valores interiorizado pelos membros do grupo. Tal sistema de valores deve estar apoiado numa representação coletiva, em um “imaginário social comum”:

“Não se trata unicamente de querer coletivamente; trata-se de sentir coletivamente, de experimentar a mesma necessidade de transformar um sonho ou uma fantasia em realidade cotidiana e de se munir dos meios adequados para conseguir isso”

(Enriquez, 1994c:57)

Porém, esse “sentir” está ligado a uma idealização de nós mesmos e da ação a ser realizada. O projeto deve ser tido como ideal, bem como os membros do grupo, para que haja a mobilização para a realização. Assim, os grupos funcionam com base em três elementos, presentes em graus variáveis, na formação de todo grupo: são eles a idealização, a ilusão e a crença.

Presente na elaboração dos projetos comuns, a idealização é que confere “consistência” às pessoas e ao projeto; reforça o “eu ideal” e o “ideal do eu” (Enriquez, 1994c). A ilusão permite canalizar os desejos para o projeto, não permitindo questionamentos quanto ao valor desses desejos. E a crença, estágio seguinte à ilusão, é que dá a certeza, eliminando a verdade.

Azevedo nos fala que, na atual conjuntura de crise no setor saúde no Brasil, com

desvalorização dos serviços públicos e o enfraquecimento da Reforma Sanitária, existem “*importantes limitações ao desenvolvimento de processos de idealização envolvendo as organizações públicas de saúde*” (Azevedo et al, 2002:241). Para Campos (1998), ao longo da implantação do SUS houve várias experiências para aumentar a democracia nas instituições, porém insuficientes tanto para atingir os objetivos pretendidos para o sistema como para “*diminuir o alto grau de alienação que se constata entre a maioria dos trabalhadores*” (Campos, 1998:864). Ao refletir na invenção de um modelo de gestão que seja uma alternativa à gestão taylorista, trata da necessidade de se garantir a produção de saúde com qualidade, a sobrevivência do sistema e, também, a realização dos trabalhadores.

Na visão de Cecílio (2007), os gestores devem reconhecer o “*espaço de liberdade irredutível dos trabalhadores de saúde*” (Cecílio, 2007:348) e questiona, ao trazer as seis funções administrativas de Fayol – administrar, prever, organizar, comandar, coordenar e controlar (Fayol *apud* Cecílio, 2007): “*será possível, numa prática gerencial libertária e inovadora, ir além das seis funções administrativas pensadas por Fayol(...)?*” (2007:350).

A estes questionamentos, Ceccim (2007) responde que a sétima função teria um componente de escuta pedagógica, com atenção às organizações de saúde em suas necessidades de atualização, de mudanças, de construção pedagógica de novos “*saberes e fazeres*”.

E, a mudança, na concepção de Lèvy (1994), é um “*acontecimento psíquico*”, portanto subjetivo; é nessa esfera que ela, a mudança, pode acontecer, na “*possibilidade de desligamentos e de novas combinações*” (Lèvy, 1994b:116):

“... as mutações, a emergência de instituições e de novas práticas sociais se realizam, antes de tudo, por um trabalho do espírito, o único capaz de desfazer relações antigas e elaborar novas e que, se o ato é fundador, ele o é apenas se fizer sentido”.
(Lèvy, 1994b:117)

Cecílio (2007) afirma que “*... o ponto de partida de toda a pretensão de se conduzirem mudanças verdadeiras na forma de se fazer a gestão e de se organizar o cuidado em saúde, deva ser a capacidade de aprender a interrogar o mundo do*

trabalho, antes de propor, aprioristicamente, conceitos e/ou modos muito prescritivos de se fazer a gestão” (Cecílio, 2007:348). E continua: *“Os dispositivos de gestão, se é que podemos chamá-los assim, são o próprio ato de interrogar”* (2007:348).

É um desafio, por ser o trabalho em saúde portador de uma lógica racional, objetiva, cobrada a todo instante na rotina das organizações, deixando, quase sempre, o campo das relações subjetivas em segundo plano, embora seja uma dimensão determinante no estabelecimento dos vínculos e da autonomia dos trabalhadores.

Cecílio (2007), reconhecendo o tanto de liberdade e autonomia na ação humana, nos diz:

“... eu penso que dançamos sempre, mesmo nos exíguos espaços que parecem nos sobrar entre tantas "determinações", tantas relações de poder, tantas normas e regras. Os trabalhadores dançam sempre, tantas vezes impacientes com a secreta dureza de seus destinos. E como poderíamos escutar seus gemidos, se estivéssemos abertos para isso!”

(Cecílio, 2007:347)

Assim, diante das minhas inquietações, frente às experiências profissionais que vivenciei, surgiu o interesse de realizar o presente estudo buscando responder às questões:

- Que vínculos os trabalhadores estabelecem com o trabalho e com a organização?
- Que imaginário os trabalhadores têm acerca da instituição em que trabalham, e do seu trabalho? Como esse imaginário interfere no seu vínculo à organização e na qualidade do seu trabalho?
- Seria possível converter tal conhecimento em dispositivos para o cotidiano da gestão, de forma a contribuir para o investimento afetivo, simbólico, imaginário, do trabalhador em seu trabalho?

A partir das considerações anteriores, o presente estudo teve por objeto os vínculos - simbólicos e imaginários - que os trabalhadores do Hospital de Urgências de Sergipe – HUSE mantêm com a organização e com seu trabalho, objetivando examinar esses vínculos e, a partir desse conhecimento, discutir possíveis dispositivos para o cotidiano da gestão que favoreçam a criatividade e a responsabilização dos

trabalhadores para com seu trabalho e com a instituição. Ao apreender o imaginário organizacional e as representações psíquicas dos trabalhadores acerca da organização, tenta-se contribuir para a explicitação dos fatores que condicionam o estabelecimento dos vínculos à organização, interessando-nos mais especificamente a adesão, e identificar quais desafios os vínculos e o imaginário organizacional observado impõem para os processos e dispositivos de gestão.

Acredito que a discussão do imaginário do trabalhador da saúde, e suas representações sobre seu trabalho e a instituição à qual estão ligados, possa contribuir para identificar fatores condicionantes para o estabelecimento dos vínculos e o que interfere na qualidade desses vínculos. Tal conhecimento faz-se importante na medida em que poderá subsidiar o desenvolvimento de estratégias de organização do trabalho e da gestão que contribuam com esses trabalhadores no acesso à sua própria subjetividade, aos significados de suas práticas e de suas relações.

A apresentação dos resultados desta investigação é feita a seguir em dois capítulos. No primeiro, discutem-se os sentidos do trabalho, a partir de uma aproximação do imaginário organizacional, das representações dos trabalhadores sobre o seu trabalho, da sua visão sobre a gestão, e a dinâmica prazer *versus* sofrimento no trabalho. No segundo, analisam-se os vínculos que os trabalhadores mantêm com o trabalho e com a instituição, trazendo, nessa análise, alguns desafios para os dispositivos e processos de gestão do hospital.

Acredito que, somente explorando essa dimensão subjetiva seja possível colaborar no sentido de encontrar estratégias de gestão que alterem a realidade para melhor, que apontem para serviços mais eficientes em consequência do maior engajamento dos trabalhadores ao modelo proposto pelo SUS. Também acredito que, a tão esperada mudança nos nossos serviços de saúde não pode prescindir de uma reflexão crítica sobre o que temos hoje, e do reconhecimento quanto à importância da dimensão subjetiva como determinante dos modos de ser e de agir dos trabalhadores.

II. Os Avanços do Sistema Único de Saúde – SUS e alguns de seus desafios

“A gestação do novo, na história, dá-se, frequentemente, de modo quase imperceptível para os contemporâneos, já que suas sementes começam a se impor quando ainda o velho é quantitativamente dominante.”

No Brasil, o período de governo sob o regime militar, de 1964 a 1985, foi marcado por repressão da comunicação entre Estado e sociedade, pela exclusão econômica de grande parte da população, pelo bipartidarismo, por uma nova Constituição Federal (1967). Paralelamente à intensa repressão política, houve uma fase de crescimento econômico, porém grande parcela da população estava fora do mercado formal de trabalho. No setor saúde, instituições privadas prestavam assistência aos trabalhadores; o enfoque do sistema estava na medicina curativa e, a saúde pública, carente de recursos, limitava-se a campanhas de baixa eficácia, e sofria os efeitos da repressão política e da perseguição a pesquisadores (Escorel *et al*, 2005).

Com os sinais de insatisfação e desgaste do modelo vigente, apresenta-se um cenário propício para o surgimento do *“movimento sanitário, entendido como um movimento ideológico com uma prática política”* (Escorel *et al*, 2005:64) que, unindo-se às organizações da sociedade civil, luta pela democracia. Com o fim do regime militar, é convocada, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foram lançados os princípios da Reforma Sanitária (Escorel *et al*, 2005): o conceito ampliado de saúde; a saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado, e *“a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade”* (CONASS,2006:24-25). Para o movimento pela reforma, *“a saúde é resultante de um conjunto de situações e fatores sociais ou, em outras palavras, saúde é uma produção sócio-histórica”*, e o Brasil, para ser reconduzido à *“plenitude democrática”*, necessitaria de políticas públicas de reconhecimento dos direitos sociais (Pasche & Hennington, 2006:20).

Em 1988, é promulgada a chamada *“Constituição Cidadã”*, a 8ª do Brasil, *“marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública”* (Escorel *et al*, 2005:80) pois assegura, em seu artigo 196, que *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

Nesse breve relato, no qual se tenta resgatar, de maneira sucinta, a história do movimento pelo qual passou o setor saúde nos últimos anos, creio ser possível perceber que a mudança foi fruto de um longo período de politização da saúde, envolvendo profissionais da área e também movimentos sociais, universidades, instituições de saúde e políticos. Assim, o Sistema Único de Saúde – SUS, criado pela Constituição Federal - CF, “*cumprir uma dupla jornada: recriar as bases doutrinárias do sistema de saúde e, pari passu, reconstruir saberes e práticas e reorganizar a rede de atenção e seus serviços*” (Pasche & Hennington, 2006:21).

Em 1990, a Lei 8.080 dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, e a Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade no SUS, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde. Estas leis configuram, junto à seção de saúde da CF, as bases jurídicas do SUS, sistema organizado por uma rede diversa de serviços, e que apresenta números significativos, como 12 milhões de internações hospitalares por ano; cobertura vacinal em menores de 01 ano, de 40% em 1978 para 94,7% em 1999; e programas bem sucedidos, como o Sistema Nacional de Transplantes, presente em 23 estados, o maior programa público de transplante de órgãos do mundo (CONASS,2006). São exemplos aleatórios, dentre tantos outros, que expressam as mudanças advindas da implantação do novo sistema, e a conseqüente melhoria na qualidade da saúde da população.

Todavia, mesmo tendo gerado um campo favorável ao surgimento de “propostas inovadoras” na assistência e na gestão - face aos princípios da reforma sanitária que o orientam - o setor saúde carece ainda de instrumentos teóricos, técnicos e políticos que dêem conta “*das múltiplas dimensões e contradições determinantes da atual situação dos serviços de saúde no país*” (Sá, 2001:152).

A crise pela qual o setor saúde vem passando pode ser traduzida como uma “*crise de governabilidade do sistema e das organizações de saúde, de resolutividade e eficiência*” (Azevedo *et al*, 2002:236). Para além do contexto político-institucional, no qual o Estado não garante financiamento e condições de operação das organizações públicas de saúde, gerando angústia pela incerteza de sua sobrevivência (Azevedo *et al*, 2002), há também um processo de “*deterioração da qualidade dos serviços de saúde*” que tem, como pano de fundo, o corporativismo, a apatia, a omissão dos profissionais, a falta de ética e de respeito, bem como a “banalização” do sofrimento e da dor do outro

(Sá, 2001). Somando-se a este quadro, as dificuldades político-institucionais para se compor uma rede de assistência à saúde, a “*falta de autonomia gerencial*” nos serviços, os problemas de infra-estrutura, a transitoriedade dos quadros de direção, o “*baixo compromisso com o serviço público*” (Sá & Azevedo, 2002).

Segundo Azevedo, os indivíduos se ligam às suas instituições/organizações principalmente por vínculos afetivos e imaginários e não só, como poderia se supor, pelos vínculos materiais, assinalando que “*toda organização é objeto de transferência, não só espontânea, mas também induzida, de afetos, emoções, qualidades e atitudes,(...)*” (Azevedo et al, 2002:243).

III. O Trabalho na Sociedade Contemporânea e o Trabalho em Saúde

As sociedades contemporâneas apresentam-se hoje num contexto de individualismo exacerbado, de exclusão e segregação social, de desregulamentação, de intolerância, de desvalorização do sujeito e da interioridade, ao tempo em que há uma supervalorização da dimensão econômica (Sá, 2001).

Vivemos a era do capitalismo flexível. A ênfase dada hoje à flexibilidade, segundo Sennett (2008), está mudando o significado do trabalho. Sob a égide de ser uma nova ordem, de dar às pessoas mais liberdade para correr riscos e ajustarem suas vidas, a ordem econômica contemporânea cria novas formas de controle que, para este autor, “*são difíceis de entender. O novo capitalismo é um sistema de poder muitas vezes ilegível*” (Sennett, 2008:10). Para Bauman (1999) a flexibilidade pretende ser um princípio que se aplica “*à oferta e à procura do mercado de trabalho*”, no qual os empregos surgem e desaparecem sem aviso prévio, assim como as regras de contratação e demissão:

“Flexibilidade do lado da procura significa liberdade de ir aonde os pastos são verdes, deixando o lixo espalhado em volta do último acampamento para os moradores locais limparem; acima de tudo, significa liberdade de desprezar todas as considerações que ‘ não fazem sentido economicamente’”.

(Bauman, 1999:113)

A estabilidade é contestada, não existe mais o “longo prazo”: os trabalhos são episódicos ou por contrato. As organizações tornam-se planas e flexíveis, adotando a

forma de “rede”, em substituição às organizações tipo “pirâmide”, sob a argumentação de se eliminar camadas de burocracia. As redes institucionais modernas têm “laços fracos”, face às formas passageiras de associação, de trabalho em equipe, que passam de tarefa em tarefa – os laços fortes, como lealdade institucional e disponibilidade de estabelecer compromissos, dependeriam de associações a longo prazo, o que não é mais atraente, numa economia na qual *“o distanciamento e a cooperatividade superficial são uma blindagem melhor para lidar com as atuais realidades que o comportamento baseado em valores de lealdade e serviço”* (Sennett, 2008:25). O autor complementa, afirmando que essa nova ordem corrói o caráter das pessoas, *“sobretudo aquelas qualidades de caráter que ligam os seres humanos uns aos outros, e dão a cada um deles um senso de identidade sustentável”* (2008:27).

É um tempo de incertezas, já incrustadas nas práticas cotidianas do capitalismo; tempos em que, embora o discurso da flexibilidade sugira a “morte da rotina” com seus males burocráticos, por meio da criação de instituições mais flexíveis, a maior parte da mão-de-obra permanece no “fordismo”; tempos em que se pede aos trabalhadores agilidade, que assumam riscos, que se mantenham abertos às mudanças, mas também há a geração de ansiedade nas pessoas, por não saberem que caminho seguir (Sennett, 2008).

No Brasil, nos serviços públicos e, particularmente, nos serviços de saúde, talvez não seja possível afirmar que as coisas aconteçam dessa forma. Existe a admissão por concurso, gerando certa estabilidade dos trabalhadores, que podem ascender funcionalmente mediante a existência de planos de carreira institucionais, e que lhes garante a aposentadoria.

No trabalho em saúde a ansiedade acontece, mas por ser um trabalho que lida com a dor, a vida do outro, a morte. A produção do cuidado se realiza não só na dependência de saberes e fazeres técnicos, mas também no campo das relações, no encontro das subjetividades de usuários e trabalhadores. A humanização, o trabalho em equipe, o acolhimento, a assistência integral, têm sido temas presentes nas discussões de políticas para o setor, num reconhecimento quanto à importância da dimensão intersubjetiva dos processos de trabalho em saúde (Sá, 2008).

Para esta autora, está acontecendo *“um processo de brutal desvalorização da vida, individual e coletiva, na sociedade brasileira e, especificamente, no âmbito de nossos*

serviços de saúde” (Sá, 2001:154). Tal situação é gerada por diversos fatores, o que demonstra sua complexidade. Escassos recursos financeiros para a saúde, clientelismo político, corrupção, falta de respeito e solidariedade entre os trabalhadores e com os usuários, poderia explicar em parte esse quadro (Sá, 2001). A autora enfatiza que muitos profissionais são incapazes de se solidarizar com o sofrimento alheio por não saber lidar com o seu próprio sofrimento psíquico, advindo não só do seu processo de trabalho, mas também das más condições em que se encontram os serviços públicos de saúde. No campo da gestão, os profissionais sofrem com a pouca autonomia, baixa governabilidade, e por uma cultura organizacional “*de extrema centralização e baixa responsabilidade, dominante nas organizações públicas brasileiras*” (Sá & Azevedo, 2002:524).

3.1. A precarização do trabalho em saúde e suas implicações sobre a qualidade dos serviços

O setor saúde insere-se no “setor de serviços”, também denominado de “setor terciário” da economia. Os trabalhadores que integram este setor executam atividades cujo produto pode ser vendável, ou algo no qual “a produção e o consumo são indissociáveis”, acontecendo simultaneamente, como é no caso da prestação de serviços de saúde (Pires,1999). Apoiados em Médici *et al* (1992) adotaremos, no presente trabalho, o conceito de “trabalhador da saúde”, fazendo uma diferenciação deste para com o “profissional de saúde” e o “pessoal da saúde”. São considerados “trabalhadores da saúde” aqueles que “se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor”. “Profissional da saúde” é o que detém a formação profissional específica, ou a capacitação (que pode ser prática ou acadêmica) para o desempenho das atividades “ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde”, podendo, ou não, estar empregado no setor saúde. E “pessoal da saúde” é uma categoria representativa da intersecção entre as duas anteriores: são os trabalhadores da saúde que detém formação ou capacitação “para exercer funções ou atividades de saúde” (Médici *et al*, 1992).

No Brasil, a saúde representa o setor que, além de sua relevância pelos serviços prestados a população, atuando em mais de cinco mil municípios, é também grande

gerador de empregos: mais de dois milhões, num mercado que exige, para o desempenho de qualquer de suas atividades, “*profissionais com qualificação específica, seja ela formal ou empírica*” (Machado,2005:266). O trabalho em saúde hoje é desenvolvido por equipes multiprofissionais, abrindo espaço para novas profissões, e a feminilização “*tornou-se marca registrada no setor*”, com impacto maior em algumas profissões, como na profissão médica (Machado, 2005).

Porém, num mercado de trabalho de tal magnitude abriu-se espaço para diversas modalidades de contratação e de jornadas de trabalho. A precarização do trabalho em saúde, fruto da política neoliberal de flexibilização da década de 1990, atingiu o SUS com as contratações de serviços por terceirização que, como forma de driblar a burocracia estatal, criou insegurança quanto a prestação dos serviços (Machado, 2005). Para Pereira, a terceirização dos trabalhadores – seja via cooperativas, fundações ou organizações não-governamentais, gera a sua “fragmentação”, dificultando a organização política e, ao mesmo tempo, “*desqualifica o atendimento, com profissionais desvalorizados e desmotivados*” (2004:375), sem garantia de seus direitos sociais e trabalhistas.

No campo da gestão de recursos humanos, Machado (2005) afirma que a década de 90 foi “*a década perdida para os trabalhadores da saúde*” (2005:274) pois o SUS, voltando-se para as questões de sua consolidação enquanto sistema, negligenciou seus trabalhadores, sem a preocupação efetiva de criar uma política de recursos humanos coerente com seus princípios. Assim, caracterizam esse período o “abandono” da perspectiva, por parte dos trabalhadores, de ter um plano de carreira profissional, a precarização do trabalho, o desestímulo, a desmobilização dos movimentos sindicais, entre outros problemas a serem enfrentados (Machado, 2005). Ainda segundo esta autora, “*o saldo político é uma enorme dívida social com os trabalhadores*” (Machado, 2005:274).

Com o novo governo, em 2003, é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, dentro do Ministério da Saúde, iniciativa do Governo Federal que trouxe novas perspectivas para os trabalhadores e gestores, por ter como função “*tratar especificamente da gestão dos recursos humanos na dimensão do trabalho e da educação na saúde*” (Machado, 2005:274), Ao propor a implementação de uma política de desprecarização do trabalho em saúde, entre outras propostas, “*parece visar ao*

fortalecimento dos preceitos instituídos pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica de Saúde, de 1990” (Pereira, 2004:377).

3.2. A dimensão intersubjetiva do trabalho em saúde e suas implicações sobre a qualidade do cuidado

*“Somos uma mistura de autonomia, de liberdade, de heteronomia e, eu diria mesmo, de
possessão por forças ocultas que não são simplesmente as do inconsciente trazidas à
luz pela psicanálise. Eis uma das complexidades propriamente humanas.”*
(Morin, 2006: 67)

Merhy (1999) considera que as finalidades do trabalho em saúde são inquestionáveis – proteger e promover a saúde, e curar – mas a grande questão está em como se chegar a isso, considerando que *“o que o trabalho em saúde produz é um certo modo de cuidar, que poderá ou não ser curador ou promovedor da saúde”* (Merhy, 1999:307). Assim, é patente a responsabilidade de se *“operar com saberes tecnológicos, de expressão material e não material, a produção do cuidado individual e/ou coletivo, que promete a cura e a saúde”* (Merhy, 2003:23) entendendo-se, na concepção deste autor, que as dimensões materiais e não materiais estão expressas na forma de tecnologias, as quais ele denomina “duras” – representadas pelos equipamentos e máquinas; “leve-duras” que são os saberes adquiridos, inscritos no pensar e organizar a atuação sobre os casos de saúde, mas ao mesmo tempo “duras” por se constituírem num “saber-fazer bem estruturado”; e as tecnologias “leves”, compostas pelas relações estabelecidas ao se produzir os atos de saúde (Merhy, 1999). Para este autor, qualquer ação de um trabalhador da saúde junto a um “usuário-paciente” constitui-se num “trabalho vivo em ato”, por ser o encontro de duas pessoas num processo intersubjetivo em que uma atua sobre a outra, e no qual se desenvolve um “jogo de expectativas e produções” num espaço intercessor que pode gerar, ou não, o acolhimento, a cumplicidade, a confiabilidade (Merhy, 1999).

O trabalho em saúde traz em si a especificidade dada pelo seu objeto – *“a vida, o prazer, a dor, o sofrimento, a morte em suas manifestações singulares no corpo e alma*

(no psiquismo) de cada sujeito” - e dada também por sua característica relacional, intersubjetiva, na medida em que se constitui numa *“intervenção de um sujeito sobre outro”* (Sá,2005:46). Essas características fazem com que o trabalho em saúde se constitua num desafio, já que o ser humano, na perspectiva psicanalítica, pode ver o outro também como uma ameaça, e não só como um apoio, o que pode ser um fator limitante ao exercício da solidariedade (Sá *et al*, 2008) necessária ao cuidado. Devido a essa centralidade na dimensão intersubjetiva, o trabalho em saúde exige grande trabalho psíquico por parte dos trabalhadores, envolvendo processos psíquicos como fantasias, ilusões, identificações, idealizações, tanto em relação ao outro como ao próprio trabalho, e que podem ser positivas ou negativas, repercutindo igualmente na qualidade do cuidado (Sá, 2009).

Tal trabalho psíquico pode ser mais intenso dado o contexto organizacional e social, bem como pelas condições materiais, no qual o trabalho é realizado, impactando na dinâmica prazer-sofrimento, na qualidade e na organização do trabalho (Sá, 2009). Para esta autora, a resposta dos sujeitos a essa exigência do trabalho psíquico se dará na dependência da *“articulação de suas histórias individuais com as do conjunto intersubjetivo”*, sendo também condicionante para a qualidade do cuidado produzido (Sá, 2009).

Para se compreender os processos relacionais/intersubjetivos presentes no trabalho em saúde, e nos vínculos que os trabalhadores estabelecem com as organizações, faz-se importante discutir o “sujeito”.

Cada indivíduo carrega *“um ódio inconsciente de si, como também um amor consciente por si”* (Enriquez,1994a:49) projetando esse ódio no “outro” que, em se parecendo conosco, pode ser *“o objeto no qual nos livramos do que nos assombra e nos divide”* (Enriquez, 1994a:49).

Na compreensão de que existe algo para além da singularidade de cada um, Morin (2006) nos fala que a diferença entre os indivíduos está no fato de que cada indivíduo é um *sujeito*, aquele que se coloca como o centro de seu próprio mundo, *“para poder lidar com ele e lidar consigo mesmo”* (Morin, 2006:66). O sujeito teria como característica a autonomia, em contraposição à idéia do ser “heterônomo”, utilizada para o *indivíduo*, aquele que se sujeita “aos imperativos sociais” de uma cultura, de uma sociedade na qual está inserido e que, sendo determinante de sua conduta, permite

também a análise e reflexão quanto às condutas dele e dos outros (Enriquez, 1994b). O sujeito seria, então, o “ser criativo”, que transforma o mundo a partir do seu cotidiano, de seu trabalho, de suas relações sociais, opondo-se ao indivíduo – aquele que só sabe reproduzir “*o funcionamento social tal como ele é*”, embora Enriquez (1994) admita não existir nem autonomia nem heteronomia plenas, por serem os homens seres contraditórios, e, a depender do momento, podem ser mais “indivíduos” ou mais “sujeitos”.

Para a Psicopatologia do Trabalho (Dejours & Abdoucheli, 2007) o homem é um sujeito pensante, que pensa sua relação com o trabalho, interpreta sua situação e a socializa por meio da intersubjetividade e, em função dessas interpretações, reage organizando-se nos plano mental, físico e afetivo, agindo sobre seu processo de trabalho, contribuindo para a construção, e também para a evolução, das relações sociais de trabalho (Dejours & Abdoucheli, 2007).

À luz da Psicodinâmica do Trabalho, sujeito é o “sujeito do sofrimento”. O sujeito do inconsciente, com suas origens e fundamentos nas relações intersubjetivas construídas na família, surge a partir de quando é instrumentalizado pela palavra. Suas crenças e desejos, constituídos na infância, quando confrontados com o real, encontram resistências ao que sua história singular traz como expectativas em relação à sua realização nas relações de trabalho. Desse confronto, advém o sofrimento: o “sujeito do sofrimento”, que pode passar ao prazer, mediada, essa passagem, pelo trabalho (Dejours, 2008).

3.3. O prazer e o sofrimento no trabalho

“O trabalho não é apenas um teatro aberto ao investimento subjetivo, ele é também um espaço de construção do sentido e, portanto, de conquista da identidade, da continuidade e historicização do sujeito”.

(Dejours & Abdoucheli, 2007: 143)

A Psicodinâmica do Trabalho, no sentido de dar conta das questões pertinentes as relações subjetivas de homens e mulheres em situações de trabalho, será o referencial para o desenvolvimento desse tópico.

Dejours (1999) afirma que sempre há sofrimento no trabalho. O sofrimento, entendido como uma vivência associada à corporalidade – é preciso que haja um “corpo” que sofre, inserido no mundo com suas relações - leva o sujeito à reflexão, o que não é o bastante para fazer com que essa experiência seja totalmente consciente. A concepção de sofrimento seria um estado mental caracterizado por se situar entre a saúde mental e a doença mental descompensada. O sofrimento é uma experiência vivenciada de forma singular, permanecendo única, ainda que sejam possíveis as estratégias de defesa “coletivas”, resultado da cooperação entre os sujeitos.

Assim, o sofrimento no trabalho nem sempre chega ao estágio da descompensação, porque os sujeitos constroem suas defesas coletivamente, para além das defesas descritas no campo da psicanálise; o sofrimento, junto às estratégias de defesa, sejam elas individuais ou coletivas, tem como resultante a “normalidade”. Esta é o *“resultado conquistado mediante uma luta feroz entre as exigências do trabalho e a ameaça de desestabilização psíquica e somática”* (Dejours, 1999:19).

Necessário se faz, nesse momento, trazer a noção de “identidade”, para compreender outra dimensão do sofrimento no trabalho. Para a psicanálise, essa noção carrega em si “certa precariedade”, por ser a identidade jamais totalmente conquistada - diferentemente de “personalidade”, que, juntamente com o caráter, conferem estabilidade à pessoa (Dejours, 2008). Assim o sujeito busca, no trabalho, a auto-realização, que se traduz na luta para conquistar sua identidade no campo social. Ao trazer a idéia de que *“o sofrimento no trabalho é expectativa com relação à auto-realização, ou seja, para ultrapassar os obstáculos que nossos pais não conseguiram nos fazer transpor”*, Dejours (1999:20) afirma que o sofrimento do sujeito é herança do sofrimento de seus pais, sendo anterior ao trabalho; mas é no trabalho, na busca pela identidade social, que ele vive, no presente, o sofrimento.

Para a construção da identidade no campo social é necessário, além das relações com o outro, a relação com o “real”. A relação com o real é mediada pelo trabalho. Assim, para que se construa a identidade social, o sujeito necessita do julgamento do “outro”, não pelo que ele é, mas pelo que ele faz: *“O que o sujeito procura fazer reconhecido é o seu fazer e não o seu ser”* (Dejours, 1999:21) para que, depois de ter o seu trabalho reconhecido, transferir esse reconhecimento para o “registro” de sua identidade.

Não sendo reconhecido, ou se a situação de não- reconhecimento persistir, a relação entre sujeito-trabalho-outro pode ser abalada, sendo perigoso para a identidade do sujeito, no sentido de que pode levá-lo a algum tipo de alienação (Dejours, 1999).

Ao considerarmos que o trabalho sempre resulta no sofrimento do homem, devemos ter em mente que não é possível eliminá-lo. A questão é transformar esse sofrimento em prazer: pelo que aqui foi exposto, pressupõe-se que esse prazer adviria da construção da identidade social, com a auto-realização. Mas a passagem sofrimento-prazer não é direta, estaria condicionada ao “reconhecimento”: o sujeito espera o reconhecimento dos colegas (primeiramente) e dos superiores hierárquicos (Dejours, 1999).

“Sem o reconhecimento, não pode haver sentido, nem prazer, nem reapropriação em relação à alienação” (Dejours, 2008:262). Sem o reconhecimento dos esforços pessoais, das contribuições dadas, *“o sofrimento é experimentado como absurdo, torna-se sem sentido porque não pôde ser transformado, não pôde ser subvertido. Nesta situação, o sujeito é condenado à repetição, à crise de identidade, à doença”* (Dejours, 1999:32). Para este autor, o reconhecimento, em Psicodinâmica do Trabalho, teria dois sentidos: o da gratidão, pelas contribuições do trabalhador à organização, e o sentido da admissão, da constatação, dessas contribuições, dando a elas a devida importância para a organização do trabalho.

O autor também aponta que, para reconhecer as contribuições dos trabalhadores seria necessário, por parte dos superiores, admitir que a organização prescritiva do trabalho não é suficiente, na medida em que existem elementos que fogem ao controle, à prescrição; seria reconhecer a distância existente entre o que está prescrito para o trabalho e a realidade - a diferença entre o trabalho real e o trabalho prescrito.

Dejours define trabalho como *“a atividade coordenada de homens e mulheres para defrontar-se com o que não poderia ser realizado pela simples execução prescrita de uma tarefa de caráter utilitário com as recomendações estabelecidas pela organização do trabalho”* (Dejours, 2008:137). Esta definição, para ser compreendida, nos remete aos conceitos de “tarefa” e “atividade”. A primeira diz respeito ao que se executa segundo as especificações/prescrições determinadas pela organização. Já a atividade refere-se ao que realmente se faz no trabalho, ficando claro que, entre uma e outra, existem os “ajustes” que redefinem os objetivos inicialmente determinados;

porém, ambos os conceitos nos reportam à idéia do que é “real” no trabalho, ou seja, ao que não pode ser controlado pela simples aplicação da prescrição.

Para lidar com o inesperado, com o que ainda não está prescrito na organização do trabalho, o trabalhador necessita fazer uso da inteligência - em sua capacidade de encontrar soluções, memorizar experiências anteriores, ser criativo; da cooperação (condicionada a construção de “*relações intersubjetivas de confiança*” que precedem a “vontade” de cooperar); e de uma “*mobilização subjetiva*”, que envolve processos psíquicos particulares, com uma dinâmica apoiada na relação contribuição/retribuição (Dejours, 2008). Ao contribuir com a organização do trabalho, para que o processo de trabalho avance, o trabalhador espera a retribuição, que, contrariando o senso comum, não é material, mas a retribuição em sua dimensão simbólica: o reconhecimento pelo seu fazer (Dejours, 2008).

Assim, como aponta este autor, “*o trabalho real é tanto subjetivo como intersubjetivo e repousa sobre as energias do domínio afetivo*” (Dejours, 2008:136), ultrapassando as dimensões técnico-econômica e sócio-ética, desdobrando-se no universo objetivo, no social e no subjetivo. Negligenciar a dimensão subjetiva do trabalho pode levar a efeitos indesejáveis para a produtividade, e também para a saúde mental dos trabalhadores.

IV. As organizações e suas dimensões simbólica e imaginária

“Para compreender a organização é necessário então admiti-la como fruto do cruzamento de projetos racionais e conscientes, advindos da cena voluntária, e também de fantasias e desejos que são operantes, que afetam a vida psíquica dos indivíduos e grupos, conformando uma outra cena: a do inconsciente e do imaginário”
(Azevedo, 2007)

Sem a pretensão de esgotar esse tema, serão abordadas aqui algumas reflexões, sob o referencial teórico da Psicossociologia francesa, que considera o “fenômeno organizacional”, permitindo-nos uma abordagem da dimensão inconsciente das organizações (Azevedo *et al*, 2002), para além das teorias organizacionais tradicionais.

Para a Psicossociologia e a sociologia das organizações, as organizações empresariais seriam vistas como “*um sistema social e humano colocando problemas de ligação, de decisão, de participação no poder e de controle das atividades*” (Enriquez, 1997:9). Surgem assim os componentes político e afetivo como preocupações centrais, a despeito da concepção de que as organizações seriam “conjuntos estabilizados”, racionais no seu intento de produzir bens e serviços. Enriquez aponta o surgimento de outra abordagem: considerando as organizações como o lugar no qual se encontram desejos individuais e coletivos, projetos voluntaristas e também fantasmas, configura-se a organização como um sistema cultural, simbólico e imaginário.

Segundo Chanlat (1996) as organizações mantêm uma “*ordem organizacional*”, constituída por um subsistema estrutural e material, e por outro, denominado simbólico. O primeiro assegura a produção dos bens e serviços e o segundo, representa o “*universo das representações individuais e coletivas que dão sentido às ações, interpretam, organizam e legitimam as atividades e as relações que homens e mulheres mantêm entre si*” (Chanlat, 1996:40).

A leitura que Enriquez (1997) faz das organizações é atravessada pelo referencial psicanalítico, pela “coincidência” de interesses, refletida na sua vontade, enquanto pesquisador, de “*descobrir relações não previstas, correspondências entre as coisas e entre os fenômenos, convivências esquecidas, correlações sutis*” (Enriquez, 1997:15). Este autor nos diz que Freud foi capaz de encontrar os “elos” que poderiam ligar o inconsciente individual e a vida social, e que a exploração dos processos inconscientes da psique individual pode contribuir com as ciências psicológicas e sociais, por ter o inconsciente papel importante nas condutas humanas.

Ao adotar a perspectiva freudiana, Enriquez nos diz que a sociedade não pode existir sem mitos, lendas, símbolos, face à necessidade de se reportar a uma “ordem transcendente” que avaliza sua existência, afirmando que “*toda instituição social é assim uma ‘criação imaginária’*” (Enriquez, 1997:19) perpassada pelas pulsões de vida e de morte. Para Azevedo (2008), “*a interação nas organizações envolve os sujeitos e, assim, a dimensão do desejo, da pulsão, do afeto, do imaginário e do simbólico*” (Azevedo, 2007).

Segundo o autor, a pulsão de vida é que permite a ligação entre os seres, por representar as exigências da libido. Assim, cria a ordem humana e social, ou seja, para

que as instituições se constituam e se perpetuem, é necessário o amor, a solidariedade, a amizade. Já a pulsão de morte, inicialmente associada à repetição, representa a destruição, focada no exterior ou em si mesmo, mas sempre visa “desmoronar” a organização social.

Adotando essa perspectiva, a organização pode ser considerada o local onde os sujeitos convivem com “*seus desejos de afiliação*”, onde se estabelecem os jogos de poder e de desejo, bem como as paixões (Azevedo, 2007). Esta autora, a partir de Enriquez, nos diz que, nas organizações, o imaginário social é um “*espaço de articulação das necessidades psíquicas dos indivíduos às necessidades funcionais das organizações*” (Azevedo, 2007) afirmando que os indivíduos se ligam à organização sobretudo por vínculos afetivos e imaginários.

Embora apoiando-se na psicanálise, Enriquez (1997) chama a atenção para o fato de que não se podem aplicar, na íntegra, os conceitos psicanalíticos aos fenômenos e movimentos sociais; a contribuição está em se reconhecer os fatores inconscientes na vida social, entendendo-se “inconscientes” como “*fenômenos que, mesmo marcados, atuam como uma força e uma intensidade indomáveis e cujos efeitos sobre as condutas persistem, ainda que as causas tenham desaparecido, e que sobretudo obedecem a uma lógica própria*” (Enriquez, 1997:26).

Este autor nos traz a concepção de que as organizações se apresentam como sistema cultural, simbólico e imaginário. O sistema cultural estaria assentado no princípio de que as organizações têm uma estrutura de normas e valores, ou seja, uma cultura, um “*modo de apreensão do mundo*” que orienta as condutas de seus autores, o que é indispensável para que essa organização se estabeleça e se mantenha. São papéis, condutas, hábitos, que facilitam a construção da “*obra coletiva*”, e a socialização é feita visando selecionar os “bons”. Essa cultura define a identidade da organização diante dos seus membros e do público.

No sistema simbólico, a organização elege seus mitos, seus “heróis”, que ficarão na memória coletiva como exemplo de saga, de missão, de exemplo a ser seguido, para ser internalizado pelos membros, dando significado não só às suas práticas, mas também à sua vida. A organização “*impõe a cada um ser movido pelo orgulho do trabalho a cumprir, verdadeira missão de vocação salvadora*” (Enriquez, 1997:34).

A produção de um sistema imaginário se faz necessária para o estabelecimento dos sistemas anteriores. Para Azevedo, tanto a organização quanto o trabalho passam a ter sentido para o indivíduo não só por seu próprio imaginário, mas também por toda uma dinâmica psicossocial que leva a um imaginário social - entendido como um sistema de “*produção de sentido*” articulado ao desejo dos sujeitos (Azevedo, 2007).

Enriquez (1997) afirma que a organização tem duas formas de imaginário: o enganador e o motor, expressos numa dialética de criação *versus* alienação, de tensão entre o sujeito que afirma sua diferença, e a organização, que deseja a coesão por meio da homogeneidade (Azevedo, 2008). No caso do imaginário enganador, a organização toma a forma de “*todo-poderosa*”, tendendo a ocupar o espaço psíquico das pessoas na medida em que tenta apreendê-las por seus próprios desejos, fantasmas e carências, e por lhes garantir proteção quanto à quebra de sua identidade social, apoiando-os na identidade da organização. A organização é uma referência, uma “*fonte de identidade*”: temos assim um “*excesso de sentido*”, que destrói toda a criatividade, e gera, por conseqüência, o conformismo e a negação da autonomia dos sujeitos (Azevedo, 2007).

O imaginário é dito motor quando existe a liberdade de criação: as pessoas não se sentem reprimidas em sua imaginação criativa. Com o sentido de ser “*introdutor da diferença*”, de ser raiz das práticas sociais inovadoras, criador de ruptura nos atos, na linguagem (ao falar da organização) e no tempo, ao estabelecer novas dinâmicas, esse imaginário se propõe como saída para a inércia (Enriquez, 1997). A cooperação surge resultante do “*tratamento*” dos conflitos, e os sujeitos conseguem tornar-se autônomos (Azevedo, 2007).

As organizações tendem a produzir mais o imaginário enganoso, por ser o imaginário motor “*um desafio às regras de funcionamento que regem as organizações, mesmo as mais flexíveis*” (Enriquez, 1997:36). Tal imaginário implica na existência de um espaço no qual haja criatividade, humor, prazer nas relações, livre expressão, desejo de transgressão, necessários à atividade reflexiva; ainda que, em alguns momentos, as organizações passem pela emergência do imaginário motor, logo ele é dominado pelo enganador. Para Azevedo (2007), entre um e outro imaginário está “*o dilema organizacional de favorecer uma identidade coletiva aos seus membros, na qual se apóia e, o exercício da singularidade dos sujeitos*” (Azevedo, 2007).

Enriquez também afirma que, atualmente, as organizações constroem esses sistemas de forma consciente, no intuito de “*modelar os pensamentos, induzir os comportamentos indispensáveis à sua dinâmica*” (Enriquez,1997:37). Trazendo para a realidade dos serviços públicos de saúde brasileiros, talvez estejamos um pouco distantes de conseguir criar um imaginário motor em nossas organizações de saúde, onde parece predominar o desânimo, a indiferença, o descompromisso. Para Azevedo, no contexto atual, os serviços públicos de saúde estão atravessando uma crise “*política, gerencial e assistencial*”, na qual predominam a baixa governabilidade e o baixo investimento, favorecendo as “*vivências de desamparo e desafiliação social*” (Azevedo, 2007). Esta autora entende que nas organizações públicas de saúde há o domínio do imaginário enganoso, dentro de um cenário de desvalorização do serviço público e seus trabalhadores, de precarização do trabalho e dos vínculos, num imaginário atravessado pela descrença, pela impotência, pelo conformismo, repercutindo na relação entre os trabalhadores, e entre estes e os usuários, afirmando que essa situação corrói o imaginário do Movimento Sanitário (Azevedo, 2007).

Tomo uma pergunta de Sá (2001) que julgo bastante pertinente dentro do que está sendo abordado, de forma sucinta, neste tópico: “*até que ponto é viável a construção de projetos coletivos, solidários e voltados para a valorização da vida, no âmbito das organizações públicas de saúde?*” (Sá, 2001:155). Azevedo afirma que, num contexto tão adverso para os trabalhadores da saúde, onde há desconfiança, não cooperação, fica difícil seu “*investimento libidinal*” no trabalho e na organização, bem como a implantação de mudanças, especialmente os projetos coletivos (Azevedo, 2007).

“A partir da leitura psicossociológica, os processos de mudança apóiam-se no favorecimento à circulação da palavra e autonomia dos sujeitos e na possibilidade de construção de outros imaginários na organização que possam abrir brechas no imaginário dominante”.

(Azevedo, 2007)

Se acreditarmos que o gestor tem uma função de “*articulação psicossocial*” - necessitando desenvolver práticas que, para além da visão estratégica, tecnocrática e instrumental, considerem a questão dos sujeitos e dos grupos (Azevedo, 2007) - julgo

importante discutir caminhos, a partir das representações e do imaginário dominante entre os trabalhadores, que levem esse gestor a ser, de fato, um articulador, no sentido de favorecer a construção de um imaginário voltado para projetos e processos coletivos na organização, que objetivem o alcance de princípios éticos, como a solidariedade e a defesa da vida.

V. Abordagem Metodológica

Serão explicitadas aqui, de forma resumida, as principais categorias que foram objeto de análise no presente trabalho de pesquisa, adotando-se como referenciais teóricos a Psicossociologia francesa e a Psicodinâmica do Trabalho.

A Psicossociologia, vertente da Psicologia Social, de inspiração psicanalítica, nos ajuda a compreender as relações estabelecidas entre os sujeitos e as organizações (Sá, 2008). Seu objeto de estudo são as condutas concretas dos indivíduos, das comunidades, organizações, grupos, em sua vida cotidiana. Assim, seu interesse está nesses “conjuntos concretos”, criados, mantidos e transformados pelos indivíduos, mediando sua vida pessoal (Machado & Roedel, 1994). A ênfase da Psicossociologia está na concretude, nos sujeitos em situações cotidianas em seu grupo ou comunidade, em sua organização, diferentemente da Psicologia Social, que estuda, por meio de experimentos, os sujeitos abstratos (Machado & Roedel, 1994).

Para estas autoras, no momento atual, a originalidade da Psicossociologia está na elaboração de uma teoria “sempre inacabada” da organização, que parte da análise social resultante da intervenção psicossociológica. Desse modo, é possível chegar-se ao conhecimento, e explicação, da dinâmica social e suas mudanças, da natureza dos vínculos entre os indivíduos, e do processo de criação institucional (Machado & Roedel, 1994).

A intervenção psicossociológica, criada a partir dos anos 50, numa perspectiva de priorizar os problemas e não os métodos, substituiu a pesquisa-ação – que, naquele momento, se aplicava a grupos artificiais, abandonando-se também os métodos que deixavam as decisões para o pesquisador. Assim, o psicossociólogo passou a ser um “pesquisador-interventor”, na posição de analista que responde a uma demanda (Machado & Roedel, 1994). O pesquisador favorece o surgimento de discursos e

condutas, tendo acesso a processos conscientes e inconscientes que atuam no grupo - neste sentido, a teoria psicanalítica tem papel fundamental (Machado & Roedel, 1994).

Para Lévy (1994c) a intervenção, em suas práticas, diz respeito aos grupos em seu “*dever coletivo*” e “*as tomadas de consciência, as aquisições de conhecimento ou de compreensão resultantes do trabalho analítico que se desenvolve nesse contexto têm sentido apenas em função de seus efeitos concretos na história do grupo*” (1994c:175).

A intervenção psicossociológica deve auxiliar cada um a refletir sobre o seu lugar na organização, e a interrogar que vínculos estão estabelecendo com essa organização (Azevedo *et al*, 2002). Embora este estudo não pretenda realizar uma intervenção, conhecer seus pressupostos é importante na medida em que fazem parte do instrumental teórico-metodológico da Psicossociologia francesa em sua abordagem sobre as organizações.

Para o trabalho de análise do psicossociólogo, as representações são importantes na medida em que permitem “*examinar e compreender as formas de ver de uns e de outros*” (Giust-Desprairies, 2002:174). Esta autora, discutindo a noção de representação social desde Durkheim - para quem haveria uma diferenciação entre as representações coletivas e individuais, sendo estas instáveis e, as coletivas, partilhadas por um grupo, definindo modos de pensar, normas e mitos que, ao mesmo tempo em que regulam, legitimam os grupos sociais – nos traz o pensamento de Lévy que afirma, segundo aquela autora, que as representações “*traduzem sempre apenas objetivos parciais compondo um discurso fragmentado, que opõe lógicas diferentes que remetem para posições e objetivos contraditórios*” (Giust-Desprairies,2002:176). Complementa que essas contradições equivaleriam, no pensamento, às contradições do real nas relações entre pessoas e grupos.

Assim, ainda com base em Lévy, a autora nos diz que as representações, enquanto elementos construtivos da realidade à qual se referem, tentam fornecer fundamentação racional às regras das organizações, regras estas que se combinam “*num discurso metonímico com valor explicativo e demonstrativo*”, e que a diversidade desses discursos de representação liga-se “*à sua subordinação às regras da organização: ao caráter polissêmico das regras corresponde uma pluralidade dos sistemas de representação*” (Giust-Desprairies, 2002:177).

O imaginário, categoria importante para este trabalho, seria considerado, na acepção corrente, como da ordem da ilusão, opondo-se à realidade, sendo constantemente desvalorizado pelo pensamento ocidental (Giust-Desprairies, 2002). Para esta autora, na abordagem clínica psicossociológica, a imagem procede da representação psíquica e, nas intervenções, *“não se trata de encontrar o conteúdo certo de uma dada imagem, mas de compreender a relação, o sentido, que tem para um sujeito singular ou para um grupo uma imagem quando relacionada com um objeto de investimento”* (Giust-Desprairies, 2002:182).

Quanto ao imaginário social nas instituições, pode ser considerado um sistema de representações, ordenadas conforme uma lógica interna, que servem para regular os comportamentos sociais, legitimando uns e excluindo outros, e funcionando também como sistema simbólico, que estabelece a passagem entre o que é definido para o social e o que é do interior dos indivíduos, articulando esses dois sentidos (Giust-Desprairies, 2002).

Esta autora complementa, afirmando que, em Enriquez, *“encontramos uma elaboração da noção que dá conta do desejo e dos processos de interiorização numa abordagem do imaginário que permite uma elucidação das condutas sociais”* (Giust-Desprairies, 2002:184).

Enriquez (1997), um dos principais autores da Psicossociologia francesa, com base na teoria psicanalítica de Freud e incorporando outros referenciais da filosofia e da sociologia, compreende o fenômeno organizacional a partir de três dimensões: cultural, simbólica e imaginária. Nessa concepção, a organização, dispondo de uma estrutura de normas e valores, orienta a conduta de seus membros; são representações sociais constituídas historicamente, traduzidas numa cultura da empresa que pode ser a de atribuir papéis, de conformar hábitos de pensamento e ação, condutas, sempre visando ao favorecimento da construção de uma obra coletiva.

Assim, as organizações detêm um imaginário, no sentido de representação coletiva, sendo, para Enriquez (1994), *“... uma certa maneira de nos representar aquilo que somos, aquilo que queremos vir a ser, aquilo que devemos fazer e em que tipo de sociedade ou organização desejamos intervir”* (1994c:57). Segundo Azevedo (2007) trata-se de um sistema de produção de sentido, articulado ao desejo dos sujeitos.

Reportando-se a Enriquez, esta autora nos diz que a “tão esperada adesão” dos indivíduos aos projetos da organização pode resultar de dois processos que se combinam na realidade, e que são consequência do sistema imaginário organizacional: a criação de um imaginário enganoso, na qual os indivíduos, num processo de forte identificação com a organização, têm negada sua autonomia e criatividade; e de um imaginário motor, no qual o grupo aceita as diferenças entre os sujeitos, favorecendo o fluir da imaginação criativa, preservando “... a parte do sonho e a possibilidade de mudança e mesmo a mutação” (Enriquez, 1997:36).

As organizações, por meio dos indivíduos e seus grupos, lutam contra a ameaça de um caos que a desorganize, entendendo-se desordem como tudo que é imprevisível, espontâneo; lutam contra as pulsões dos indivíduos, com seus efeitos na vida social e organizacional (Azevedo *et al*, 2002). Para esta autora, embora a criatividade seja tão valorizada nas novas abordagens gerenciais, as organizações tendem a aceitar a pulsão de vida somente quando serve à coesão da organização, temendo a invasão de condutas irracionais.

Citando Enriquez, Azevedo *et al* (2002) nos dizem que, ao incorporar o referencial psicanalítico, a psicossociologia permitiu o reconhecimento dos fatores inconscientes na vida social e organizacional, compreendendo-os como fenômenos que atuam de forma “indomável” e que obedecem a outros princípios (Azevedo *et al*, 2002). Assim, os processos grupais, a construção do seu imaginário, de suas representações, puderam ser compreendidos por meio dos mecanismos de identificação e idealização.

Na perspectiva psicanalítica, entende-se os indivíduos como uma “pluralidade” de pessoas psíquicas, levando-os a estabelecer vínculos de identificação com vários sujeitos e grupos ao longo de sua vida. A identificação, nos grupos, “se dá por meio da percepção de uma qualidade comum partilhada com outras pessoas e é comandada pelo vínculo que liga cada indivíduo ao líder do grupo” (Azevedo *et al*, 2002:241). A idealização é um processo que tende a falsificação do julgamento da realidade, podendo ser descrita como “fascinação” ou “servidão” pelo objeto (Freud *apud* Azevedo *et al*, 2002).

Os autores destacam ainda, apoiados em Freud, que, enquanto na identificação haveria um enriquecimento do ego, na idealização aconteceria o empobrecimento dele (Azevedo *et al*, 2002). Enriquez (1994c) afirma que para que qualquer pacto social seja

constituído, é preciso algum nível de idealização sobre o coletivo: assim as sociedades se constituem e se mantêm, e fazem com que os indivíduos vivam como seus membros.

Como esses processos se verificam também nas organizações, o autor ressalta que, embora a idealização seja necessária para que as pessoas se unam em torno de um projeto comum, quando maciça resulta na perda da autonomia e da criatividade dos indivíduos (Azevedo *et al*, 2002). Dessa forma, as organizações convivem com um conflito que se traduz no desejo dos indivíduos de serem reconhecidos em sua singularidade, sendo aceitos pelo grupo em suas diferenças, ao tempo em que desejam ser reconhecidos como membros do grupo, ou seja, semelhantes aos outros, conformando um corpo social.

Para Azevedo *et al* (2002) no contexto atual de desvalorização do setor público no Brasil, o desenvolvimento de processos de idealização nas organizações públicas de saúde tem sérias limitações. Ainda segundo os autores, nos modernos métodos de gestão adotados hoje, têm-se reforçado o aspecto “maquinista” das organizações, sendo estas, na visão psicanalítica, locais de compulsão à repetição, numa tentativa, por parte de seus membros, de se proteger das angústias que perpassam os grupos e as relações intersubjetivas das organizações (Azevedo *et al*, 2002).

Reportando-nos ao contexto do trabalho em saúde, já foi dito que este trabalho exige, por parte dos trabalhadores, um grande trabalho psíquico, levando-os a desenvolver estratégias de defesa ante o sofrimento. A Psicodinâmica do Trabalho, representada pelos trabalhos de Christophe Dejours, tem como objeto de análise essas estratégias dos trabalhadores diante do sofrimento psíquico gerado pelo trabalho.

Para Dejours (2008) a Psicopatologia do Trabalho, em sua evolução, gerou novos questionamentos quanto à relação subjetiva dos indivíduos, homens e mulheres, em situações de trabalho, para os quais essa disciplina não tinha respostas. O autor, numa referência ao modelo psicanalítico do funcionamento psíquico, nos diz que os trabalhadores conseguem, a despeito dos “*constrangimentos deletérios da organização do trabalho*” (2008:53) afastar a loucura, utilizando estratégias de defesa individuais ou coletivas.

Assim, essa “normalidade” alcançada pelos trabalhadores consistiria num equilíbrio, instável e precário, entre o sofrimento e as defesas contra o sofrimento; no

resultado de uma dinâmica em que as relações intersubjetivas têm lugar central, na construção das estratégias defensivas ou ofensivas, como ressalta o autor.

“Ao se propor a normalidade como objeto, a psicodinâmica do trabalho abre caminho para perspectivas mais amplas, que, como veremos, não abordam apenas o sofrimento, mas, ainda, o prazer no trabalho: não mais somente o homem, mas o trabalho; não mais apenas a organização do trabalho, mas as situações de trabalho nos detalhes de sua dinâmica interna”
(Dejours, 2008:55)

Este autor afirma não ser possível reduzir o trabalho *real* – que corresponde ao que não está dado pela organização prescrita, exigindo, por isso, mobilização da inteligência criativa do trabalhador - somente às suas dimensões técnico-econômica e sócio-ética. Para ele, não considerar a dimensão subjetiva do trabalho leva os trabalhadores a sofrimento, ao qual resistem com estratégias de defesa, o que pode gerar conseqüências negativas para a produção e para a saúde desses trabalhadores.

Por fim, ao tratar da centralidade do trabalho, Dejours (2008) enfatiza: “A centralidade do trabalho é observada na mediação entre o singular e o coletivo, entre a subjetividade e o campo social” (Dejours, 2008:140).

5.1. Pressupostos da Pesquisa Qualitativa

O presente trabalho foi realizado na linha da pesquisa qualitativa. Segundo Turato (2005) os pesquisadores qualitativistas têm interesse na significação dos fenômenos para aqueles que o vivenciam, ou seja, pretende-se conhecer as vivências das pessoas e as representações que elas têm acerca dessas vivências.

O autor também nos diz que o método qualitativo tem por fim a criação de “*um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, isto é, de falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum*” (Turato, 2005:509). Ressalta que, nesse método, o importante para o pesquisador é como o objeto de estudo se manifesta, fundamentando-se em dados de campo, e interpretando-os na perspectiva dos entrevistados. Trazendo conhecimentos novos, gera uma teoria “densa e plausível” (Turato, 2005).

Assim, o autor nos leva a identificar, como uma das características dos métodos qualitativos, o interesse do pesquisador no significado dos fenômenos, ocorrências, vivências, sentimentos, por este significado ter a potência de organizar a vida das pessoas, dos grupos sociais, em torno de representações comuns (Turato, 2005).

Segundo este autor, outras características são a falta de controle de variáveis, já que a observação acontecerá no ambiente natural do sujeito, e o fato do pesquisador ser ele mesmo “instrumento” de pesquisa, no sentido de utilizar seus sentidos para apreensão do objeto de estudo. Aponta também para o fato de que os dados coletados têm maior validade por estar o pesquisador numa observação e escuta acuradas dos sujeitos, que podem levá-lo mais próximo da “essência” da questão que está sendo estudada. E observa que a generalização é possível “*a partir dos pressupostos iniciais revistos, ou melhor, dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos*” (Turato, 2005:510).

Turato (2005) nos apresenta a definição do *método clínico-qualitativo* como uma “particularização” aos métodos qualitativos, voltado para as vivências em saúde:

“Aquele que busca interpretar os significados – de natureza psicológica e complementarmente sociocultural – trazidos por indivíduos (pacientes ou outras pessoas preocupadas ou que se ocupam com problemas da saúde, tais como familiares, profissionais de saúde e sujeitos da comunidade), acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas de saúde-doença”
(Turato, 2005:510)

Entendendo-se que a Psicossociologia tem como “inspiração” as mudanças, esta disciplina prevê a implicação entre a pesquisa e a intervenção (Sá, 2007). Assim, para esta autora, a abordagem clínica psicossociológica “*é principalmente a abordagem de um sujeito ou de um conjunto de sujeitos reunidos em um grupo ou organização, às voltas com um sofrimento, uma crise, em busca de uma identidade, de um sentido*” (Sá, 2007). Trata-se de compreender o que faz com que determinada situação, problema ou mal-estar, num grupo ou numa pessoa, seja singular, em dado momento histórico – daí ser uma construção “sempre provisória” (Sá, 2007).

Dessa forma, Sá (2007) com base em Lèvy, assinala que, na abordagem clínica psicossociológica, o clínico/pesquisador deve se deslocar, sobretudo mentalmente, para

o espaço do outro, num esforço de escuta para tentar compreender a busca de sentido, não só para suas condutas, mas também para os acontecimentos que fazem sua história. Esse tipo de abordagem também pressupõe o reconhecimento da dinâmica entre os diferentes níveis da realidade, e que o clínico/pesquisador esteja aberto ao inesperado, evitando rejeitar a realidade, ou reduzi-la ao que já é conhecido (Sá, 2007).

O pesquisador deve também estar implicado, no sentido da busca pelo sentido, pois não é possível alcançar as significações sem passar por sua experiência, e entender que a significação não deve ser buscada fora da situação em que se realiza (Sá, 2007).

Esta autora, apoiando-se em Lèvy, nos diz que o trabalho de construção de sentido é resultado de um diálogo, por meio do qual o clínico/pesquisador provoca, tanto pela sua presença como pelas palavras, os sujeitos a falar e a discutir sobre suas experiências, ou do que essas experiências evocam ou significam para eles.

5.2. Desenho do estudo e o trabalho de campo

Este trabalho foi um estudo de caso. Devido à exiguidade de tempo, a pesquisa foi realizada no setor de pediatria do maior hospital geral público de Sergipe, localizado na capital, Aracaju. Trata-se de um estabelecimento de referência, com atendimento contínuo, 24h, inclusive sábados, domingos e feriados, assistindo não só a população daquele estado - Sergipe tem hoje cerca de dois milhões de habitantes - mas também a dos estados vizinhos, Alagoas e Bahia.

Esse hospital está sendo incorporado à Fundação Hospitalar de Saúde, uma das três fundações resultantes do processo de “Reforma Sanitária e Gerencial” do SUS em Sergipe, que objetiva “*definir o papel do estado na gestão como produtor de serviços complementares aos municípios, indutor de políticas e coordenador de sistema*”, tomando por base os princípios da universalidade, descentralização e integralidade do SUS (Sergipe, 2009). É um momento de transição e, dentre as mudanças, a realização do concurso público está permitindo o ingresso de novos funcionários e a saída dos contratados.

Para esta investigação, foi realizado um estudo exploratório, mediante encontros com a chefia/coordenação do setor, para apresentação do projeto. A pesquisa propriamente dita aconteceu por meio de observação participante - técnica da pesquisa

qualitativa que permite uma aproximação da realidade local, focada no funcionamento do setor e no cotidiano das atividades; por entrevistas individuais – 14 (quatorze) no total, quando se atingiu a saturação dos discursos; e por análise documental: tive acesso ao Relatório de Auditoria Interna do hospital, datado de abril de 2008, igualmente importante para a compreensão do imaginário organizacional.

Durante o trabalho de campo, a minha observação aconteceu nas diversas áreas do setor de pediatria, donde foram selecionados, aleatoriamente, os profissionais a serem entrevistados. Optou-se por entrevistar somente trabalhadores do quadro efetivo da instituição há mais de um ano, com o cuidado de se garantir diversidade de categorias profissionais e níveis hierárquicos.

Dentre os trabalhadores entrevistados, sete eram profissionais de nível superior (dentre estes, quatro eram ocupantes de cargos de chefia intermediária); cinco de nível médio e dois do setor administrativo. Somente um dos entrevistados tinha três anos de trabalho no hospital; os demais, mínimo de sete, e máximo de vinte e dois anos de trabalho na instituição.

Ao iniciar o trabalho de campo, tive a impressão de que tudo que eu via, e ouvia, durante a observação do serviço era parte de um filme que se repete nos serviços públicos de saúde no Brasil: recepção lotada de mães com crianças à espera de atendimento; guarda de segurança vez por outra engendrando uma discussão com algum acompanhante mais insistente; pacientes e acompanhantes pelos corredores; o vai e vem constante de profissionais, sejam eles médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, assistentes sociais. O posto de enfermagem, no Pronto Socorro, sempre com alguma (s) mãe(s) solicitando algo: uma reivindica a alimentação para seu filho, enquanto outra reclama pela demora da enfermagem em trocar o soro de sua filha. *A priori*, tudo parecia muito “familiar”, e cheguei a duvidar que, dali, eu poderia extrair algo além do que eu já havia elaborado em minha vivência como trabalhador da saúde, ou algo diferente das minhas idéias pré-concebidas acerca de um estabelecimento hospitalar que é referência para o Estado.

Porém, deparei-me com uma realidade que se mostrou diversa na medida em que eu adentrava o serviço e ouvia os trabalhadores. Vários autores apontam a inadequação dos salários como um dos problemas que dificultam a implementação de projetos para melhoria da qualidade nos hospitais públicos no Brasil. Não discordo, porém o que foi

interessante, e ao mesmo tempo surpreendente para mim, foi perceber que nenhum dos entrevistados nesta pesquisa apontou a questão salarial como impeditivo, ou como fator desmotivador, para o bom desempenho do seu trabalho na instituição.

Os temas recorrentes, que emergiram espontaneamente nas entrevistas, foram o não reconhecimento ao trabalho realizado - seja por parte da população, seja por parte dos gestores - e as circunstâncias nas quais esse trabalho vem sendo realizado, ressaltando-se não só as precárias condições materiais, mas também as relacionadas à gestão. Tive a (feliz) oportunidade de participar de um grupo focal na instituição, a convite de uma colega mestranda, e me senti extremamente contemplada com os depoimentos que ouvi, pois muito (se não tudo) do que foi dito ali era semelhante aos depoimentos dos entrevistados por mim no setor de pediatria daquele hospital.

Embora os profissionais não se dispusessem, de imediato, a dar as entrevistas - o que interpretei como um misto de desconfiança e pudor - foi possível observar que lhes faltava o “hábito” de pensar sobre o seu trabalho, seu cotidiano, e sobre o local no qual (con)vivem grande parte de seu tempo, seja diariamente (“...*eu passo mais tempo aqui do que em casa...*”) seja ao longo de sua trajetória profissional (a maioria dos entrevistados iniciou sua vida profissional lá).

O acesso à sua subjetividade, trazendo à tona desconfortos e também sentimentos, talvez um pouco esquecidos, de pertencimento e de orgulho pela instituição, levou alguns trabalhadores, durante as entrevistas, a momentos de mais pura emoção, traduzidos na forma de lágrimas e/ou de sorrisos tímidos e trejeitos que tornavam evidente o afeto que sentem pelo hospital, ainda que numa conjuntura que se mostra cruel e, para muitos deles, desfavorável. Esta situação se repetiu no grupo focal a que me referi anteriormente - impossível para mim, enquanto trabalhadora da saúde e conhecendo o hospital desde a sua inauguração, não me emocionar com eles!

Foi possível apreender as imagens, metáforas e sentidos atribuídos à organização com base no relato dos entrevistados, suas representações acerca do hospital, do seu trabalho, bem como identificar o imaginário organizacional, pois, segundo Azevedo (2005) “... *partindo da compreensão do sujeito psíquico como sujeito do grupo, compreendemos os entrevistados como sujeitos – porta-vozes (...). Ser porta-voz é transportar, transmitir, falar em nome do outro, em seu lugar, constituindo-se como veículo ou continente da palavra*” (Azevedo, 2005:121).

A partir dos achados da pesquisa, discutem-se os desafios para o cotidiano da gestão que possam favorecer a criatividade e a responsabilização dos trabalhadores, e que propiciem a adesão destes à mudança organizacional, desejando-se, com isso, a melhoria na qualidade do cuidado prestado.

O projeto desta pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ, comitê este responsável pela verificação quanto ao respeito às regras éticas. O início da coleta de dados se deu somente após a aprovação do projeto no referido comitê, e também mediante aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa do hospital.

Neste trabalho de pesquisa, as informações, após autorização das pessoas ouvidas no estudo, foram destinadas exclusivamente para os fins da pesquisa, garantindo-se o sigilo das informações recebidas.

Foi garantida a liberdade de participação dos sujeitos, não sendo obrigatória a sua participação no estudo, e em qualquer tempo, os participantes da pesquisa poderiam desistir e/ou retirar o seu consentimento. A participação neste estudo não acarretou benefício individual e/ou prejuízo aos sujeitos da pesquisa.

Como parte do protocolo de pesquisa, o Termo de Compromisso e Livre Esclarecido – segundo a resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde – foi apresentado e proposto aos envolvidos no estudo, juntamente com a apresentação dos objetivos da pesquisa.

Os resultados da pesquisa estão sendo, pelo presente documento, divulgados na forma de dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, e serão divulgados posteriormente em artigos e trabalhos publicados em eventos científicos.

VI. O SUS no Estado de Sergipe e o Hospital João Alves

O Estado de Sergipe tem sido objeto de uma política governamental para a saúde que se pretende mecanismo de Estado, assegurando direitos e princípios constitucionais, sendo também “*arena de luta e de construção política que define os atores centrais envolvidos*” (Carvalho Santos, 2008).

Sergipe tem uma população estimada em dois milhões de habitantes, sendo a maior concentração populacional e de recursos em Aracaju, a capital do Estado. Comparando-se a outros estados, pode ser entendido como uma grande região sanitária, dividida em sete regionais: Aracaju, Própria, Lagarto, Itabaiana, Estância, Nossa Senhora da Glória e Nossa Senhora do Socorro. Segundo aquele autor, Secretário de Saúde na gestão atual, nenhum município do Estado garante acesso universal e atenção integral às suas populações, e não há “*diversidade nem quantidade de ações e serviços suficientes*” (Carvalho Santos, 2008).

6.1. A Reforma Sanitária e Gerencial do Estado

O Estado de Sergipe vem funcionando há muitos anos com vários formatos institucionais, que dificultam o gerenciamento das ações de saúde. Nesse contexto, o governo atual definiu eixos para construir o que chamou de “*reforma sanitária e gerencial do SUS*” em Sergipe, que pretende “*o desenvolvimento de uma concepção de Sistema Único de Saúde que viabilize os princípios constitucionais da integralidade, da universalização, da descentralização e da igualdade, bem como reposicione o pacto federativo dentro dos conceitos estabelecidos na constituição de 1988*”; a conformação de redes assistenciais regionais e municipais, e também de novos modelos de governança sistêmica; a reorganização do controle social, bem como da carreira dos servidores; a organização de uma política de educação permanente para os trabalhadores do SUS, e, por fim, a reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde e gerencial do Estado, com a criação das fundações estatais (Carvalho Santos, 2008)

Tal reforma vai abrigar num modelo único os órgãos da Secretaria, de forma a agilizar não apenas as contratações e as ações de educação permanente para os profissionais, mas também os processos de compra e manutenção de equipamentos e serviços (Sergipe, 2009).

Somente alguns pontos dessa proposta serão aqui ressaltados, por serem relevantes para a compreensão do papel do Hospital de Urgências de Sergipe – HUSE no contexto da saúde no Estado.

A organização dos serviços / as redes assistenciais¹

Segundo o documento “Diretrizes da Atenção Hospitalar”, elaborado pela Coordenação de Atenção Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe - donde foram retiradas todas as informações ora apresentadas - o conjunto de estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares em Sergipe, sejam eles básicos ou especializados, conforma a rede inter federativa de serviços públicos de saúde. As ações podem ser executadas pelos entes por meio da administração direta, indireta ou com participação complementar da iniciativa privada.

Na organização do SUS Sergipe, as redes assistenciais organizam-se segundo dois critérios: pelo adensamento tecnológico e pelo arranjo territorial. No primeiro, definem-se as redes integradas por serviços de mesmas características tecnológicas, ofertando o mesmo padrão tecnológico de diagnóstico e de terapêutica, a que chamamos de rede especializada. O segundo critério articula as redes especializadas verticalmente, reunindo um conjunto de estabelecimentos de complexidades diferentes numa mesma região de saúde, objetivando fortalecer a descentralização da atenção e criar um padrão de resolutividade assistencial regional, conformando as Redes de Atenção à Saúde Regionais ou Regiões de Saúde.

Nas diretrizes da Política Estadual de Saúde estão previstas a construção e reforma de várias unidades hospitalares, dentre as quais o HUSE, visando adequá-las às necessidades de saúde da população do Estado, e criar suficiente capacidade instalada com tecnologia agregada para os usuários do SUS em Sergipe. Ainda conforme as referidas diretrizes, as mudanças na rede hospitalar têm o propósito de reformular conceitos, e não somente a área material, de reforma, padronização e adequação física.

A rede hospitalar será estratificada em três categorias: hospitais locais, instalados em municípios acima de 19 mil habitantes; hospitais regionais, de complexidade secundária; e os hospitais especializados, para assistência em nível terciário, de maior complexidade. Cada categoria terá seu padrão de ambiência, de insumos, de equipe, de oferta e de organização produtiva.

¹ Fonte: “Diretrizes da Política de Atenção Hospitalar”, elaborado pela Coordenação de Atenção Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, 2009.

Os hospitais especializados, como é o caso do HUSE, são estabelecimentos que desempenham papel complementar vertical na rede hospitalar, com uma estrutura de serviços hospitalares e recursos tecnológicos e de pessoal adequados para ser referência em diversas áreas.

O atendimento realizado pelas unidades hospitalares será conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH, baseando-se em tecnologias como o acolhimento com classificação de risco, equipes multiprofissionais com jornada de trabalho horizontal e adscrição de um conjunto de pacientes, objetivando o estabelecimento de vínculos e a ampliação do grau de responsabilização, por parte dos profissionais, pelo cuidado integral aos usuários. A proposta é a prática da clínica ampliada, considerando as dimensões bio-psicossocial do processo saúde/doença.

O Modelo de Gestão

O modelo a ser implantado nos hospitais da rede estadual será o de gestão descentralizada, com estrutura organizacional mais horizontal. A autonomia das equipes de trabalho, tanto na área assistencial como na de apoio técnico e administrativo, tem como limites as diretrizes gerais e operacionais emanadas pela Secretaria de Saúde, construídas mediante mecanismos permanentes de interlocução com o conjunto de trabalhadores.

A organização do trabalho será configurada por unidades de produção, e a relação entre estas unidades será feita por meio de colegiados, assim como suas relações internas. Segundo informações obtidas no HUSE, alguns colegiados já funcionam, e outros, que haviam cessado suas atividades, estão agora retomando sua rotina de reuniões, que são deliberativas e contam com trabalhadores previamente designados para integrar esses colegiados.

A Organização do Cuidado

As unidades hospitalares serão organizadas para atender aos usuários segundo o nível de risco, de forma que os pacientes serão atendidos nas áreas vermelha, amarela, verde e azul, a depender da gravidade do caso e de acordo com os protocolos de cada área.

O acesso dos usuários ao atendimento de urgência poderá ser espontâneo ou direcionado pela Central de Regulação de Urgências, devendo os mesmos serem prontamente encaminhados para o local mais adequado à sua necessidade. O HUSE já está funcionando nessa lógica, ainda que, segundo depoimentos informais, com inúmeros problemas para a efetiva implantação desse modelo de cuidado.

6.2. As Fundações Estatais

Várias leis possibilitam a Reforma Sanitária e Gerencial do SUS em Sergipe e, dentre elas, estão a Lei Nº 6.345, que dispõe sobre a organização e funcionamento do SUS em Sergipe, e as leis de criação das Fundações: Lei Nº 6.346, que dispõe sobre a criação da Fundação Parreiras Horta; Lei Nº 6.347, sobre a criação da Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, e a Lei Nº 6.348, que dispõe sobre a criação da Fundação Estadual de Saúde – FUNESA. Estas leis foram aprovadas pela Assembléia Legislativa do Estado, ao final do ano de 2007, para dar embasamento legal à reforma.

As fundações, como parte dessa reforma, foram criadas com o objetivo de dar mais agilidade aos processos de compra da Secretaria, e também para equacionar as questões relativas à precarização nas relações de trabalho (cerca de 40% da contratação do Estado é por meio de contrato temporário) e a ineficiência dos processos de gestão e acompanhamento de desempenho dos serviços (HUSE, 2008).

Integrantes da administração pública indireta, as fundações serão fiscalizadas por órgãos de controle interno e externo, estando submissas às regras constitucionais de licitação e contratos. A relação com o Estado será mediada por contrato de gestão, e o regime de pessoal adotado será CLT, com admissão dos empregados via concurso público, e demissão somente por motivação clara. Com a criação de um quadro especial em cada fundação para abrigar os servidores do Estado que serão cedidos com ônus para as fundações, a Secretaria da Saúde “*reconstrói a partir de bases mais sólidas a relação com os servidores públicos*” (Sergipe, 2009). A atual gestão estadual defende o projeto com veemência:

“Sem privatizações nem prejuízo para os servidores, o que vai haver é a compatibilização das liberdades administrativas do setor privado com as

responsabilidades do Estado. Todas as fundações trabalharão com previsão de custos e metas objetivas a serem alcançadas através de um contrato estatal de serviço, com recursos repassados mensalmente em parcelas iguais e com análise constante do andamento das atividades”

(Sergipe, 2009).

O HUSE integra a Fundação Hospitalar juntamente com três maternidades, três hospitais locais, seis hospitais regionais e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

6.3. O Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE

O HUSE tem história...

O Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE), antes somente Hospital Governador João Alves Filho, foi inaugurado em sete de novembro de 1986, e iniciou seu funcionamento em dois de fevereiro do ano seguinte. Localizado numa das vias de acesso à capital sergipana, Aracaju, tem o perfil de urgência e emergência (alta e média complexidade) e atendimento totalmente voltado para o Sistema Único de Saúde - SUS.

À época da inauguração, a equipe era composta por cerca de 500 profissionais, dentre os quais 112 médicos, 30 enfermeiros, 96 auxiliares de enfermagem e 200 funcionários de apoio (Sergipe, 2009)². Hoje, o maior hospital público de Sergipe possui em seu quadro funcional 2083 servidores efetivos e 942 contratados³.

A primeira grande reforma realizada no HUSE foi para a construção da CTI Pediátrica, em 1995. O número de leitos no serviço pediátrico cresceu de 25 para 52, e a Unidade ganhou seis leitos específicos para crianças em situações de risco. Na mesma época, foi aberta a Ala de Internamento do Pavilhão Superior, voltada para pacientes cirúrgicos. Em 1996, foi inaugurado o Centro de Oncologia. Em 1997, entrou em

² Enquanto estudante do curso de Medicina fui aprovada em concurso para estágio naquela unidade, e estava lá, no dia da inauguração, como estagiária plantonista!

³ Fonte: Setor de Recursos Humanos do HUSE. Setembro de 2009.

funcionamento o serviço de Tomografia, com um moderno tomógrafo para atender aos pacientes do SUS.

Em setembro daquele ano, foi inaugurado o Centro de Trauma, referência para Sergipe e estados vizinhos. Até então, os atendimentos aos casos de trauma eram realizados no Pronto Socorro. A unidade passou a oferecer sala para os primeiros atendimentos, com capacidade para seis pacientes graves ao mesmo tempo, além de unidade semi-intensiva (quatro leitos) e sala de pequenos procedimentos cirúrgicos.

No ano de 2003, o HUSE implantou a Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), até hoje a única do gênero em Sergipe. Em 2004, o hospital passou a dispor de Ambulatório de Retorno e Imagem, disponibilizando serviços de Oftalmologia, Urologia e Ressonância Magnética. Houve também a ampliação e reinauguração da UTI Adulta (UTI-A) com humanização do ambiente da unidade mediante projeto arquitetônico que permitiu a entrada de luz natural, seguindo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e Associação de Médicos Intensivistas do Brasil (Sergipe, 2009).

Hoje...

Com atendimento contínuo, 24h, incluindo sábados, domingos e feriados, e área construída de 13 mil m², divididos em três blocos (outros três blocos concluídos recentemente estão incorporando mais 10 mil m²), assiste não só a população de Sergipe - cerca de dois milhões de habitantes de 75 municípios, mas também a dos estados vizinhos, Alagoas e Bahia. Os serviços Central de Notificação e Captação de Órgãos e Tecidos de Sergipe (CNCDO/SE) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192 Sergipe) estão em blocos anexos ao hospital.

São 636 médicos (416 do quadro efetivo) distribuídos em diversas especialidades como clínica geral, pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, cirurgia geral, pediatria, plástica, torácica e vascular. Também integram o corpo clínico do HUSE endocrinologistas, gastroenterologistas, hematologistas, infectologistas e profissionais que atuam nas áreas de nefrologia, neurologia, oftalmologia, psiquiatria, urologia, radiologia, otorrinolaringologia, radioterapia, ultra-sonografia, pneumologia, proctologia, odontologia hospitalar e intensivista pediátrico. O complexo hospitalar

conta atualmente com 1.228 profissionais de enfermagem, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares, além de 21 nutricionistas, dez psicólogos, 29 cirurgiões-dentistas, incluindo a especialidade de bucomaxilofacial, 7 biomédicos, 13 farmacêuticos, 30 fisioterapeutas, 3 radioterapeutas, 36 técnicos de radiologia, seis técnicos de laboratório, 9 auxiliares laboratoristas, 4 ajudantes-laboratoristas de saúde, 53 anesthesiologistas, 94 agentes de serviço de saúde, 8 assistentes sociais e 3 físicos médicos. Conta ainda com residentes da área de Medicina e estagiários em diversas áreas.

Com um atendimento médio de 14 mil pacientes por mês somente nos setores de Urgência/Emergência, o HUSE compreende atualmente 13 alas de internação e capacidade física instalada de 421 leitos, sendo o maior Pronto Socorro público do Estado, cujos serviços foram transferidos, provisoriamente, para o novo bloco pediátrico. Este é o motivo pelo qual o setor de Pediatria foi deslocado para o prédio da antiga Maternidade Hildete Falcão Baptista, com o Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTI Pediátrica) e o Pronto Socorro Infantil, até a conclusão das obras.

O hospital conta ainda com Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), serviço de Tomografia Computadorizada e Centro Cirúrgico. É referência no tratamento do câncer, e o Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite (COOL) integra as diversas especialidades encontradas no HUSE, dispondo de 49 leitos para internamento e realizando atendimentos clínicos e ambulatoriais, bem como tratamentos oncológicos à base de quimioterapia e radioterapia. O COOL realiza cerca de 3,5 mil atendimentos/mês.

O HUSE dispõe da única Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) de Sergipe, com 14 leitos, ambulatório e fisioterapia. O quadro funcional dessa unidade é composto por 14 cirurgiões-plásticos, e uma equipe de fisioterapeutas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. É a referência no Estado para as áreas de urgência e emergência, oftalmologia, gastroenterologia, endoscopia, cardiologia clínica e cirúrgica, oncologia, cirurgia plástica, neurologia clínica e cirúrgica, queimados, cirurgia geral, ortopedia e traumatologia, nefrologia, urologia, clínica geral, pediatria, vascular, cirurgia de cabeça e pescoço, buco maxilofacial, otorrinolaringologia, cirurgia torácica, UTI pediátrica e de adultos, diagnóstico por tomografia e ressonância magnética (Sergipe, 2009).

E para o futuro...

Em abril de 2007, o Governo do Estado anunciou grandes investimentos para reestruturação do HUSE, destinados à aquisição de novos equipamentos, instrumentais cirúrgicos, móveis e roupas hospitalares, bem como às obras de ampliação e adequação do Pronto Socorro, visando melhorar o fluxo de pacientes e a resolutividade do hospital. A reestruturação vai proporcionar ao HUSE um Centro Cirúrgico com nove salas – o atual possui cinco, permitindo quase que dobrar a capacidade de atendimento nesse setor, e ainda vai dispor de expurgo próprio, salas de instrumentação cirúrgica e de videolaparoscopia.

A nova estrutura vai permitir, além da reforma completa do atual Centro Cirúrgico, a ampliação da Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTI-A), que vai passar a dispor de 35 leitos. Haverá também a expansão do sistema de Acolhimento com Classificação de Risco para as enfermarias, de modo que os pacientes possam ser rapidamente encaminhados às áreas de baixo, médio e alto riscos, de acordo com a gravidade do caso. E, após a construção da nova Urgência/Emergência, acontecerá a implantação de seis leitos da Unidade Semi-Intensiva Infantil (Sergipe, 2009).

Assim, é possível perceber a importância do HUSE e o que este hospital representa para a gestão, para os trabalhadores e para a população. Segundo uma das profissionais entrevistadas, o hospital é “(...) *um absurdo ambulante (...) uma coisa psicodélica, como se você caísse dentro de um caleidoscópio: toda hora muda, e tem mil e uma facetas, e cada vez você descobre uma que você ainda não tinha reparado...*”.

6.4. A pediatria do HUSE

O setor de Pediatria do Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE está funcionando, há cerca de quatro meses, nas dependências da Maternidade Hildete Falcão Baptista, antiga maternidade de referência estadual, atualmente desativada.

Trata-se de um prédio antigo, que foi adequado para abrigar, provisoriamente, aquele serviço, face às obras de reforma do HUSE. Reformas e novas construções hospitalares são parte da política estadual de reestruturação da rede hospitalar em Sergipe, e o HUSE abrigará o Hospital da Criança, com inauguração prevista para junho de 2010.

Conforme o organograma geral do HUSE, o setor de Pediatria está organizado em Coordenação e Gerências do Pronto Socorro - PS, da Internação e da CTI Pediátrica. Atualmente, são 47 leitos ativos no setor de internamento (cada enfermaria abriga uma média de cinco leitos), 33 leitos no PS, aos quais se somam 15 da área azul, e mais 7 leitos na Central de Terapia Intensiva - CTI Pediátrica. São 196 funcionários estatutários, e 72 contratados, totalizando 268 funcionários nos diversos níveis de escolaridade.

O setor mantém um Colegiado Gestor, composto pela Coordenação e Gerências, que se reúne semanalmente, às terças-feiras pela manhã. Alguns profissionais previamente escolhidos integram o Colegiado das Unidades de Produção (UPs), porém sem uma agenda fixa de reuniões.

Atualmente na recepção, com balcão de atendimento e cadeiras para os usuários dispostas de modo a ficarem de frente para um aparelho de TV instalado na parede, permanecem dois funcionários. Para adentrar o setor, resguardado por um guarda de segurança (alguns são do sexo feminino) é preciso estar com a ficha de atendimento, e já ter passado pelo "acolhimento". A ficha preenchida pelos recepcionistas em sistema informatizado dá acesso à sala de acolhimento, onde são verificados pressão arterial, temperatura e peso da criança.

Durante a minha observação, pude perceber que, no período matutino, o movimento é bem mais intenso, seja de pacientes, acompanhantes, seja de profissionais, acontecendo o mesmo nos finais de semana. No período vespertino, tudo parece mais tranquilo; observei um número bem menor de pessoas à espera de atendimento. Numa das enfermarias, profissional de enfermagem brincava com seu paciente.

Havia sempre um acompanhante com cada criança, aninhado em uma poltrona ao lado do leito. Uns cochilavam, outros viam TV, outros segurando a máscara de aerossol do seu filho, outros simplesmente ao lado da criança. Tudo parecia muito calmo. Segundo comentários informais dos recepcionistas, isso se deve à vinda dos pacientes do interior do Estado e de outras localidades, que "preferem" chegar no período da manhã, e também por conta dos "horários dos transportes" para Aracaju.

Os seguranças parecem ter importante papel no controle não só da disciplina, mas também na entrada dos pacientes e acompanhantes (eu só adentrava o setor ao me identificar, apresentando o crachá de "pesquisador", fornecido pelo Comitê de Ética do

hospital). Presenciei algumas situações de "estranhamento" entre eles e usuários - algo até esperado na porta de entrada de serviços dessa natureza. Também presenciei momento no qual um deles dava voz de comando aos usuários, do tipo "*entrar os próximos cinco, com ficha*", e o seu cuidado em checar se esses pacientes já tinham passado pelo acolhimento, mantendo a recepção, por vezes, num silêncio exemplar.

Ouvi alguns de seus relatos quanto a situações "delicadas" vivenciadas ali, como agressões verbais a profissionais e sobre mães que permitem que seus filhos defequem ou urinem no corredor, enquanto aguardam atendimento. Atribuía muitas das mazelas à "falta de modos" da população.

Outra constatação no período em que frequentei o hospital: crianças, à espera de atendimento, bastante ativas, brincando, sorrindo, algumas com lanche nas mãos, e suas mães por vezes irritadas, pedindo que ficassem quietos e se comportassem. Aparentemente, não precisariam estar ali, num estabelecimento de alta complexidade.

Uma recepcionista me chamou a atenção para que eu observasse como algumas mães estavam, segundo ela, "*bem arrumadas*", e seus filhos também. Para ela, era forte indício de que a criança "*não estava grave*", porque, se assim fosse, as mães não teriam tempo de se arrumar para ir ao hospital (!).

Da sala de acolhimento, os pacientes passam pela "primeira avaliação" (área azul) com um dos médicos pediatras. A depender dessa avaliação, o paciente pode ter vários destinos: sala de procedimentos; realização de exames; encaminhamento, ou prescrição médica seguida de alta. Geralmente são três profissionais disponíveis para o primeiro atendimento, e que ficam responsáveis pelos pacientes nas 24 horas seguintes. Existem mais dois profissionais ditos "horizontais", por turno, que fazem o acompanhamento da evolução dos pacientes internados.

Os pacientes considerados graves são encaminhados diretamente para a sala de urgência da área vermelha. O médico se desloca até lá para prestar o atendimento. Os pacientes encaminhados para internamento - que estão no hospital há mais de 24 horas - ocupam a área verde ou a área amarela, a depender de seu quadro clínico e da orientação/prescrição médica.

Para um gestor entrevistado, houve mudanças no quadro geral:

“(...) há quatro anos, nós tínhamos um quadro dramático em relação à pediatria (...) os internamentos pediátricos eram excessivos, eles demoravam muito tempo (...) o tempo de permanência 'tava muito alto, a taxa de mortalidade 'tava muito alta, a quantidade de internações era absurda, e não havia critérios. De quatro anos prá cá (...) nós tivemos uma queda vertiginosa na mortalidade, e também no tempo de permanência hospitalar prá esses pacientes, e são pacientes geralmente crônicos, pacientes muito graves, pacientes que requerem realmente maior tempo de internação hospitalar, porque nós somos um hospital terciário (...). Nós abrigamos aqui as especialidades que nenhum outro hospital no Estado abriga, nós somos a referência prá Neuro (refere-se à Neurocirurgia), apesar de existir outros hospitais que fazem atendimento para Neurocirurgia em adultos, mas prá criança só se faz aqui, porque inclusive nós somos suporte de UTI pediátrico do Estado (...) nós temos atualmente sete leitos de CTI pediátrica, que é o que funciona como um fator de polarização para que essas cirurgias de grande porte, ou mais delicadas, ou de maior risco, sejam feitas aqui (...)”.

Para mim foi interessante presenciar manifestações de solidariedade entre as mães/acompanhantes dos pacientes. É certo que os mais graves, ou com patologias “estranhas” ao senso comum, despertam a curiosidade, como foi o caso de uma criança autista, bastante agitada no leito. Ao mesmo tempo, despertam também um sentimento de cooperação mútua, por parte daquelas pessoas que, involuntariamente, precisam conviver e dividir o mesmo espaço, fora de suas casas. Talvez estejam aí envolvidos processos de identificação com o sofrimento do outro, tornando-os solidários e também satisfeitos por poder ajudar a quem julgam estar numa situação pior do que a sua.

Circulando pelo espaço que dá acesso aos consultórios, observo que, rapidamente, chega uma mãe após outra, umas com crianças maiores e outras com bebês. Nenhuma parece grave, mas algumas mães reclamam e fazem comentários maldosos sobre o serviço.

É mais um dia de rotina na Pediatria...

VII. Os sentidos do trabalho

7.1. Aproximações sobre o Imaginário Organizacional

O Hospital de Urgências de Sergipe Governador João Alves Filho, o HUSE, mais conhecido como “o João”, é um hospital que, para os trabalhadores entrevistados, padece de um “mal” crônico: a excessiva demanda de pacientes. A superlotação foi um tema recorrente nos depoimentos dos trabalhadores e, a meu ver, repercute não só na qualidade dos serviços prestados à população, mas também no nível de satisfação do trabalhador e no imaginário que esses trabalhadores fazem da instituição.

Para melhor entendimento do texto, esclareço que as referências que faço ao HUSE são, na verdade, por meio do setor de pediatria, local escolhido para desenvolver a pesquisa e que representa o hospital em suas facetas mais contundentes: pronto socorro, UTI e internamento.

a) A pressão da demanda real e o imaginário de caos e desordem

Numa realidade que não é diferente do restante do hospital, o setor de pediatria sofre com a demanda excessiva de pacientes, em particular agravada nos últimos meses por uma crise no atendimento a pacientes pediátricos no Estado, desencadeada pelo fechamento, ou diminuição no atendimento, de diversos serviços.

A superlotação do serviço, com a conseqüente sobrecarga de trabalho e inadequada estrutura para atender a essa demanda, foi motivo de depoimentos inflamados por parte dos trabalhadores entrevistados, e se fez presente na grande maioria das falas, como no dessa profissional com 22 anos de trabalho na pediatria do HUSE, que ressalta o aumento da demanda sem a contrapartida no quantitativo de pessoal para o atendimento:

“(...) muito paciente e mão de obra muito pequena. No início, até a uns cinco anos atrás, era ótimo para trabalhar, de cinco anos prá cá a imagem é péssima (...)”

Quando solicitados a “fazer uma imagem” do hospital, os trabalhadores utilizaram termos como “péssima”, “ruim” ou “um agregado de população sem condições de funcionar”, reportando suas impressões tanto às inadequadas condições de trabalho como à superlotação:

“(...) o hospital amplia a quantidade de atendimento, mas não dá suporte técnico prá isso...”

O SUS garante constitucionalmente o acesso de todos os cidadãos à saúde, mas para que isso aconteça na prática é preciso um reordenamento na rede de atenção em seus diversos níveis, de forma que os serviços possam trabalhar dentro de seus perfis e de sua capacidade instalada.

Pela ineficiência do sistema de saúde nos seus diversos níveis, em dar conta de atender às necessidades da população, a demanda nos hospitais gerais aumenta. Estabelecimentos como o HUSE têm uma missão dentro do sistema que fica altamente comprometida em sua qualidade ao ter de lidar com uma demanda excessiva de pacientes, sem a devida correspondência no tocante à estrutura física, de material e de pessoal:

“(...) o maior problema que nós temos é que nós atendemos a uma demanda que supera a nossa capacidade de atendimento, inclusive porque nós obedecemos rigorosamente aos critérios do SUS, nós atendemos todo mundo, a gente não dá “não” prá ninguém, aqui é atendido quem tem convênio, aqui é atendido quem é de outro estado, aqui é atendido todo mundo...”

“(...) A grande dificuldade da gente aqui é a superlotação, o número alto de atendimentos pela característica do hospital, que é o único que resolve tudo, então o que você não consegue resolver em lugar nenhum, vem resolver aqui...”

Longe de querer aprofundar a discussão quanto aos desafios para a efetivação da universalidade do SUS, pude evidenciar o “desconforto” dos trabalhadores quanto à superlotação do hospital. Tal desconforto advém não somente da sobrecarga de trabalho criada para os profissionais e pela insuficiência de recursos materiais e de pessoal para dar conta da situação, mas também pelo sentimento, explicitado por alguns entrevistados, de estarem sendo invadidos por uma população “estrangeira” sobre a qual não se sentem responsáveis. A população local, ou seja, “os nossos, que deveriam estar nos leitos, estão numa cadeirinha ali sentados” disputando atendimento não só com os

residentes no Estado, mas também “*com os de fora*”:

“A saúde fora do Estado é precária, então o Hospital Governador João Alves Filho dizem que tem a melhor qualidade de saúde, nos cuidados dos pacientes, nas medicações, então o povo vem tudo prá cá, gente de Rio Real, Cipó, é tanto do lugar... fora mesmo daqui do Estado, é Alagoas, Pernambuco, Bahia, Paulo Afonso, todo mundo vem prá cá, os daqui são pouquíssimos. Se chegar numa enfermaria dessas e perguntar quem é que mora aqui em Aracaju, não existe, é todos de fora, aí é nessas condições que a gente sobrecarrega, é... os do Estado mesmo ficam sentadinhos numa cadeira ali no corredor, esperando uma vaga aqui dentro, e os de fora, que só vem todos graves, vão prá os leitos...”

“(...) o Estado recebe gente de outros estados, da Bahia, de Alagoas, vem muita gente prá cá, e eles adoram, o atendimento aqui prá eles é... é, minha filha, até no chão que eles ficarem... quem reclama mais é o povo do Estado...”

Como já evidenciado, o HUSE é um estabelecimento de alta complexidade (“... é o único que resolve tudo...”) o que acaba por atrair não só os casos mais graves do Estado, como também de Estados vizinhos. O que chama a atenção no primeiro depoimento é o fato da profissional fazer uma distinção clara entre “*os de fora, que só vem todos graves*” e os do Estado que “*ficam sentadinhos numa cadeira ali no corredor*”. Esta imagem nos leva a questionar se os que ali estão, sentados no corredor aguardando atendimento – talvez por não apresentarem patologias que necessitem ser atendidas no HUSE - não teriam suas necessidades atendidas em outros níveis do sistema de saúde.

Estaria havendo uma demanda interna que, não encontrando atendimento – ou resolutividade – na rede básica de saúde do Estado, estaria se sobrepondo a real demanda do hospital? Parece que tal situação é percebida por outros profissionais:

“(...) a gente lamenta muito porque a gente não faz urgência realmente, a gente às vezes, atende coisas que não são da alçada do hospital, que poderia ser resolvido em outras coisas (lugares) (...)”

Durante o período em que observei o serviço, fui abordada mais de uma vez por mães que se diziam residentes em Estados vizinhos e que me relataram, informalmente, a saga para conseguir atendimento médico para seus filhos. A tomada de decisão de vir à Aracaju se deu pela certeza que tinham de que, no HUSE, conseguiriam o atendimento, e assim aconteceu. Uma delas relatou que *“somente aqui (no HUSE) conseguiram dar o diagnóstico e internar”* sua filha, que estava com hepatite e internada no isolamento.

Essa mãe circulava muito à vontade pelos corredores e, apesar de dizer-se satisfeita com a solução do problema de sua filha, não poupava o pessoal da enfermagem de críticas e comentários maldosos por estarem, entre outras coisas, *“atrasando a medicação”*. Era um sábado, com número reduzido de profissionais. O setor de pediatria estava lotado e o corredor, apinhado de macas, pacientes e acompanhantes.

Na visão de duas profissionais de enfermagem, a população usuária não percebe as dificuldades do serviço, e acaba por lhes cobrar mais do que podem oferecer:

“(...) a gente tem uma superlotação, e a população às vezes não entende, reclama...”

(...) nós somos cobradas demais (...) a população cobra porque o atendimento não é 100%, né?!”

Nessa arena de disputa em que se cruzam a população atendida *versus* atendimento hospitalar, uma profissional declarou que o que lhe dava *“uma certa revolta”* era a imagem que as pessoas têm do hospital: *“a imagem que se vende do HUSE é só a imagem da porta, que é uma muvuca, que é uma coisa extremamente atribulada”*. E complementou, bastante emocionada:

“Depois que entra (o paciente), que recebe o 1º atendimento, que melhora, que tá bem, aí decide se o HUSE presta ou não presta para sua pessoa (...). Elas (as pessoas) acabam levando uma imagem... a nossa pior imagem, a imagem da coisa agônica, do

desespero, do 'ruge-ruge'(...)"

O “não reconhecimento” por parte da população é um aspecto bastante presente nos depoimentos. Pode perceber certo ressentimento nas falas dos trabalhadores, como se a falta de reconhecimento à instituição se estendesse ao seu próprio fazer. Tal situação parece ser uma fonte de sofrimento para esses trabalhadores (Dejours, 2008), tema que será abordado mais adiante.

Nas minhas vivências como cidadã, reconheço, como uma percepção do senso comum, que a população de uma forma geral, usuária ou não dos serviços do HUSE, mantém um imaginário negativo sobre o maior hospital público de Sergipe. Alguns trabalhadores parecem sentir-se desconfortáveis com tal situação, com esse imaginário de caos e desordem que se revela sobre o HUSE, apoiado nas precariedades reais.

Na maioria das vezes, essa imagem está associada ao Pronto Socorro, que funciona como uma metonímia do hospital. Pelas características do atendimento que ali é realizado, é um espaço propício para o desvelamento das fragilidades na organização do serviço hospitalar, por ser um local onde “*tudo bate*”, indicando “*a enormidade e diversidade da demanda*” (Sá,2005:251):

"Nós temos um problema crônico que é a questão da porta... quem trabalha dentro sabe que tem uma lógica, sabe que tem uma organização que permeia o caos. Mas, quem 'tá de fora e quem não conhece, simplesmente costuma rotular como uma coisa caótica, é... sem sentido, bagunçada (...) essa é a face que mais se mostra, porque a maior parte das pessoas só conhece a ambiência do Pronto Socorro (...). Eu acho que isso desgasta muito a imagem que nós temos (...)"

Esses trabalhadores tomam para si a imagem que a população faz do hospital, num processo de identificação com a instituição. Assim, sua imagem, enquanto profissionais de saúde, parece advir da imagem do hospital e, se esta for abalada, os afeta igualmente na imagem que fazem de si mesmos, em seu narcisismo.

As organizações públicas, atualmente num momento de desvalorização não só dos serviços, mas também de seus trabalhadores, de precarização dos vínculos e das condições de trabalho, (sobre)vivem inseridas num contexto de reconhecimento negativo (Azevedo, 2005). Conforma-se assim um imaginário de impotência, descrença,

de impossibilidade da mudança, de apatia e conformismo (Azevedo, 2005) que se confronta com o imaginário de alguns trabalhadores que têm o HUSE como um objeto idealizado, fonte de proteção, amparo e segurança, como veremos adiante.

Uma profissional chegou às lágrimas ao fazer uma espécie de “defesa” do hospital:

“(...) me irrita muito quando as pessoas desavisadas criticam, e denigrem a imagem do HUSE, porque elas não sabem o quanto elas precisam do HUSE, o quanto elas podem vir a precisar do HUSE, e eu sei... então... assim, isso me irrita bastante...”

b) O hospital que acolhe o trabalhador

Tomando a construção do imaginário por outro ângulo, em alguns depoimentos os trabalhadores trouxeram a imagem do hospital como um lugar que lhes confere amparo e proteção. Uma profissional de enfermagem, que relatou ter sido o HUSE seu primeiro emprego, definiu assim o setor de pediatria, após 22 anos de trabalho:

“Ah, pra mim meu setor é a continuidade da minha casa (...) eu passo mais tempo aqui do que em casa, então pra mim é a continuidade. Tem os problemas, mas é do cotidiano, do ser humano, a gente resolve e tudo se torna bem”

Tal afirmação parece revelar um imaginário associado à proteção e conforto psíquico que, a meu ver, foi reforçado pela forma simplista com que a profissional se referiu ao que chamou de “problemas”: parecia estar se referindo a questões domésticas, em nada lembrando a complexidade dos problemas de um hospital!

A casa como metáfora pode significar, para o trabalhador, a fusão entre os seus domínios pessoais e os da organização, num “todo” no qual o indivíduo transita à vontade. Talvez pelo fato de, muitas vezes, conviver mais com os colegas de trabalho do que com a própria família, haja a necessidade de “estabelecer laços” – não só com os colegas, mas também com a instituição – de forma a lhes proteger “*contra a vivência de fragmentação/despedaçamento, que a vida nas organizações também provoca*” (Sá, 2005:173).

A representação elaborada pelos trabalhadores conferindo ao hospital uma

imagem de segurança, não só psíquica quanto material – e talvez servindo como defesa diante dos sofrimentos vivenciados diariamente na instituição - foi compartilhada por outros profissionais:

“Faço imagem boa, primeiro porque é meu trabalho (...)! Eu digo ‘graças a Deus que tenho esse, e se não tivesse?’ Sou estatutária, sou efetiva, com fé em Deus só saio daqui se morrer ou quando me aposentar...”

“(...) acho ele ótimo (o hospital), toda vida trabalhei aqui (...)”

Outros trabalhadores também associaram, de forma positiva, seu aprendizado técnico e sua trajetória profissional ao HUSE. Uma profissional de enfermagem contratada relatou, informalmente, que o hospital foi a sua “*escola*”; outra dizia ser agradecida a um determinado profissional, que já não trabalha mais no HUSE, por tudo que ele lhe ensinou no período em que trabalharam juntos.

Uma profissional que soma 15 anos de trabalho no HUSE relatou que, desde seus tempos de faculdade, está no hospital:

“(...) eu trabalhei mais quatro anos como estudante, acompanhando os profissionais que faziam parte do elenco do pronto socorro... é, desde muito cedo e assim, sempre na pediatria (...). Eu tenho um apego muito grande ao hospital, não só porque fez parte da minha formação (...). Eu considero ele uma estrutura fundamental dentro da nossa conjuntura de saúde (...)”

Esse “apego”, que se manifesta na forma de declarações de amor e orgulho pelo hospital, está presente em diversas falas:

“Ah, gosto, gosto muito... (do hospital)”

“Eu gosto (do hospital), cada dia que se passa gosto mais ainda (...)”

“(...) mas eu gosto daqui e quero muito ver as coisas ficarem diferentes aqui... torço muito por esse hospital (...)”

“(...) eu considero o HUSE uma coisa fundamental... e eu tenho muito orgulho...”

Durante as entrevistas alguns trabalhadores expressaram sentimentos em relação ao hospital que, pelo menos momentaneamente, tinham o efeito de minimizar, aos seus olhos, as deficiências da instituição. O afeto sentido, quando expressado durante a entrevista, modificava o tom de voz do entrevistado, e o fazia associar o hospital a um local com dificuldades passíveis de serem superadas, por exemplo. Outros diziam ser um lugar no qual estão porque gostam de trabalhar lá, e ainda houve afirmações do tipo:

“Desde que eu entrei (no hospital) eu me apaixonei!”

“(...) eu gosto muito do hospital, já tive chance até prá sair, mas eu não quero!”

“Ah... a pediatria (o setor) adoro, o hospital eu gosto...”

“(...) eu até brinco com as meninas que, se eu ganhasse na loteria, era o único lugar que eu não deixava...”

Um imaginário de potência do hospital também foi percebido, reforçado pelas inovações nas condições materiais e tecnológicas do trabalho:

“(...) quando eu comecei a trabalhar no HUSE não havia unidade de terapia intensiva pediátrica, aqui em Sergipe não havia pelo SUS, então eu acho que foi uma grande alegria a inauguração da CTI pediátrica e eu pude participar, graças a Deus, dessa inauguração, com vários colegas que permanecem ainda trabalhando na CTI pediátrica”

A implantação da CTI pediátrica foi considerada por alguns como um “divisor de águas” na história do hospital:

“Bom, o HUSE acho que passa por várias etapas. No início, era mais triste (...)”

não havia a CTI, então nós trabalhávamos no PS, e era um PS sempre superlotado (...)”

Além da imagem de potência que se transfere para o trabalhador, para sua identidade enquanto profissional de saúde, parece claro a sua satisfação em ter “garantido” o seu lugar na história de luta e avanços do hospital junto a seus pares, reforçando o seu sentimento de pertença à instituição.

c) O ressentimento sobre a população e o acolhimento possível: a caridade como saída?

A população foi muito citada não só nas entrevistas, mas também durante minha observação participante. Alguns trabalhadores fizeram referência ao nível cultural da população atendida no HUSE, e comentários informais, inclusive do pessoal administrativo e da limpeza, sugeriam representações sobre a população usuária como aqueles que não sabem “*se comportar*” na unidade, provocando muitos danos materiais, “*como as descargas dos banheiros que vivem quebradas*”. Também se queixaram de mães que tratam os funcionários “*como se fossem seus empregados*”, inclusive jogando e permitindo que seus filhos joguem lixo no piso, chegando ao cúmulo de algumas mães orientarem seus filhos a fazer suas necessidades nos corredores, sob a alegação de que “*tinha gente ali prá isso*”, referindo-se aos trabalhadores de serviços gerais.

Uma profissional da área de enfermagem elaborou a imagem do hospital como de “*uma mãe, principalmente para as pessoas pobres*”:

“(as pessoas) são acolhidas, apesar de tantas reclamações, de tudo que o povo fala de ruim daqui, mas vem, comem, dormem (...) de ar condicionado, com cadeira, com lençol, sem nenhum custo, nada, nada, nada, e ainda reclamam... então, acho que é uma mãe!”

Neste depoimento, como em outros, parece haver um ressentimento para com os usuários que, segundo alguns trabalhadores, não reconhecem o trabalho realizado e tudo que o hospital lhes proporciona, no âmbito da assistência. A problemática do reconhecimento do trabalho será abordada mais adiante neste trabalho.

Porém, além disso, há um aspecto importante a ser ressaltado na fala dessa profissional: o sentido da assistência como caridade, o que pode ser apreendido na imagem que ela faz do hospital, de uma “mãe”, especialmente para os “pobres”. Ao utilizar essa imagem, em analogia àquela que acolhe e provê os que estão sob sua guarda, a profissional parece atribuir ao hospital características um tanto nobres, como se fosse um exercício de filantropia oferecer condições (básicas) dignas para aqueles que ali são atendidos, o que também poderia impedi-los de reclamar.

Embora hoje a realidade seja diferente – e o HUSE não seja um hospital de caridade – o depoimento apontaria indícios de uma cultura ainda bastante arraigada na sociedade, de que os serviços públicos de saúde existem para as pessoas menos favorecidas financeiramente, para os “indigentes”?

A imagem de uma população incompreensiva, que lota o hospital, não sabe se comportar nem reconhecer os serviços prestados pela instituição e por seus trabalhadores, e que ainda “*fala mal*” do HUSE, parece ser o elemento central na elaboração de um imaginário negativo que se contrapõe às imagens que os trabalhadores fazem do hospital: aquele que acolhe, não só a eles, trabalhadores, mas também a essa mesma população da qual eles têm ressentimentos e que a instituição, como uma “mãe caridosa”, não nega acolhida.

Mesmo reconhecendo as dificuldades e limitações do hospital, que repercutem diretamente no seu cotidiano de trabalho, os trabalhadores parecem não aceitar que críticas venham de outros senão deles mesmos. O pano de fundo parece ser esse imaginário que apreende os trabalhadores “*nas armadilhas de seus próprios desejos de afirmação narcisista, no seu fantasma de onipotência ou de sua carência de amor*” (Enriquez, 2007:35).

d) O “caleidoscópio” organizacional

Ainda que pareça haver certa dominância de um imaginário de segurança, de proteção e de potência, creio não estarmos diante de um imaginário organizacional monolítico. Arrisco-me a dizer que estamos diante de um mosaico de percepções e representações - influenciadas pela vivência de cada trabalhador - que fazem com que a imagem do hospital de tantas dificuldades “conviva” com a do hospital acolhedor, pelo

qual se tem um afeto especial.

Uma trabalhadora descreveu o HUSE como um “*absurdo ambulante, uma coisa psicodélica, como se você caísse dentro de um caleidoscópio, toda hora muda, e tem mil e uma facetas, e cada vez você descobre uma que você ainda não tinha reparado*”, numa tentativa de expressar a complexidade e os paradoxos da instituição e, ao mesmo tempo, a sua dificuldade em apreender todas as dimensões da organização.

Comparar o HUSE a um caleidoscópio – “*objeto cilíndrico, em cujo fundo há fragmentos móveis de vidro colorido, os quais, ao refletirem-se sobre um jogo de espelhos disposto longitudinalmente, produzem infinitas combinações de imagens*” (Ferreira, 1993) - quando tentamos abordar o imaginário organizacional, parece acertado. Exprime bem a idéia de que não estamos diante de um imaginário único - nem de uma organização coerente e harmônica - mas sim de um imaginário multifacetado, no qual as condições adversas - como o sucateamento, desinvestimento, burocracia, baixa qualidade e ineficiência (Azevedo, 2005) que assolam nossos serviços públicos de saúde – podem enfraquecer as imagens positivas que os trabalhadores do HUSE mantêm do hospital.

A ambivalência que se fez presente, muitas vezes na fala de um mesmo entrevistado, caracteriza a relação ambígua entre trabalhadores e instituição. Ao mesmo tempo em que apontaram muitas dificuldades para desenvolver seu trabalho adequadamente, os trabalhadores entrevistados mostraram-se incisivos na defesa do hospital, enquanto “*estrutura fundamental dentro da nossa conjuntura de saúde*”.

Sá (2005) em pesquisa realizada num hospital de emergência do Rio de Janeiro, apesar das diferenças de contexto, obteve achado similar:

“(...) Este ‘hospital das insuficiências’ ou ‘carências’ é mais facilmente visível (e pronunciável) nos vários depoimentos, situando-se, muitas vezes, lado a lado, num mesmo discurso, do hospital potente e acolhedor (...)”

Uma profissional, demonstrando orgulho, afirmou que, caso venha a adoecer, quer ser levada para o HUSE:

“(...) é um hospital que preenche muitas necessidades que muitos particulares

daqui de Aracaju não tem (...)”

Acredito que o desafio que está posto é encontrar mecanismos que possam “fortalecer” o imaginário positivo que os trabalhadores ainda têm da instituição, apostando na possibilidade de instauração de um imaginário motor, porém reconhecendo que questões como a desvalorização, o não reconhecimento, o conformismo, dentre outras “forças de disjunção” (Azevedo, 2005) perpassam as organizações públicas de saúde e são importantes obstáculos à consolidação desse tipo de imaginário.

7.2. Uma aproximação às representações dos trabalhadores sobre o seu trabalho

Ao comentar informalmente o meu “otimismo” pelo que eu vinha apreendendo nas entrevistas, uma gestora comentou que nem todos “*gostam tanto assim do HUSE*”. Outra profissional, em sua entrevista, afirmou:

“(o hospital) tem que melhorar muito as condições de trabalho sim, e o compromisso também, porque em todo lugar tem bons profissionais e ruins”

O ser “bom” ou “ruim” parece estar associado ao compromisso que implica no investimento do trabalhador em seu trabalho. Segundo os entrevistados, a situação de trabalho é bastante precária, pelos vários motivos já elencados, o que, a meu ver, dificulta o investimento desses trabalhadores não só em seu trabalho, mas também na instituição:

“Anteriormente, quando eu comecei a trabalhar no Estado, eu tinha, assim... orgulho de ser funcionária do Hospital João Alves...”

“(...) dá a impressão, algumas vezes, que a batalha está sendo perdida, e eu vejo colegas batendo em retirada (...). Eu vejo colegas que começam a achar que aquela idéia, aquele objetivo que ele tinha não vai alcançar, então ele muda de objetivo. Procura outras coisas (...) que vai lhe tirar desse local (...)”

O enfrentamento das dificuldades cotidianas no trabalho parece ser vivido como uma guerra, uma “batalha”, e demonstra a dimensão do esforço e do investimento (possível) feito cotidianamente por esses trabalhadores.

Ao mesmo tempo, o trabalhador parece querer expressar o desejo de uma “debandada geral”, que pode indicar a fragilidade do imaginário organizacional ideal da instituição. A desilusão, o desânimo, podem estar associados ao sentimento de fracasso, experimentado por aqueles profissionais que, com a vivência da “*batalha perdida*”, acabam por desistir do trabalho no hospital, conforme vimos no depoimento.

O fracasso é resultante da distância entre a realidade cotidiana do trabalho (nesse caso, no hospital) e o seu “*saber fazer*”, que causa ao trabalhador sentimentos de impotência, de irritação, de decepção, ou mesmo o esmorecimento (Dejours, 2004), como é perceptível em algumas falas.

Num dos primeiros contatos que fiz no setor de Pediatria, uma enfermeira, muito solícita, informou-me que não poderia me conceder a entrevista por não ser do quadro efetivo, mas apressou-se em me informar, demonstrando certo alívio e satisfação, que logo não estaria mais trabalhando ali. Outra, visivelmente cansada pelo dia de trabalho extenuante, numa conversa informal disse-me que, mesmo tendo sido aprovada no último concurso público, estava avaliando se valia à pena assumir o cargo, porque, trabalhar ali, “*era muito desgastante*”.

Além do desgaste físico, creio que o “cansaço” também advém da impossibilidade de “*rearranjo da organização do trabalho*”, que faz com que a energia pulsional não descarregada no trabalho se acumule no aparelho psíquico, “*ocasionando um sentimento de desprazer e tensão*” (Dejours, 2007:29). Para este autor, essa energia, ao transbordar e desaguar no corpo, dá início às manifestações somáticas, como a fadiga, “*uma testemunha não específica da sobrecarga*” (Dejours, 2007:29).

A superlotação, as condições inadequadas de funcionamento do hospital, a insuficiência de pessoal e de recursos materiais, foram aspectos apontados pelos profissionais em vários depoimentos, e que parecem estar impactando negativamente no cotidiano de trabalho (e no imaginário) do HUSE:

“(…) as condições que são oferecidas para que a gente desenvolva o nosso

trabalho também não são as melhores (...)”

“(...) ninguém diz ‘eu trabalhei bem hoje’, ainda não chegou esse dia... há mais ou menos cinco anos é isso, que a gente vem ‘sobrecarregadíssimo’”

Creio que esta realidade não esteja associada somente às condições estruturais e materiais do trabalho no HUSE. Apoiando-me em Dejours, para quem a relação do trabalhador com a organização do trabalho dá origem à *carga psíquica do trabalho* - entendida como a resultante da “*confrontação do desejo do trabalhador à injunção do empregador, contida na organização do trabalho*” (Dejours, 2007:28) – acredito que o “trabalhar” em saúde, na atual situação (desfavorável) de nossos serviços públicos, provoque um aumento (não desejado) nessa carga psíquica.

Em várias entrevistas pude perceber que o aumento dessa “carga psíquica” parece estar associado também à pressão exercida na organização do trabalho, resultando em mal estar e sofrimento:

“(...) ultimamente as condições são precárias, falta tudo (...) muito aviso, ‘faça isso, faça aquilo’, só mandam, ninguém diz o que a gente pode fazer (...) só ordem prá gente cumprir (...)”

Outros profissionais também se mostraram insatisfeitos em face da situação atual da instituição:

“Bom, o hospital ‘tá meio que... meio não, todo ‘armengado’ (...) é tudo improvisado, fora dos padrões normais que deve ser (...) ‘tá difícil p'rá improvisar, até p'rá improvisar ‘tá difícil...”

Como o setor de Pediatria está instalado, há poucos meses, no prédio onde funcionou a antiga maternidade estadual, por conta das obras de ampliação do HUSE, pergunto à profissional se esses improvisos (ou a prática do “quebra galhos”, como denominou Dejours, e será discutido mais adiante) têm relação direta com a estrutura física na qual o setor funciona atualmente. Com sete anos de trabalho no HUSE, ela esclarece o que parece ter sido um processo progressivo, que extrapola o limite das

instalações físicas:

“Foi gradativo, acho que a gente só trabalhou, assim, uns dois anos, que a gente tinha [bastante] material, tinha condições prá trabalhar mesmo... mas também a demanda aumentou e os outros hospitais de referência foram fechando, fechando, fechando...”

Como já foi dito, o Estado de Sergipe vem atravessando uma crise no atendimento em pediatria, inclusive com necessidade de mediação do Ministério Público Estadual. Para o Secretário de Estado da Saúde, em pronunciamento no dia 12 de novembro do corrente ano⁴, essa crise é do setor privado, que não tem mantido em seus quadros médicos pediatras em número suficiente para dar conta de suas demandas, o que não ocorre, segundo ele, no setor público, que chega a ter cinco profissionais de plantão no setor de pediatria do HUSE.

Porém, o discurso de alguns trabalhadores se reporta a trajetória do HUSE desde a sua fundação, apontando para dificuldades resultantes dos vários contextos sociopolíticos que, na visão desses trabalhadores, tiveram influência direta no funcionamento não só do hospital, mas da saúde no Estado como um todo:

“Ao longo da história, esse hospital vem sofrendo algumas deficiências, por ocasiões políticas, né?! Sofre muito a influência política, por ser um hospital do Estado, então essa influência trouxe alguns decréscimos ao crescimento do hospital...”

Numa espécie de “contraponto”, alguns depoimentos tratam de reconhecer o “bom trabalho” que realizam no hospital, a despeito das adversidades, ao tempo em que reconhecem também que ainda há muito a fazer:

“É um hospital público que tem suas dificuldades sim, tem que melhorar muito as condições de trabalho sim, (...) mas por ser um hospital público (...) com todas as dificuldades, nos tentamos sim prestar um bom serviço”

⁴ O Governo do Estado, por meio da Reforma Sanitária e Gerencial, está investindo na construção, reforma e ampliação de diversas unidades hospitalares em todo o Estado, que incluirão a prestação de serviços em pediatria e neonatologia. O pronunciamento aconteceu na solenidade de recepção aos recém admitidos no concurso público para as fundações.

“É, exatamente, quando a gente ‘tá fazendo o nosso melhor (...). Nós não vivemos em condições plenas prá desenvolver um trabalho, mas nós fazemos o máximo prá conseguirmos atingir, da melhor forma, essa performance...”

“Lógico que precisa mudar uma coisinha aqui, uma coisinha ali, mas eu acho que devagarzinho... eu acho que já se mudou muita coisa, a gente já conseguiu melhorar muita coisa...”

A utilização de palavras no diminutivo parece uma tentativa de minimizar, ou atenuar, a gravidade dos problemas e ressaltar os avanços na atual conjuntura do hospital, sinalizando para um tempo presente melhor do que o passado (pelo menos aos olhos desses trabalhadores).

Outro ponto interessante quanto ao trabalho que, acredito, merece ser mencionado é o fato de que alguns entrevistados demonstraram preocupação em ressaltar que as insuficiências do hospital e as condições adversas não têm implicação direta na sua dedicação e amor pelo trabalho, enquanto ofício:

“(...) é por conta da situação, porque eu gosto da minha profissão, do meu trabalho, né?”

“(...) me dediquei muito aqui dentro, até hoje...”

“(...) eu gosto muito do que eu faço...”

“Ah, o meu trabalho é uma coisa marcante, alguma coisa especificamente... que eu gosto de fazer, por isso eu levo o trabalho um pouco melhor do que algumas pessoas que fazem seu trabalho de qualquer forma... é um trabalho que eu gosto (...)”

É uma identificação do trabalhador com o seu *fazer*. A “livre escolha do ofício”, que atenua a carga psíquica do trabalho (Dejours, 2007) parece bem exemplificada na fala do trabalhador que diz gostar do seu trabalho e, por essa razão, trabalha melhor do que outras pessoas.

Acredito que, para alguns, o seu ofício "*exprime o orgulho do trabalho cumprido e sua utilidade social para seus próximos (...)*" (Lèvy, 1994:90):

"(...) eu gosto mesmo é do contato com os pacientes... é gratificante, chega uma criança doente, depois a gente vê sair boa... ah, eu gosto muito do que eu faço!"

Se por um momento, as representações dos trabalhadores sobre o seu trabalho parecem muito associadas às condições nas quais esse trabalho está sendo desenvolvido, em outro parece haver uma retomada da sua dignidade, e aí tratam de fazer imagens mais amenas, que atenuam as dificuldades e reforçam o seu investimento no trabalho, mediado pelo amor ao hospital e ao seu ofício. É como se a batalha diária, o desgaste, as insuficiências do hospital e da gestão acabassem se diluindo numa imagem maior do trabalho que, se não a ideal, é o mais próximo que conseguem chegar dela.

7.3. Um olhar sobre a gestão

No Estado de Sergipe, o setor saúde vem passando por mudanças que vão além da construção, reforma e ampliação de hospitais. Como já referido neste trabalho, tais mudanças têm o significado também de uma reforma gerencial, implicando num novo modelo de gestão e organização do cuidado. O HUSE, como não poderia deixar de ser, agora integrante da Fundação Hospitalar de Sergipe, está inserido nesse contexto de transformações.

a) Incertezas e produção de sentidos sobre as mudanças na gestão

Embora questões relacionadas às (novas) formas de gerenciamento do setor e à organização do trabalho estivessem presentes em alguns depoimentos - o que me pareceu ser indício do impacto das mudanças e sua influência no imaginário dos trabalhadores - surpreendeu-me o fato de que somente uma trabalhadora fez referência direta às fundações estatais e sua implantação e, mesmo assim, após o término da entrevista.

Segundo a profissional, mesmo com o "*clima horrível, por conta da história das fundações*", o pessoal da pediatria ainda consegue trabalhar dando o melhor de si, justificando que "*o paciente não tem culpa*"!

O “clima horrível” ao qual ela se refere - e associa às fundações - traz implícita, a meu ver⁵, a questão das mudanças na organização. Lévy (1994b), citando Lewin, nos diz que a mudança não é somente uma passagem simples de um estado para outro, mas implica um processo, e observa que, ao longo da existência de um grupo pode haver momentos de redirecionamentos, de descontinuidade, de “*fraturas no destino*” (Lévy, 1994b:115). Este autor ressalta que a mudança, antes mesmo de ser um acontecimento material, objetivo, é um acontecimento psíquico, subjetivo – daí o psiquismo ser “*o lugar da mudança*” – e que “*as condições materiais, objetivas, só têm valor de mudança quando elas são apropriadas mentalmente, ao nível de suas significações*” (Lévy, 1994b:116).

Talvez o que esteja sendo percebido objetivamente pelos trabalhadores - a implantação das fundações, a mudança no modelo de gestão e do cuidado - não tenha valor de mudança pelo fato de não terem atribuído um sentido, um significado, a tais mudanças, ocasionando o mal estar referido pela entrevistada.

Observei que os trabalhadores, em seus depoimentos, parecem “cansados” de tantas mudanças na organização dos serviços e na gestão, mudanças as quais não chegam, segundo eles, a perceber resultados concretos que altere sua realidade de trabalho para melhor. Acredito que daí advenha o ceticismo demonstrado por alguns.

Trabalhadores relataram que, muitas vezes, antes mesmo que se possa avaliar se uma medida deu certo, em curto espaço de tempo vem outra nova orientação, uma nova regra, uma nova prescrição:

“(...) falta tudo, muita ordem, muito chefe pra pouco índio, muito aviso, “faça isso, faça aquilo”, só mandam, ninguém diz o que a gente pode fazer, o que eles podem fazer pelo funcionário, só ordem prá gente cumprir”

A profissional se mostra pressionada pelo que julga ser um excesso de ordens que, aliado às condições inadequadas de trabalho, incomodam sobremaneira essa profissional. Parece torturada por não conseguir significar tantas “ordens”, pelo que

⁵ Como técnica da Secretaria de Estado da Saúde, venho acompanhando o debate acirrado sobre a implantação das fundações estatais.

parece ser um jogo sem sentido, que só lhe confronta com o mundo coercitivo em que se inscreve a hierarquia institucional.

Os trabalhadores manifestam angústias que parecem relacionadas ao significado das mudanças, e desconfiados quanto aos fins das mesmas. Creio que, compreendendo os fins, possa ser possível favorecer o “rito de passagem” desses trabalhadores para que se tornem “*indivíduos criativos*” (Azevedo *et al*, 2002) inseridos num projeto organizacional, capazes de “*desfazer relações antigas e elaborar novas*” (Lévy, 1994b:117).

Todavia, no contexto político institucional no qual (sobre)vivem os serviços públicos de saúde – “*nossas organizações públicas vivem processos de angústia e sofrimento derivados da alta incerteza quanto às suas possibilidades de sobrevivência*” (Azevedo, 2000) – a incerteza parece rondar os trabalhadores da saúde:

“(…) *you don't know, at times, what the general wants you to get...*”

O fato é que, como afirma Campos (2000), as mudanças “... *quanto mais pronunciadas sejam, mais assemelham-se a um salto rumo ao desconhecido*” (Campos, 2000:116). Em Sergipe, onde a política estadual de saúde proposta é, por si mesma, ousada, quando prevê literalmente, “*uma revolução, não somente na área material de reforma, padronização e adequação física, mas, sobretudo conceitual*” (Carvalho Santos, 2008), creio que a incerteza pode advir não somente da questão da sobrevivência, seja das fundações ou da própria reforma em si, mas também da dúvida/angústia do trabalhador quanto à sua capacidade de corresponder a esse novo “tão grandioso” e às mudanças que propõem alterar sua realidade.

Uma profissional disse que, ao ouvir a “*novidade*” do novo modelo de gestão – os colegas - numa reunião com gestores e consultores, exclamou: “*Ah, mas é isso? Isso a gente já faz*”, o que pode ser entendido como uma tentativa de se preservar da angústia gerada pelas “*novidades*”, uma defesa contra o sofrimento, negando o caráter inovador do projeto.

Outra profissional fez uma observação na mesma linha:

“É muito engraçado certas coisas (...) você acaba adquirindo um vernáculo completamente novo, que se ambienta a nível de consultorias e a nível de partidos (...) é muito engraçado quando você vê certas pessoas que estão na gestão, numa forma de demonstrar que já estão integrados no projeto, elas começam a utilizar de forma até aleatória, a terminologia que os consultores trazem (...) a última da consultoria foi “vamos agir na lateralidade” (...) quando me integraram essa informação, de que era só isso, eu falei: “Ah, é o que a gente faz todo dia, tá, tudo bem, eu pensei que era alguma novidade” (...) então, é por aí, o HUSE é uma verdadeira loucura (...)”

Entre os depoimentos que apontam para a negação das mudanças, percebi certo estranhamento em relação às consultorias. Talvez pelo fato de que, segundo alguns trabalhadores, “o HUSE vem passando por tantas consultorias, sem ninguém ver mudar nada” ou por serem, os consultores, profissionais de outros Estados, “como se aqui (em Sergipe) ninguém prestasse”, o que pode ser uma manifestação de ressentimento dos trabalhadores em relação à (suposta) dúvida quanto a competência dos profissionais locais.

b) Reconhecimento e suporte: falhas no exercício da função gerencial?

A insatisfação com a gestão, presente em alguns depoimentos, passa por questões administrativas, no âmbito da gestão dos “recursos humanos” – como o caso de uma profissional de enfermagem que, quando perguntei sua formação, respondeu ser “técnica, mas o hospital nunca me deixou passar prá técnico, todas às vezes quando (ela) mandava os documentos, sempre indeferiam, então continuo auxiliar” - seja por aquelas relacionadas à organização do setor:

“(...) a população cobra porque o atendimento não é 100%, e a Secretaria cobra porque quer que a gente dê os 100% mesmo sem eles nos oferecerem os 100% (...)”

Alguns trabalhadores parecem sentir-se desprestigiados pela gestão, não reconhecidos e muito cobrados, quando já estariam, a seu ver, dando o melhor de si:

“(...) a gente ‘tá fazendo o nosso melhor, porque as condições que são oferecidas para que a gente desenvolva o nosso trabalho também não são as melhores (...) mas nós fazemos o máximo prá conseguirmos atingir, da melhor forma, essa performance (...)”

Num dos depoimentos anteriores, no qual a profissional alega *“ninguém diz o que a gente pode fazer, o que eles podem fazer pelo funcionário”*, acredito que a imagem que se revela é a da gestão que não reconhece o trabalhador como um ser desejante, portador de singularidades, nem os apóia nas suas demandas para a realização de seu trabalho.

A trabalhadora que se queixava de não ter obtido sua ascensão funcional (*“o hospital nunca me deixou passar prá técnico”*) passava a impressão de ser uma pessoa em seu limite: fez críticas à gestão, sentia-se injustiçada, utilizou algumas vezes o termo *“sobrecarregadíssimo”* para se referir ao trabalho no setor, e até me convidou a observar o mural que está afixado na parede do posto de enfermagem, no qual são colocados avisos, comunicações internas e orientações sobre a organização do serviço. Outros trabalhadores que estavam, ou passavam, por perto e conseguiam ouvi-la, balançavam a cabeça em sinal de concordância com o que estava sendo dito.

No mural (realmente repleto!) havia informes, os mais variados, advindos do nível gerencial. Muitos desses informes diziam respeito à organização do serviço, orientando novos fluxos, estabelecendo novas *“regras”* para maior agilidade dos serviços, ou alteravam determinações anteriores; outros eram questões relacionadas ao trabalhador e sua relação administrativa com a instituição.

As mudanças (frequentes?) no modo de organização dos processos de trabalho do setor poderiam se justificar em face das inúmeras dificuldades surgidas no cotidiano de trabalho de um hospital, o que talvez gere o *“incômodo”* evidenciado na fala da profissional, e também em outras falas. Possivelmente, isso leva a implicações tanto para a qualidade do serviço realizado como para a saúde mental desses trabalhadores (Dejours, 2008):

“(...) muita ordem, muito chefe pra pouco índio, muito aviso, ‘faça isso, faça aquilo’, só mandam (...)”

Alguns profissionais não demonstraram muita clareza quanto ao sentido dessas “muitas” ordens, por mais que possa ter havido esforços da gestão em tornar claro o significado das mudanças. A angústia, o mal estar diante dessas (novas) ordens pode estar sendo provocado por essa falta de clareza do trabalhador, e pode estar contribuindo para que não consiga diferenciar novas diretrizes - que pretendem melhorias para o trabalho - e um amontoado de “ordens” sem sentido.

A questão pode estar relacionada a confiança necessária às relações de trabalho, que permite a construção e a estabilização de acordos, tendo por base a compreensão da substância na qual esses acordos se assentam. A cooperação tão desejada pelos gestores, para que o trabalho seja eficiente, pressupõe essa confiança (Dejours, 2008).

A falta dela pode gerar insegurança no trabalhador, quanto ao trabalho realizado por ele:

“(...) porque você não sabe, às vezes, o que o general quer que você obtenha, entendeu? Então a gente fica assim, querendo fazer o melhor, mas as vezes você não sabe se verdadeiramente você 'tá fazendo o melhor...”

Os trabalhadores do hospital - já um tanto desgastados pelo trabalho que, por sua própria natureza, é uma fonte de sofrimento – parecem sofrer também pela incerteza do que está por vir, como visto anteriormente.

Em outro depoimento, além da retomada dessa questão, o trabalhador aponta a necessidade de uma visão prospectiva, por parte dos gestores:

“(...) eu acredito assim, na batalha não há possibilidade disso (de revezamento). Haveria possibilidade se houvesse uma visão um pouco mais adiante dos gestores (...). Você é funcionário, você pode produzir mais de que jeito? Mais e melhor? Ficando na luta, na frente, ou conseguindo um revezamento?”

O (sonhado) revezamento entre profissionais parece significar um desejo de diminuir a sobrecarga de trabalho, mas, como o trabalhador reconhece, isso não é possível, não só por se tratar de uma “batalha”, mas também, a meu ver, por exigir um planejamento prévio - o que ele chamou de “*visão um pouco mais adiante dos gestores*”. Assim, além de estar falhando em sua função de apoiar o trabalhador e de reconhecer suas singularidades, a gestão não estaria favorecendo ao trabalhador “produzir mais e melhor”.

Nesse sentido, de proporcionar condições de executar o trabalho com mais qualidade, um profissional trouxe em sua fala a importância das atualizações técnicas enquanto “investimento” para a qualidade no trabalho:

“(...) é um investimento na qualidade, quando você investe na educação, você tem bons profissionais e boa qualificação de mão de obra, e eu vejo que é uma necessidade absoluta que todas as gerências e todas as gestões, elas deveriam investir nisso...”

Aliado ao não reconhecimento das demandas específicas por formação, a gestão também é criticada pelas iniquidades na oferta desses cursos. Alguns teceram críticas aos gestores e ao modo de operacionalizar essa “educação”, por vezes dificultando o acesso dos trabalhadores:

“(...) os que eles mandam a gente fazer, querem que a gente faça fora do horário de trabalho da gente, aí como faço? Eu trabalho à tarde, pela manhã não tenho condições de sair, não posso fazer o curso... eles deveriam dar um tempo prá gente fazer, no entanto, eles querem que a gente faça na folga da gente, eles querem fora do horário de trabalho, à noite. A gente trabalha aqui cansada, prá sair daqui e fazer um curso, ainda mais fora do hospital...”

“A gente se inscrevia na educação continuada, a gente era sorteada e fazia o cursinho de dois anos, de graça, a gente pagava só as passagens. Nessa gestão, não teve mais, que eu saiba, acabou depois que eles entraram, acabou essas ofertas de cursinhos prá gente... deve ter cursinhos lá dentro, mas de meu conhecimento, não”

“(...) não tinha vaga (para o curso), e quando eu cheguei no curso prá fazer, eu

descobri que todas as enfermeiras que trabalhavam na Secretaria de Saúde, que não fazem atendimento de PS, não estão em campo, nem ninguém era gente de porta (...).

Quando você oferta (a Secretaria, quando oferta um curso) é porque houve uma motivação que gerou essa necessidade, então, assim você tem que atender a isso, senão não adiantou nada você investir... o que a gente vê é muita gente aleatória fazendo os cursos, e gente que precisa alcançar esse conhecimento não fica nem sabendo que o curso ocorreu”

“(...) que fossem ofertados cursos prá gente na área mesmo da pediatria, e nunca foi ofertado... especificamente, de assistência mesmo, entendeu?! Tanto na UTI, como na emergência, como na internação...”

“Faço treinamentos, mas eu acho que a gente precisaria de muito mais... as coisas mudam rápido e a gente tem que estar por dentro... ah, e quando a gente tem oportunidade, é uma maravilha!”

Talvez o desejo expressado pelos trabalhadores, nos dois últimos depoimentos, por cursos que atendam às suas necessidades específicas de qualificação, derive do fato de que os serviços de saúde têm vivenciado, além do aumento da demanda, o surgimento de novos agravos que afetam a população (Durão *et al*, 2007). Ainda que com críticas à operacionalização e aos critérios de oferta dos cursos, por parte da gestão, os trabalhadores do HUSE parecem se ressentir da falta dessas capacitações mais técnicas, demandando cursos pontuais no formato da educação continuada.

Aprofundar o tema da educação não é objetivo deste trabalho, porém creio ser importante trazer a reflexão de Merhy (2005), que nos fala das visões gerenciais que atribuem a baixa eficácia das ações de saúde à falta de competência dos trabalhadores, e que essa “deficiência” poderia ser corrigida por meio de cursos “compensatórios”. Embora reconheça a necessidade e importância da aquisição de conhecimentos técnicos, esse autor afirma que tais cursos não geram efeitos mudancistas nas práticas dos profissionais, e aponta para “a *necessidade de olharmos de outros modos explicativos para esta relação em dobra: educação em saúde e trabalho em saúde (...). Um produz o outro*” (Merhy, 2005:172).

Durão *et al* (2007) assinalam também que a transformação das práticas de saúde não poderão advir de ações educativas pontuais que, além de não ter perspectivas de longo prazo, são fragmentadas e carentes de análises explicativas e críticas da realidade.

Porém, a (possível) falta de investimento da gestão em cursos e capacitações, e do reconhecimento das demandas dos trabalhadores adquire, para eles, um sentido de falta de investimento no seu trabalho e de não reconhecimento do seu valor para a organização.

Alguns apontam a ausência de planejamento e a insuficiência de pessoal como fatores impeditivos para o atendimento das suas demandas de qualificação, o que, acredito, seja uma cobrança frente à gestão:

“Acredito que há pessoas que consigam fazer isso (cursos), mas não é o soldado (...). A gente tem uma batalha no nosso local de trabalho, você é um só, você não tem outro (prá substituir)... então, da mesma forma que eu quero fazer curso, colegas querem fazer cursos, colegas podem ficar doentes, e não há ninguém de ‘stand by’ que venha. (...) tem situação que eu acho assim... é que poderiam ser previstas (...)”

“Por conta da demanda muito grande, e do número de funcionários reduzido, aí não pode, a gente não pode sair, se liberar, vai desfalcar a unidade”

Outras manifestações de desagrado com a gestão surgiram nos depoimentos e também durante minha observação. Um profissional narrou sua conversa com um colega, em que parece ter havido insensibilidade por parte do gestor que fez a escuta:

“(...) estava conversando com um colega, e ele foi dizer pro superior dele vários problemas que acontecem no local (no setor de pediatria) e disse também: ‘da mesma forma que você tem filhos, eu também tenho, da mesma forma que você tem parentes, e tal’. Ele me disse que quem falou com ele (o “superior”) disse: ‘eu não ‘tô aqui pra saber de problemas particulares’”.

O trabalhador demonstra ressentimento por essa insensibilidade, pelo não reconhecimento das singularidades de cada um, como se todos fossem iguais. Os

trabalhadores, enquanto membros de um grupo, desejam ser reconhecidos e considerados em seus desejos - ou pelo menos, não ser rejeitados; querem ser aceitos “em sua diferença irreduzível” (Enriquez, 1994c:62). Ao mesmo tempo, querem ser reconhecidos como membros do grupo, num processo de identificação que os torna semelhantes aos outros membros – para Enriquez, trata-se do “*conflito entre o desejo e a identificação ou, em outras palavras, entre o reconhecimento do desejo e o desejo de reconhecimento*” (Enriquez, 1994c:61).

A insuficiência do olhar da gestão sobre os trabalhadores se mostra pelo baixo investimento do trabalhador no trabalho:

“Essa que é a questão. E não há gestores que vêem isso, não há. ‘Por que ele não tá mais animado prá ficar aqui?’ Será que eu vou ter que obrigar ele (...) prá ver se ele aprende?”

O não reconhecimento, por parte dos gestores, frente ao desânimo, ao pouco investimento por parte de alguns trabalhadores, aflige o entrevistado, que se mostra desiludido e cético:

“Ah, sei lá, às vezes eu fico pensando, será que a partir de agora a mentalidade vai mudar? Mas a gente chega numa fase que a gente começa a se desiludir... quem sabe os jovens, quando chegarem...”

Para Dejours (2008), quando os trabalhadores começam a adotar uma relativa indiferença, quando passam a não mais acreditar, não se trata de uma reação inicial, mas sim conseqüência de “*alguma decepção – jamais considerada ou comentada – quando perderam toda esperança de que sua contribuição viesse a representar algo, tivesse alguma utilidade, fosse reconhecida como importante*” (Dejours, 2008:356)

Por outro lado, alguns trabalhadores parecem simplificar a questão, tomando para si a responsabilidade de criar “um ambiente de trabalho harmônico”:

“Eu não tenho o que falar, nunca me desentendi com chefia nenhuma, sempre procurei fazer meu trabalho correto, sabe?! Eu não ando faltando, botando atestado,

nem nada... então, a gente é quem faz o ambiente de trabalho, né?! Se a gente sabe trabalhar com coleguismo, se entender, dividir as tarefas, sempre não estar causando insatisfação noutra colega por alguma coisa que faz, então a gente trabalha tranqüilo, 'tira de letra'. Trabalhar com pessoas problemáticas é que é ruim, é chato, mas, por a gente, 'tá tudo bem'.

A profissional parece colocar a responsabilidade e compromisso do trabalhador, o respeito aos superiores, a cooperação, a alteridade, como elementos constitutivos do que denominou “ambiente de trabalho”, não reconhecendo as dificuldades “estruturais” do setor. É como se a base para o trabalho eficiente estivesse apenas na dependência das boas relações sociais que nele estão envolvidas, não sendo necessário considerar as insuficiências materiais e os problemas de organização do serviço.

c) Os desafios e os sentidos da prática gerencial

O “olhar sobre a gestão” a que se refere o título deste tópico incorpora também a visão de alguns trabalhadores que estão em cargos de gestão intermediária. Foram entrevistados quatro gestores, que têm uma longa história na instituição, são integrantes do quadro efetivo de pessoal e com mais de dez anos de trabalho no HUSE. Seus depoimentos revelam seu vínculo, e o sofrimento com a sobrecarga de trabalho e a invasão de sua vida privada:

“(...) existem coisas que não dá tempo de fazer enquanto a gente 'tá aqui, que a gente acaba ocupando horas do dia à noite, e além da carga horária da semana, nos ainda ficamos de sobreaviso para unidades de finais de semana. (...) nós temos uma carga horária prá cobrir nos finais de semana e feriados, que nós dividimos entre nós”

“(...) minha carga horária... ultimamente eu fico aqui é o dia todo, à disposição, mas são 8 h diárias (...). Na verdade, a gente fica aqui, tem dia de sábado que tem que ter reunião, de noite a gente vem prá cá; essa semana mesmo saí 10 h da noite várias vezes.... na verdade, então, a escala seria assim, a escala fixa seria 8h diárias, 40 h semanais, mas, na verdade, a gente dá muito mais... até de noite a gente tá aqui!

Queixam-se do desgaste - “(...) *é uma coisa desgastante, é uma coisa difícil, a gente compra um monte de briga, diariamente (...)*” - mas demonstram seu investimento e questionam o sentido dessa função:

“(...) não era mais simples eu me restringir a minha prática médica, que me dá uma satisfação imensa (?). Mas aí, eu fico pensando, porque que eu ainda 'tô no cargo (...) eu tenho essa reflexão...”

“Eu gosto mais da assistência, agora na gestão fico meio afastada... mas eu gosto mesmo é do contato com os pacientes...”

Esses depoimentos sugerem que o HUSE ainda é objeto de investimento (“objeto de amor”), fazendo com que os gestores substituam parte do seu “ideal do eu” pelo ideal do hospital, numa identificação com a organização, e entre pares, que os torna, reconhecidamente, membros do mesmo grupo (Enriquez, 1994c). Esse investimento libidinal sobre a instituição é necessário para que se possam instituir projetos coletivos (Sá, 2001) embora a atual conjuntura do setor público de saúde não seja favorecedora de tal processo.

A demanda por reconhecimento e por apoio da direção geral também aparece nos depoimentos dos gestores. No período em que frequentei o hospital, uma profissional relatou informalmente que, mesmo a pediatria não sendo a “*menina dos olhos*” da gestão, os trabalhadores conseguiam realizar um “*bom trabalho*”. Outra, com a voz embargada, alegou que “*apesar de não contar especificamente com nenhum tipo de ajuda interna*”, a pediatria se mantém organizada, considerando-a “*o paraíso do HUSE*”, num processo de idealização do setor, mesmo diante do (possível) “desamparo” das instâncias superiores.

Apesar disso, o setor de pediatria, na visão de um gestor, “*tem dado bons exemplos, inclusive para o restante do HUSE*”. Fala de uma situação anterior à chegada da gestão atual:

“(...) há quatro anos, nós tínhamos um quadro dramático em relação à pediatria (...) os internamentos pediátricos eram excessivos, eles demoravam muito tempo (...).

Quando a gente veio prá enfermaria, a gente veio justamente por causa disso: o tempo de permanência estava muito alto, a taxa de mortalidade estava muito alta, a quantidade de internações era absurda, e não havia critérios. De quatro anos prá cá, nós começamos a mover pedras muito grandes, a mexer com a inércia que é, de certa forma, confortável prá certas pessoas, tanto do ponto de vista do funcionalismo quanto do da gestão. Porque é assim, quando a gente mexe, a gente começa a questionar e a cobrar, e aí nem sempre a gestão está disposta a ouvir. Mas eu posso me considerar extremamente gratificada, porque nós temos conseguido mexer e temos conseguido respostas muito interessantes... é tanto que nós tivemos uma queda vertiginosa na mortalidade, e também no tempo de permanência hospitalar prá esses pacientes (...)”.

Destaco alguns aspectos que julgo importantes neste depoimento. A profissional descreve a situação “*dramática*” do setor como sendo um “motivo” para a vinda do (novo) grupo, que tinha como “missão” reverter esse quadro desfavorável. Em sua avaliação, os resultados têm sido favoráveis, porém à custa de certo desgaste com os níveis hierárquicos, tanto acima quanto abaixo dela, o que não parece diminuir sua satisfação ao falar dos resultados.

Campos (1997) nos fala da necessidade de reconhecimento, por parte do trabalhador, usuários e sociedade, do resultado do trabalho – o que ele denominou de “*Obra*” - para que haja a “*realização profissional e existencial dos profissionais de saúde*” (Campos,1997:234). Para este autor, se o trabalhador fica distante de sua Obra, por estar preso a determinada etapa do processo – dada a fragmentação da organização do trabalho nas instituições de saúde – torna-se um alienado.

Os gestores entrevistados se mostram envolvidos com o seu trabalho e com a gestão talvez pelo fato de se sentirem sujeitos ativos do processo, e estimulados em sua criatividade e responsabilidade por terem acesso a sua Obra – como a “*queda vertiginosa na mortalidade, e também no tempo de permanência hospitalar*”. Creio que aqui retomamos a questão da significação: a meu ver, se esses gestores significam o que fazem, dão sentido ao seu trabalho por reconhecerem os resultados - ou seja, por estarem mais próximos da sua Obra – têm, assim, reforçado o seu narcisismo, tornando-se mais implicados com o trabalho e com a organização.

Num outro momento do depoimento, a profissional relata: “*quando a gente mexe,*

a gente começa a questionar e a cobrar, e aí nem sempre a gestão está disposta a ouvir". Reporto-me a uma reflexão de Cecílio (2007), na qual ele afirma que *"os dispositivos de gestão, se é que podemos chamá-los assim, são o próprio ato de interrogar"* (Cecílio, 2007:348). Para este autor, não se pode adentrar o mundo do trabalho com fórmulas, definições de modelos, ou com pretensos arranjos democratizantes, no sentido de impor uma racionalidade única aos serviços de saúde, pois isso seria negar o espaço de liberdade e autonomia dos trabalhadores - espaço este produtor de sentidos que nem sempre são os desejados pelos que defendem os projetos ditos "inovadores" e pretensamente mudancistas.

Por outro lado, o interrogar pressupõe alguém que faça a escuta, implicando, a meu ver, num olhar gestor para além das perspectivas ainda hegemônicas de gestão, e a fundação de novos processos que favoreçam o emergir dos sujeitos e das questões relacionadas aos processos intersubjetivos (Sá, 2005).

Esse olhar também pressupõe, como afirma Sá (2001), *"entre os gestores, principalmente, a capacidade de acolhimento, escuta e favorecimento de uma construção progressiva de sentidos para as diversas representações/fantasia/imagens que em torno das questões da dor, da vida e da morte são produzidas, junto com as representações que os indivíduos fazem de si mesmos, da organização e de seus papéis nelas"* (Sá, 2001:158).

Dejours (2008) também nos traz a problemática do falar e ouvir enquanto atitudes que implicam em assumir riscos. Falar implica em *"ousar"* dizer como o trabalho vem sendo realizado, por vezes distante do que está prescrito - o que, para esse autor, *"é bastante comum, mas nem sempre confessável"* (2008:355), principalmente diante de superiores hierárquicos. E escutar pode ser um fator desestabilizante para quem ouve, por colocar *"em xeque"* a organização prescrita do trabalho e questionar idéias preconcebidas daquele que ouve (Dejours, 2008).

A importância da escuta também é ressaltada por Azevedo (2005). Essa autora assinala que os processos de mudança nas organizações devem se apoiar (também) na possibilidade do falar e do ouvir, e no favorecimento à circulação da palavra (Azevedo, 2005).

Talvez seja possível afirmar que os gestores mantêm uma relação ambivalente em relação à gestão. Na perspectiva de Azevedo (2005) os gestores, supostamente, têm uma

função de intermediação, de apoio e de sustentação na organização - citando Kaës, essa autora afirma que “*potencialmente, os dirigentes seriam capazes de articular o laço psíquico e social entre os membros do grupo*” (Azevedo, 2005:23). Porém, no contexto atual das organizações públicas de saúde, e diante do que foi discutido até aqui, acredito que essa função de articulação do gestor possa não estar sendo favorecida.

7.4. Os sentidos do trabalho no HUSE: entre o prazer e o sofrimento

Na perspectiva da psicodinâmica do trabalho, o sofrimento é inerente ao trabalho (Dejours, 2008). O trabalhador sofre por reconhecer a distância entre o que está prescrito para a atividade e a realidade que se mostra adversa, sofre por não ter o seu trabalho reconhecido. Sofre pelas situações de trabalho em que é preciso improvisar e correr riscos. Sofre por ter de conviver com sentimentos contraditórios, derivados do cenário em que se desenvolve o trabalho em saúde:

“(...) prá mim, eu vejo sempre uma imagem (do hospital) vinculada a um certo sofrimento e uma certa alegria. Sofrimento pelas dificuldades da população de baixa renda que a gente atende, e a alegria de você poder fazer várias atividades, salvar vidas (...). Então a imagem é uma imagem que, às vezes, é uma imagem alegre, você vem trabalhar alegre, outras vezes vem trabalhar triste...”

Mas esses trabalhadores não são passivos diante dos “constrangimentos organizacionais” (Dejours, 2008) sendo capazes de se proteger dos efeitos desse sofrimento sobre sua saúde mental construindo estratégias de defesa individuais e coletivas.

a) As fontes de sofrimento no setor de pediatria

Nos depoimentos colhidos na Pediatria do HUSE, o sofrimento parece advir da grande demanda de pacientes - reflexo de um sistema que ainda se mostra ineficiente no sentido de atender às necessidades dos usuários por níveis de complexidade - e a conseqüente pressão gerada por essa demanda, como já foi visto em outra parte deste

trabalho. As limitações ocasionadas pelas carências e adversidades da instituição e o não reconhecimento do trabalho realizado, seja por parte da gestão, seja por parte da população usuária, também foram questões presentes e que, a meu ver, também representam sofrimento no trabalho.

Tal sofrimento tem se manifestado, ao que parece, na forma de doenças físicas – o “elevado número de atestados e licenças médicas” foi um dos problemas apontados num relatório de auditoria interna, datado de 7 de abril de 2008 - ou como mal estar, desmotivação ou demandas por reconhecimento. Uma das profissionais de enfermagem entrevistadas alegou que “*vive doente*”, fez muitas reclamações sobre a população atendida no setor e falou sobre as mães “*mal agradecidas*” – relatou, entre outros casos, o de uma mãe que agrediu a enfermeira plantonista, quando esta falava ao telefone, no posto de enfermagem. A insatisfação era perceptível pela sua postura e seu tom de voz:

“(...) eu não me sinto bem não (...) aqui ainda é sobrecarregado, essa parte do pronto socorro infantil é sobrecarregada, ninguém diz 'eu trabalhei bem hoje', ainda não chegou esse dia (...)”

Ainda que o trabalho seja central à construção da identidade dos indivíduos e na sua realização pessoal - um “*gerador de saúde*”, importante para a saúde mental e somática – também pode contribuir para desestabilizar e descompensar os sujeitos (Dejours, 2008:140), originando as “*patologias de sobrecarga*” (Dejours, 2008: 224), que pode ser o caso dessa profissional. Num outro depoimento, um profissional afirma: “*a saúde dos próprios funcionários está cada vez mais combatida... é um soldado que 'olha, levou um tiro? Tira ele, vê se tem outro p'rá colocar no lugar'*”.

O desafio que parece estar posto, aos olhos do trabalhador, é a possibilidade do fracasso (no trabalho) provocado pelo “imprevisível” que, no cotidiano de nossas instituições de saúde se mostra presente não só pela distância, já reconhecida, entre o trabalho prescrito e o trabalho real, mas também pelas circunstâncias adversas em que estão mergulhadas as organizações públicas de saúde. A possibilidade do fracasso, da forma como é percebida pelos trabalhadores, parece colocar muitos deles numa posição defensiva, noutras vezes reativa, ao que consideram o desafio de trabalhar num hospital do porte do HUSE.

Creio que a fala a seguir, na qual o profissional utiliza a metáfora do soldado para expressar a forma como se vê em seu trabalho, ilustra bem a situação:

“(...) eu acho que um soldado na frente de batalha... um soldado que precisa saber atacar e se defender (...). O Napoleão invadiu a Rússia, ele foi derrotado pelo quê? Pelo inverno, né?! Então, aqui você não sabe, na verdade, porque é um grande desafio...”

Trabalhar torna-se, assim, um engajamento do corpo, da personalidade, da inteligência, da capacidade de criar, de reagir às situações, com o objetivo de responder a uma dada tarefa (Dejours,2004). O “peso” disso reside no fato de que, por mais organizado que seja o trabalho, com instruções bem concebidas e procedimentos rígidos, as situações de trabalho incluem o inesperado, as incoerências, os imprevistos, o que não pode ser previsto com antecedência, que guardam relação não só com as condições estruturais e materiais do hospital, mas também com os atores ali envolvidos (colegas, gestores, clientela, equipe, etc.).

Creio que associar o local de trabalho a uma batalha, a uma guerra, torna possível perceber a intensidade do sofrimento desse trabalhador. Ninguém pode se sentir bem numa situação de guerra. É uma imagem que fala do viver e do morrer, da impotência diante das situações, do inesperado, do heroísmo possível, da tristeza das perdas e da alegria dos que sobrevivem (e podem retornar para a batalha do dia seguinte!). Outros depoimentos trazem também a metáfora da guerra:

“A gente tem uma batalha no nosso local de trabalho...”

“(...) a imagem que a gente tem é de uma batalha mesmo, e uma batalha que não tem fim...”

“(...) como as mães dizem, que aqui é o Vietnã... e eu acho que é mesmo, realmente! Hoje eu acho que elas têm razão...”

b) Lidando com o sofrimento

Vimos que, diante do sofrimento, surgem as estratégias de defesa, sejam elas coletivas ou individuais, necessárias para que os trabalhadores mantenham sua normalidade psíquica. No HUSE, pude perceber algumas saídas para o sofrimento utilizadas pelos trabalhadores.

b.1. Acomodação ao presente ou ilusão do futuro

Alguns tentam se adaptar, no sentido da acomodação - “(...) *hoje eu já acho que eu já estou me enquadrando...*” - e há os que, numa tentativa de atenuar seu sofrimento, procuram no futuro uma visão do hospital que lhes traga conforto no presente:

“A gente, as vezes, é assim... eu mesma, hoje, final de semana, eu sinto... só tem dois médicos, eu fico contrariada com isso, porque tanta criança... hoje quem atende mais criança é aqui, no Hospital João Alves. Não existe pediatria mais quase em canto nenhum, até particular é difícil de conseguir. A gente fica assim com superlotação, sobrecarrega a gente, o médico, aí fica todo mundo estressado.. mas dá p'rá levar, eles dizem que vai melhorar depois da reforma, vai vir o hospital da criança, lá vai ter um espaço enorme. Vai ficar bom p'rá o Estado, e é o que a gente quer, é isso, é a saúde do povo”.

b.2. O zelo e o cuidado

Pude presenciar demonstrações de dedicação e de responsabilização para com os pacientes e com o trabalho, e ouvir frases do tipo “*o paciente não tem culpa!*”. O lidar com o sofrimento do outro, que lhe parece maior, pode ser um mecanismo defensivo que atenua o próprio sofrimento:

“Nós temos uma equipe na enfermaria muito boa, que se dedica muito, e que se caracteriza basicamente por se importar com o resultado, que eu acho que é a coisa

mais fundamental p'rá gente conseguir êxito, é a gente se importar com o resultado p'rá o doente... ”

b.3. A negação do caos

Diante da grande discrepância entre o trabalho da forma como está prescrito, e a realidade concreta, uma profissional, ao falar do Pronto Socorro, procura se defender do sofrimento negando o caos que caracteriza o setor:

*“(...) quem trabalha dentro sabe que tem uma lógica, sabe que tem uma **organização que permeia o caos** (grifo meu). Mas que, se você vir o semblante de quem trabalha, a maior parte vai dizer que 'tá todo mundo muito tranquilo, porque aquilo ali é o nosso habitual. Então, é chocante para quem não 'tá habituado, mas p'rá quem tá habituado, aquilo ali é absolutamente esperado, certo?!”*

A aparente tranquilidade dos trabalhadores pode ser uma estratégia de defesa diante do sofrimento psíquico provocado por situações às quais precisa conviver – por serem parte do seu trabalho - e, ao mesmo tempo, não se sentem capazes de modificar. A resignação, a passividade, a postura de quem está ligado no “piloto automático” pode significar uma espécie de abstração da realidade que permite a esses trabalhadores continuarem trabalhando sem cair na descompensação psíquica.

b.4. A busca por reconhecimento

Alguns depoimentos trouxeram, espontaneamente, a questão do reconhecimento e, para Dejours (1999), esta é a “chave” para se converter o sofrimento em prazer. A profissional que se dizia “sobrecarregada”, no primeiro depoimento apresentado nesse tópico, esperava obter sua ascensão funcional após 22 anos de trabalho. Esta seria, a meu ver, uma forma de reconhecimento que, não acontecendo, talvez tenha feito dela essa pessoa “doente”, como ela se autodenomina, qualificando sua trajetória profissional de “*árdua e cansativa*”.

Em outros depoimentos também foi perceptível a demanda por reconhecimento:

“(...) é um trabalho que eu gosto, só assim... não é muito bem recompensado, não existe recompensa por isso...”

“Sobre o meu trabalho? Cansativo e não incentivado!”

“(...) eu acho que há a necessidade de ver o ser humano todo. Eu acho que não é só aqui no hospital, que é um serviço público, mas todo lugar, toda empresa (não tô dizendo que isso aqui é uma empresa) mas todo lugar que você trabalha e gosta de trabalhar, tem incentivo, a instituição vai pra frente, melhora, não é?!”

À primeira vista, tais depoimentos poderiam ser associados a um desejo do trabalhador em obter retribuição financeira. Mas podem também significar o desejo de reconhecimento simbólico da qualidade do trabalho, já que nenhum dos entrevistados fez alusão ao salário recebido como fator interveniente, ou determinante, para a qualidade do seu trabalho.

Os trabalhadores, em geral, mobilizam sua inteligência e personalidade no desenvolvimento do trabalho, e as manifestam espontaneamente diante das dificuldades cotidianas da organização do trabalho. Mas essa mobilização pode ser frágil e dependente da dinâmica que se estabelece entre a contribuição dada pelo trabalhador e a retribuição que lhe é ofertada, ou seja, do reconhecimento ao seu trabalho (Dejours, 2008).

Nos depoimentos, acredito que o sentido atribuído pelos trabalhadores às palavras “recompensa” e “incentivo” seja o de uma retribuição simbólica que significa o reconhecimento ao seu fazer, a sua ação individual ou à ação coletiva da equipe no setor, que pode vir da população, da própria equipe ou dos gestores.

A população atendida no hospital, várias vezes citada neste trabalho, parece ser peça importante nessa dinâmica do reconhecimento, tanto para o bem - *“É gratificante, chega uma criança doente, depois a gente vê sair boa... tem uns que choram, até abraçam a gente na hora de ir embora...”* - como para o “mal”:

“(...) nós somos cobradas demais, (...) a população cobra porque o atendimento não é 100%, né?! E a Secretaria (da Saúde) cobra porque quer que a gente dê os 100% mesmo sem eles nos oferecerem os 100% (...)”

Este depoimento nos reporta ao trabalho enquanto relação social que se materializa “*num mundo hierarquizado, ordenado e coercitivo*” (Dejours, 2004:31), no qual a trabalhadora se sente pressionada a executar suas tarefas sem condições adequadas para tal. O seu sofrimento advém da cobrança da população e da falta de apoio dos gestores para que possa realizar seu trabalho, bem como da necessidade de encontrar alternativas para realizar seu trabalho mesmo em condições adversas.

b.5. “Armengues” e improvisos: os “quebra galhos” no setor de pediatria

Ao se defrontar com situações como a descrita anteriormente, os trabalhadores acabam por instituir “a prática do quebra-galho” (Dejours, 2007), do improviso:

“(...) tá difícil, p'rá improvisar... até p'rá improvisar tá difícil...”

Improvisar tem o sentido de diminuir a distância entre o que está prescrito para o trabalho e a realidade concreta, que é muito dura em se tratando de serviços de saúde. Exige certa dose de inventividade por parte dos trabalhadores e, ainda que muitas vezes implique em riscos – para o trabalhador, para os pacientes - pode ser condição essencial para a continuidade do trabalho. O trabalhador se vê num dilema: pode ser punido por “quebrar galhos” ou ser taxado de “sem iniciativa” se não o fizer (Dejours, 2007). Este raciocínio carrega, implicitamente, sofrimento, sentimentos de injustiça e pode ser um gerador de conflitos.

Em depoimentos informais, profissionais relataram a utilização de determinados insumos, por vezes “caros”, para substituir outros que, mais baratos e adequados para os fins requeridos, não estavam disponíveis no setor. Alegaram ter sido a necessidade do momento que os levou a fazer tal substituição, a “quebrar o galho”, porém não compreendiam o porquê de materiais mais caros estarem disponíveis enquanto faltava o “básico”. Quanto aos riscos, fizeram questão de ressaltar que, quando tudo dá certo, é bom para todos mas, nem sempre, o resultado é satisfatório.

Por se tratar de uma ação “ilegal”, fora do que está prescrito, o ato de “quebrar galhos” não é passível do reconhecimento necessário à transformação do sofrimento em prazer. Assim, a desmotivação é uma consequência, que foi expressada verbalmente:

*“A gente se sente desmotivada a trabalhar porque a gente improvisa demais as coisas
(...)”*

Parece possível analisar que, o que está sendo creditado na “*conta da desmotivação*” dos trabalhadores corresponde ao sofrimento no trabalho e as defesas contra esse sofrimento, existindo uma concorrência entre o investimento no trabalho – e o conseqüente engajamento do trabalhador - e a desmobilização decorrente do sofrimento e das defesas (Dejours, 2007):

“(...) sabe que, as vezes, eu fico pensando, se o carma é tão grande desse jeito... sabe, Jesus, o que é que eu estou fazendo aqui? Tem horas que eu questiono se o desgaste vale isso (...)”

b.6. Entre a sobrevivência material e psíquica: a identidade profissional

Uma questão trazida por uma profissional de enfermagem merece ser pontuada:

“Eu preciso (do trabalho)... eu preciso trabalhar... agora dizer que eu venho com satisfação, não venho não!”

Nem todos podem se dar a liberdade de sair de um trabalho por este estar lhe causando sobrecarga ou sofrimento. Para muitos, ter um emprego significa garantir seu sustento e o acesso à proteção social, não esquecendo-nos da importância do trabalho para a construção da identidade social e realização pessoal de cada um.

São múltiplas as dimensões que perpassam essa questão e que não serão discutidas aqui, mas diante do que foi expressado pela trabalhadora, creio ser importante apontar que tal situação implica num conflito intrapsíquico, que mobiliza a subjetividade do indivíduo (Dejours, 2008). Desvencilhar-se de uma situação de trabalho tida como desfavorável não é fácil, por existirem muitos aspectos “materiais” envolvidos e, a meu ver, por implicar, no campo subjetivo, numa insistente esperança de que a situação vá melhorar e, ainda, pela incerteza do que se pode encontrar “do lado de fora”.

Tal incerteza pode estar ligada à identidade profissional. O imaginário de potência do hospital - aquele que acolhe e protege qual uma família - ou, para alguns, de uma escola, associado à sua formação enquanto profissional, pode preencher a vida de muitos trabalhadores. Isto faz com que muitos acabem tendo dificuldade em se separar do hospital, por que é este hospital – de tantas adversidades e sofrimento – que parece lhes garantir a sua identidade profissional e o seu lugar no mundo do trabalho, como se sua imagem, enquanto profissional de saúde, derivasse da imagem de potência do hospital e do seu sentimento de filiação àquela instituição.

VIII. Os vínculos com o trabalho e os desafios para os dispositivos e processos de gestão

Na perspectiva da psicossociologia francesa, a organização pode ser compreendida como uma “microsociedade por excelência” sendo, assim, perpassada pelos mesmos problemas que envolvem o vínculo social (Enriquez *apud* Azevedo *et al*, 2002). Essas organizações (e seus indivíduos) lutam contra várias angústias, contra o medo – dos imprevistos, do desconhecido, da novidade, do caos “desorganizador”, que podem ser vivenciados como desordens ou fissuras; lutam contra as pulsões⁶ que atravessam a vida psíquica desses indivíduos, com efeitos na vida social e organizacional (Azevedo *et al*, 2002).

As pulsões de vida – no sentido de impulsos criativos – são refreadas pelas organizações, que se sentem ameaçadas por uma “*invasão da afetividade e de condutas irracionais*”, favorecendo as pulsões de morte, no sentido de “*compulsão à repetição*” e “*tendências à homogeneização, à massificação dos indivíduos, à inércia, enfim, à resistência à mudança*” (Azevedo *et al*, 2002:242).

No quadro desenhado pelos trabalhadores do HUSE ao longo desta pesquisa, observei a dominância de comportamentos repetitivos por conta de um sentimento de aprisionamento a um ideal de hospital que os faz resistir às mudanças, dificultando a emergência de processos criativos, mais observado entre os não gestores. Retomando o

⁶ Pulsão, na teoria psicanalítica, é “*um processo dinâmico, que pode se caracterizar como um impulso, carregado de energia e voltado para um objetivo, que em última instância é suprimir um estado de tensão*” (Azevedo *et al*, 2002). Segundo estes autores, pulsão é “*um dos conceitos mais difíceis da Teoria Psicanalítica*”, reconhecido por Freud como um “*campo impreciso*”.

pensamento de Enriquez (1997a) sobre as organizações enquanto sistemas (cultural, simbólico e imaginário) que fazem com que os indivíduos compartilhem de um imaginário social comum, no caso do HUSE os trabalhadores parecem compartilhar de um ideal de hospital que, ao tempo em que fortalece suas identidades profissionais, impede-os de se abrir para o novo, preservando-os em relação ao hospital real – tal ideal de hospital não guarda relação direta com o real. É um imaginário que parece conferir aos trabalhadores “*tranqüilidade psíquica*”, na qual podem se preservar “*de suas dúvidas, angústias, enfim, de seu desamparo*” (Sá, 2005:79).

Mesmo entendendo que as analogias entre o setor público e o privado são um tanto “perigosas”, trago um pensamento de Leite (1997) que, embora se referindo ao setor privado, me fez refletir sobre o que observei no HUSE: esse autor nos diz que as organizações seriam um “Nós” no sentido de grupo, tribo, de uma família que possui “*identificações imaginárias comuns e, portanto, cimentado libidinalmente*” (Leite, 1997:89). Azevedo *et al* (2002), a partir da leitura de Enriquez sobre as organizações, afirmam que “*o indivíduo se liga à organização por vínculos não apenas materiais, mas sobretudo afetivos e imaginários, e que as organizações, embora não criem uma estrutura psíquica, utilizam-se dela*”, sendo toda organização objeto de transferência, espontânea e também induzida, de “*afetos, emoções, qualidades e atitudes, podendo propiciar a satisfação de necessidades narcísicas dos indivíduos*” (Freitas *apud* Azevedo *et al*, 2002:243).

Nos depoimentos, pude perceber manifestações de amor e a expressão de imagens positivas do hospital, a despeito do contexto tão adverso. Pareceu-me importante, para os trabalhadores do HUSE, manter a instituição num lugar inatingível, preservado psiquicamente, no qual é um objeto idealizado, que deve ser protegido de qualquer ataque. É como se houvesse uma dissociação entre o hospital real, concreto, com suas mazelas e dificuldades, e outro, intangível, ideal, modelo que só existe numa dimensão subjetiva e intersubjetiva, que tanto inspira os trabalhadores como os une no que parece ser a sua fonte de equilíbrio psíquico e ilusão compartilhada.

O “ideal de hospital” aqui estaria cumprindo funções análogas ao de um ideal do ego, para o grupo de trabalhadores que se reconhecem entre si, colocando o “objeto de amor” (HUSE) parcialmente no lugar de seu ideal do eu. Assim, deixam de ser um aglomerado de indivíduos para ser um corpo social (Enriquez, 1994c), fortalecendo suas

identidades e os laços que os unem entre si, e que os vinculam à organização.

Retomando o pensamento de Leite (1997) sobre as organizações que constituem o "Nós" com seus indivíduos, diz o autor que elas acabam por ficar com o "amor" desses indivíduos, que direcionam o seu "ódio" para outros alvos – no caso do HUSE, a causa dos problemas da instituição parece não estar nela mesma ou em seus trabalhadores, mas em agentes externos à esse lugar preservado por eles.

Fiquei me perguntando se esse hospital de fato um dia existiu, ou se seria uma criação coletiva à qual alguns trabalhadores se apegariam para se manter dentro da sua normalidade psíquica, contrapondo-se ao hospital do cotidiano, do “campo de batalha”. A percepção do local de trabalho como uma guerra, as dúvidas quanto ao que se espera do seu trabalho, as incertezas quanto ao futuro, o desafio de lidar diariamente com o imprevisto, as questões gerenciais e políticas, fizeram um contraponto à imagem afetiva que os trabalhadores têm do hospital, e que fortalece suas identidades profissionais e seus vínculos com a organização.

Embora não chegando a ocupar o lugar a que Enriquez chamou de o “*Sagrado Transcendente*” (Enriquez, 1994a), parece-me que parte das representações sobre o HUSE o colocam nesse lugar preservado e de ideal, de um ideal de hospital, fazendo com que muitos trabalhadores se agarrem à instituição como uma referência que legitima suas vidas, permitindo-lhes sobreviver às dificuldades e resistir, incansáveis, em sua defesa:

“(...) eu não hesito em me posicionar extremamente firme em relação as opiniões desavisadas, de gente desavisada, a respeito dessa unidade hospitalar...”

Por ser um ícone da saúde no Estado, o HUSE talvez represente também uma referência dura, foco de resistência dos trabalhadores às mudanças conjunturais e políticas, fazendo de cada trabalhador um “(...) *guardião de 'alguma coisa' que o ultrapassa e que legitima sua ação e sua vida*” (Enriquez, 1994c:58).

Para Enriquez (2000) os ideais são necessários à constituição do sujeito e da sociedade; porém, a “doença da idealização” solicita desses indivíduos não só a sua identificação com a organização, mas também seu amor e sua devoção que, quando associada a um imaginário enganador, cria um “mito coletivo” ou uma “ideologia” que

não permite outras visões de mundo, e produz resistência a processos de mudança, o que parece acontecer, em algum grau, no HUSE.

Essa identificação com a instituição pode levar a um processo de *"negação dos sujeitos"*, o que acarretaria *"a morte do pensamento e da criatividade"* (Sá, 2005:84), produzindo-se assim indivíduos presos a referências duras, heterônomos. Como já assinalado, os trabalhadores do HUSE parecem vinculados a um ideal de hospital que se torna, para eles, uma referência estabilizada, que lhes dá tranquilidade psíquica. Acredito que seja necessário o "rito de passagem" desses indivíduos/trabalhadores para a condição de sujeitos, aqueles que se abrem para o mundo para transformá-lo (Enriquez, 1994b).

Isto significaria abrir-se para novos referenciais que, como aponta Campos (1997) citando Guatarri, produzem novas subjetividades, complementando que não é fácil provocar essa "abertura", até porque *"os paradigmas da clínica, da saúde pública, da política e da administração são muito pobres"*, principalmente quando se necessita criar novas instituições e novos profissionais voltados para o projeto de defesa da vida (Campos, 1997:265), e quando se compreende o hospital enquanto um espaço singular, *"habitado por múltiplos atores, atravessado por múltiplas racionalidades, interesses, coalizões, disputas, controles de poderes/saberes"* (Cecílio,1999:327).

Por outro lado, no âmbito da gestão estadual, a Política de Atenção Hospitalar de Sergipe⁷, ao propor um novo modelo de gestão (já em andamento) sinaliza para uma *"maior atribuição de competências e autonomia para as equipes de trabalho"* (SES/Sergipe, 2009) e institui os colegiados - espaços de gestão coletiva, no qual se prevê a participação dos trabalhadores para compartilhar o cotidiano da gestão e promover a produção de soluções e decisões, que possam interferir no processo de trabalho e nos resultados das unidades de produção (SES/Sergipe, 2009).

Apesar da instituição de colegiados no setor de pediatria, creio ainda não haver grande repercussão dessa nova proposta entre os trabalhadores, já que nenhum dos não gestores entrevistados fez referência a esses colegiados ou ao novo modelo. Para Campos (1997) *"o trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre de*

⁷ As diretrizes da Política de Atenção Hospitalar estão colocados no formato de livro, que integra uma coleção de 15 livros didáticos com temas que contemplam as áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde. A coleção está sendo elaborada pela equipe pedagógica daquela Secretaria, da qual faço parte, sob orientação de docentes da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz.

certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública" (1997:230), porém, diante do que foi explicitado pelos trabalhadores, o contexto parece não estar sendo favorável ao exercício da autonomia, ou para o desencadeamento de qualquer movimento que favoreça o trabalho coletivo e as apostas no futuro, condições essenciais para o fortalecimento dos dispositivos e processos de gestão e de planejamento. Em relação aos trabalhadores, parece haver um "mal estar", aquele ao qual Leite (1997) se refere – abordando as questões indivíduo *versus* organização, esse autor diz que o "mal estar" presente nas organizações atuais "*manifesta-se como infelicidade individual e ineficiência organizacional*" (Leite, 1997:88).

Embora esse novo modelo de gestão esteja sendo implantado numa proposta mais democrática, trazendo consigo mudanças na organização do cuidado, a maioria dos entrevistados não mencionou essas mudanças, ou pareceu vislumbrar, com elas, um futuro melhor para o hospital. Seus depoimentos apoiaram-se ora nas deficiências estruturais do hospital e (de forma não muito favorável) nos aspectos gerenciais, ora no seu amor e orgulho de pertencer à instituição. Essa polarização nos discursos foi frequente, indo da imagem do hospital acolhedor e que lhes assegura identidade profissional, ao hospital da superlotação, da sobrecarga de trabalho, do não reconhecimento.

Acredito que um dos desafios para a gestão seja manter o investimento afetivo dos trabalhadores no hospital e em seu trabalho - ainda que, ao que parece, de maneira individual, solitária - mas de uma forma que essa imagem positiva possa ser utilizada na construção de processos e pactos coletivos que visem à melhoria nas condições de trabalho e na qualidade do atendimento prestado.

Cecílio assinala que, por haver, nos serviços de saúde, arranjos informais, instituídos entre os trabalhadores, "tensamente estáveis" como classifica, as mudanças são tidas como ameaças. Esse autor traz a idéia de que, na implantação de novos modelos de gestão - como é o caso do HUSE - algumas perguntas devem ser feitas: "*Que mudança se deseja? Quem deseja mudança? Quem está propondo a mudança? A quem interessa a mudança? Quem banca a mudança? Como a mudança do modelo de gestão contribui para a mudança?*", reforçando que são questões que nos remetem às finalidades, aos compromissos, as singularidades da instituição (Cecílio,1999:325).

Embora não seja o foco deste trabalho, essas perguntas levam à reflexão de que muitos trabalhadores podem ter feito esses questionamentos, a si mesmos ou em seus espaços, e sua insatisfação, ou resistência, podem derivar também da não obtenção de respostas, respostas que poderiam diminuir suas angústias e as incertezas (tenho a lembrança de uma trabalhadora, fazendo um comentário com uma colega, a respeito das mudanças, que eu ouvi, por acaso: “*por que não falam de um jeito que a gente entenda?*”).

Importante também salientar que o investimento dos trabalhadores do HUSE em seu trabalho parece ter por base a sua identificação com a instituição e o ideal de hospital que povoa o seu imaginário. Mas esse investimento, a meu ver, é constantemente abalado pelas condições de precariedade e de insuficiências para a realização do trabalho, gerando desilusão, desgaste, sentimentos de fracasso, com repercussões, acredito, na identidade pessoal do trabalhador. Castoriadis, citado por Enriquez, nos diz que o investimento do trabalhador em seu trabalho passa por uma atitude de apropriação, dando sentido a esse trabalho e inscrevendo nele "*uma parte de seus desejos e de seus projetos na organização*" (Enriquez, 2000:13).

É possível um trabalhador realizar bem seu trabalho - com qualidade, acolhendo a população, sendo criativo e participante - se imagina que, ao ir para o local de trabalho, está indo para um cenário de guerra? Ou, se afirma que trabalha no hospital somente por necessidade do emprego, quando na verdade, sente-se triste e desmotivado, como foi relatado numa das entrevistas? Como sobrevivem a um cotidiano de trabalho reconhecidamente tão adverso?

Como já foi visto, os trabalhadores parecem elaborar suas defesas contra o sofrimento no trabalho. Mas, ao discutirmos os desafios para a gestão, julgo importante reforçar a questão do reconhecimento, que inclusive foi explicitada em alguns depoimentos. O trabalhador quer ser reconhecido na sua singularidade e ao mesmo tempo como integrante do grupo (Enriquez, 1994c); quer ser reconhecido pelas suas contribuições, pelo seu fazer, pelo seu empenho, pelo que realiza, a despeito das condições inadequadas de trabalho (Dejours, 2008), quer ser reconhecido pela Obra, no sentido atribuído por Campos a esse termo (Campos,1997). Esse reconhecimento não passa somente por sistemas de gratificação ou modelos que premiem a alta produtividade do trabalhador - trata-se de um reconhecimento simbólico, de ser

valorizado, de sentir-se importante por suas contribuições para a melhoria do trabalho, merecedor de atenção em suas demandas, reconhecimento que se transfere para os registros pessoais do trabalhador (Dejours, 2008).

Por outro lado, observei que os profissionais não costumam refletir sobre suas práticas, ou pensam sobre o futuro do seu trabalho, e da instituição. Também não parece ser fácil, para eles, elaborar as suas vivências a ponto de ressignificá-las ou retirar delas algo de novo para o seu cotidiano de trabalho. Engolidos pela rotina de um hospital que não lhes dá tempo para “*fosforilar*” (termo utilizado por uma profissional, no sentido de “fazer grandes reflexões”), parecem não vislumbrar um futuro muito diferente do presente:

“Então, aqui você não sabe... na verdade, porque é um grande desafio (...) eu acho que, nessas etapas todas, a saúde ainda é muito manipulada... então a gente fica assim... querendo fazer o melhor, mas às vezes, você não sabe se verdadeiramente você 'tá fazendo o melhor (...)”

Quando surge algum fio de esperança, parece frágil, sem muita convicção na melhoria que está por vir:

“(...) eles dizem que vai melhorar depois da reforma, vai vir o hospital da criança, lá vai ter um espaço enorme. Vai ficar bom prá o Estado, e é o que a gente quer, é isso, é a saúde do povo...”
(grifo meu)

No HUSE, como vimos, a ligação dos trabalhadores com a instituição, ao mesmo tempo em que os distancia - e os preserva - das ambiguidades do hospital real, parece também os afastar do investimento libidinal necessário à construção de projetos coletivos. Preserva a identidade profissional dos trabalhadores, mas os afasta da possibilidade de pensar o futuro.

A ligação com uma instituição ideal, que habita o seu imaginário, parece estar articulada às trajetórias e à satisfação das necessidades narcísicas desses trabalhadores. O hospital “real” e o contexto material e organizacional, nem sempre agradável aos seus olhos, parecem causar-lhes frustração, desilusão, desânimo. O investimento desses

trabalhadores no trabalho parece, assim, também sofrer uma modulação dependente da ambiguidade de imagens e de sentimentos que habitam esses trabalhadores, em relação à instituição.

Enfocando o campo da gestão do HUSE, interessante assinalar que, ao longo dos anos, o hospital passou por diversas consultorias e auditorias. Um relatório de auditoria interna⁸, ao qual tive acesso, dizia ter por objetivos levantar informações que retratassem as relações de trabalho e os aspectos relacionados à hierarquia, saúde e segurança no trabalho, comunicação, frequência e pontualidade, remuneração, relações contratuais, jornadas de trabalho, ou seja, aspectos passíveis de controle gerencial direto, e se pretendia uma “*ferramenta estratégica*” para subsidiar as tomadas de decisão da gestão.

Em suas considerações finais, fala das dificuldades em elaborar tal documento, em face de complexidade da organização e a ausência de documentos e registros. Nessas considerações, uma frase na página 22 me chamou a atenção: “*Não se deve esquecer que as organizações são formadas por pessoas, e são elas que criam, definem e conduzem os processos. É preciso criar uma gestão estratégica de pessoas, onde estas possam se desenvolver e conduzir as organizações para resultados desejados, através de um modelo moderno e profissional*”.

Nesta afirmação, há o reconhecimento quanto à importância das pessoas, porém não se considera a dimensão intersubjetiva que é inerente a essas “pessoas”. Embora reconheça a importância do relatório, e o quanto é difícil abordar uma instituição “caleidoscópica” como o HUSE, creio ser importante reafirmar a relevância dos processos intersubjetivos presentes nas relações de trabalho de um hospital desse porte, para além das questões mais objetivas e concretas. Campos (1998) afirma que “*no dia-a-dia os serviços ainda são governados segundo diferentes variações do taylorismo*” (Campos, 1998:865), numa alusão à dificuldade de se propor modelos mais abrangentes e de se escapar dos modelos hegemônicos.

Talvez, ao não se considerar os sujeitos com sua heteronomia e autonomia incompletas, nem as relações intersubjetivas e os pactos que se estabelecem entre esses sujeitos, e ainda, o imaginário organizacional, poder-se-á incorrer no risco de se ter

⁸Relatório de Auditoria Interna, de 07 de abril de 2008, elaborado por um grupo da Área de Recursos Humanos.

trabalhadores mais alienados, descomprometidos, em sofrimento, e que somente realizam seu trabalho à custa de rigorosa vigilância, debaixo de inúmeras determinações, ou por estímulos financeiros, o que não é garantia de qualidade.

Acredito que o depoimento a seguir é bastante emblemático para essa questão:

“ (...) muita ordem, muito chefe pra pouco índio. Muito aviso, 'faça isso, faça aquilo', só mandam, ninguém diz o que a gente pode fazer, o que eles podem fazer pelo funcionário... só ordem prá gente cumprir...”

Não descartando a necessidade do controle gerencial, do estabelecimento de diretrizes normativas, acredito que, ao se tentar substituir a lógica tradicional da gestão de recursos humanos por uma lógica “dialética” - termo citado por Campos (1998) adaptando o conceito de outros autores à prática na saúde - na qual os sujeitos sejam ouvidos e considerados nos seus desejos individuais e conflitantes com as necessidades organizacionais, será possível torná-los mais responsáveis e aptos aos compromissos com a instituição.

Uma informação constante no referido relatório, quanto ao “elevado número de atestados e licenças médicas” - o que pode carregar uma conotação de indisciplina ou de falha no gerenciamento de pessoas - pode estar associada à dinâmica prazer x sofrimento no trabalho:

“O trabalho real não pode ser reduzido à sua dimensão técnico-econômica, ou à sua dimensão sócio-ética. (...) Não observar a dimensão subjetiva do trabalho leva os agentes a sofrerem e a resistirem em seu sofrimento com estratégias de defesa, hoje identificadas pela psicodinâmica do trabalho, com possíveis efeitos desastrosos sobre a produtividade – desavenças, desmobilização, individualismo – e consequências nefastas para a saúde mental e somática dos agentes”

(Dejours, 2008:136)

Daí a importância de se considerar os processos intersubjetivos como inerentes à dinâmica organizacional e de tomar os trabalhadores como sujeitos de desejos e de pulsões. Isto implica em desafio para a gestão que, como afirma Sá (2005) citando

Birman:

“Isso porque governar implicaria compatibilizar minimamente o que seria quase impossível de compatibilizar, isto é, inserir num projeto comum e em alguma medida consensual as exigências desejantes de uma multiplicidade de sujeitos diferenciados.”

(Birman *apud* Sá, 2005:78)

O desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, defendida por autores como Campos (1998), é vista como uma condição para maior compromisso e adesão dos trabalhadores com os projetos de mudança. Porém, a construção de autonomia e criatividade dos sujeitos não é passível de normatização nem pode ser alcançada por meio de “seminários de sensibilização”, o que parece ainda ser uma prática muito comum, porém insuficiente para dar conta da complexidade da questão da subjetividade nas organizações (Sá, 2005).

Creio que a autonomia dos sujeitos nos serviços de saúde pode ser favorecida por determinado modelo de gestão e pela (re)organização dos processos de trabalho, o que está em andamento no HUSE, no entanto, concordo com Sá (2005) ao assinalar que o essencial para se discutir *“as possibilidades de processos de subjetivação nas organizações que favoreçam a autonomia dos sujeitos, é que façamos um esforço para sairmos de uma certa cegueira – ou pelo menos a diminuirmos – em que estamos irremediavelmente imersos, com relação às organizações e à sociedade em geral, olhando-as de forma menos idealizada”*.

Como uma organização *“se instaura, funciona e se estabiliza no interior de um campo pulsional e passional”* (Enriquez, 2000:19) acredito que um grande desafio para a gestão seja favorecer a pulsão de vida, não só como *“reação de preservação, mas também como força de criação, de ligação”* (Sá, 2005:78) que favoreça assim a criatividade e autonomia dos sujeitos, ao tempo em que fortaleça os seus vínculos com o trabalho e com a instituição.

IX. Considerações Finais

Quando cogitei a possibilidade de realizar meu trabalho de pesquisa no HUSE, na verdade não tinha muito bem definidos os motivos que me levaram a fazer tal escolha. Talvez por ser o maior hospital do Estado, carregando em si todas as contradições vivenciadas no sistema público de saúde, acreditei que, de alguma forma eu poderia, com minha pesquisa, colaborar para a melhoria da qualidade do serviço, focando o olhar no trabalhador enquanto elemento fundamental na construção de processos de mudança mais efetivos, além de ser uma tentativa de despertar a gestão para o sujeito trabalhador e a dimensão intersubjetiva das relações de trabalho.

Tinha ciência de que não seria uma tarefa fácil, não só pela complexidade do assunto, como também pelo curto espaço de tempo que eu teria para freqüentar o hospital e realizar a pesquisa. Realmente, o tempo foi um fator limitante tanto para a maturação do tema como para que eu, enquanto pesquisadora, fosse vista como parte do cenário do setor e, assim, conquistasse maior confiança dos profissionais.

As circunstâncias nas quais o trabalho no HUSE vem sendo desenvolvido – a grande demanda de pacientes, as insuficiências do hospital, a insegurança quanto ao futuro – e, na minha percepção, até mesmo o momento vivido por cada um, à sua maneira, pareciam impregnar alguns discursos com altas doses de pessimismo e de incerteza, ao tempo em que era perceptível o envolvimento afetivo dos trabalhadores com a instituição. Em alguns depoimentos, observei a mistura do melhor e do pior do hospital, em discursos nos quais se confundiam trabalhador, trabalho e instituição.

Esses trabalhadores, que expressaram nas entrevistas suas angústias e desilusões, seu desânimo e ressentimentos, parecem ainda ter o hospital como um objeto de investimento, por manterem uma imagem idealizada da instituição, numa criação imaginária que, mesmo sendo irreal “*fecunda o real*” (Azevedo, 2007).

A fixação nesse imaginário parece não lhes permitir se abrir para o novo. Sua tranquilidade narcísica parece ser ameaçada, e, somando-se a isso, um processo - que eu diria crônico - de desvalorização do trabalhador e de sucateamento dos serviços públicos de saúde, parece tornar esses trabalhadores descrentes e desestimulados para propostas ditas inovadoras.

Nesse sentido, acredito que, como afirma Cecílio (2007) “*não há arranjo institucional, por mais público e coletivo que seja, que consiga capturar ou*

circunscrever a complexidade das relações institucionais. Por mais que se deseje, como parte de um projeto ético-político, superar formas verticais de controle, consideradas “autoritárias”, por outras de cunho mais normativo e horizontalizado. Algo transborda desses espaços e se realiza nos territórios da micropolítica organizacional” (Cecílio, 2007:346).

Esta afirmação parece ser um indicativo para que os gestores sejam mais modestos na pretensão de instituir projetos de mudança “radicais”, que se confrontam com os modelos mais hegemônicos de gestão. Creio que há de se considerar que os trabalhadores do HUSE têm uma história dentro da instituição, não são “folhas em branco”: trazem suas concepções, valores, saberes, práticas, e desejam ser reconhecidos não só em sua singularidades, mas também naquilo que podem contribuir – como vimos, a demanda por reconhecimento esteve presente nos depoimentos dos trabalhadores. Novamente Cecílio (2007) nos traz uma contribuição para essa reflexão:

“Talvez o mais difícil seja não pretender penetrar nesse mundo já armado com fórmulas, definições prévias de modelos, métodos ou arranjos de intenções “democratizantes”, e conseguir construir uma postura de interrogação do mundo do trabalho, no seu dia-a-dia concreto”
(Cecílio, 2007:348)

Talvez a já referida fixação no ideal de hospital, por parte dos trabalhadores, seja reforçada por algumas “falhas” gerenciais percebidas pelos trabalhadores, que os fazem sentir-se deslocados dentro de uma nova realidade proposta. Se as organizações, como afirma Onocko Campos (2003) produzem “ativa e estruturalmente dominação, alienação e controle”, esta autora também nos diz que “vemos na reprodução – no sentido da sobrevivência – de estabelecimentos e organizações, uma permanente brecha aberta para a produção do novo”, reforçando que se refere a serviços públicos de saúde (Onocko Campos,2003:123).

Um dos desafios para a gestão, a meu ver, é introduzir o “novo” conciliando com o que já existe (que não chamaria de “velho”, mas sim de “já instituído”) para que os trabalhadores não se vejam como descartáveis, ou subestimados no seu ser e fazer. E creio ser importante também capacitar os condutores dos processos de mudança, ou

seja, os gestores, em seus variados níveis, para que possam “*compreender, suportar e interagir com os dramas intersubjetivos no palco grupal*” (Onocko Campos, 2003:130). Isso pressupõe considerar a dimensão intersubjetiva das relações de trabalho, ponto que venho destacando ao longo desta pesquisa.

Dejours (2008) ao nos falar da dinâmica do trabalho, um campo de relações intersubjetivas na qual operam o sujeito, o real e o outro, coloca uma questão, a do entendimento necessário entre os “*protagonistas*”, e questiona: “*a existência de um espaço de entendimento mais ou menos formalizado seria condição suficiente para trazer mudanças favoráveis?*” (Dejours, 2008:353). O próprio autor responde que o entendimento é sempre insuficiente, imperfeito, mas mesmo assim, possível e desejável.

Reporto-me, desta forma, aos colegiados que, acredito, poderiam ser espaços utilizados não só como instância de co-gestão, mas também onde se pudesse buscar a conciliação, o “entendimento” ao qual se refere Dejours. Afirmando a importância desses dispositivos - reconhecidos por uma trabalhadora como não tão “inovadores” assim – creio ser necessário, no momento atual, certa precaução ao se apostar na potência dessa instância para a consolidação das mudanças pretendidas porque, como foi visto nesta pesquisa, somente aquela trabalhadora fez alusão a esses colegiados. Avalio que, se isso ocorreu, talvez seja por não haver (ainda) uma significação desses espaços, por parte dos trabalhadores, que os faça perceber como um canal para a participação, com potencial de favorecer a melhoria do serviço.

Cecílio (1999) ao nos falar da existência de atores distintos, com interesses, inserções e recursos de poder diferenciados, diz que “*trabalhar uma equipe, ou uma unidade de trabalho, ou mesmo um colegiado de unidade pode ser, no limite, uma idealização*”, no sentido de que supor que uma gestão colegiada “*seja garantia do surgimento automático de um sujeito coletivo capaz de conduzir a unidade de forma autônoma, se determinada.*” (Cecílio, 1999:325). Este autor, com base em suas experiências profissionais, aponta problemas – que não serão aqui discutidos – que perpassam os colegiados, o que o leva a afirmar, apoiando-se também em Merhy, que “*promover mudanças na atual forma de gestão e funcionamento do hospital implica entrar firme na problemática da distribuição de poder*” (Cecílio, 1999:326).

Porém, este autor nos diz que reconhecer as dificuldades não significa abandonar os esforços de promover o “*arejamento*” da gestão dos hospitais, mas sim perceber a

“necessidade de que novos dispositivos de participação, de negociação, de abertura sejam pensados e praticados, a partir de um olhar mais cuidadoso e apurado para este complexo universo das relações dentro do hospital” (Cecílio, 1999:326).

Diante disso, apontei com mais ênfase para a questão dos colegiados - como forma de participação e co-gestão previstas no novo modelo implantado no HUSE - por acreditar que os processos de negociação e renegociação (Cecílio, 1999) e de entendimento (Dejours, 2008) necessários, a meu ver, se não para a solução, mas pelo menos para a atenuação, dos conflitos, bem como a explicitação das demandas e das angústias dos trabalhadores, passa por esses espaços coletivos, que devem ser valorizados não só como iniciativa democratizante da instituição, mas também como um espaço do qual os trabalhadores sintam-se “atraídos” a participar, por crer em sua potencia para a busca de soluções conjuntas e conciliadoras de interesses. Pode ser uma visão utópica, diante das dificuldades discutidas e reconhecidas por este trabalho, porém creio ser parte dos desafios que estão postos para a gestão.

Por tudo que foi apresentado, a partir dos depoimentos de trabalhadores gestores e não gestores, julgo imprescindível que, a despeito das discussões sobre a remuneração desses trabalhadores – e a repercussão desta na qualidade dos serviços prestados na área da saúde, todas de inegável importância – seja lançado um olhar mais generoso para o trabalhador que espera *“às vezes, apenas que suas iniciativas e vontades não sejam frustradas, em outros termos, que não seja considerado apenas um ‘simples executante’ condenado à obediência e à passividade. Na ausência deste reconhecimento, sua tendência é desmobilizar-se”* (Dejours, 2008:73).

X. Referências Bibliográficas

Azevedo, Creuza; Braga Neto, Francisco & Sá, Marilene. **Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia**. Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 2002, 18(1): 235-247.

Azevedo, Creuza. **Sob o domínio da urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro**. [Tese de Doutorado] São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2005.

_____. **A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional**. 2007 (no prelo).

BAUMAN, Zygmunt. **Globalização: as conseqüências humanas**. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar. 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: Avanços e Desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.cnes.datasus.gov.br> . Acesso em maio/2009

BRASIL. SUS – Programas de Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em abril/2009.

CAMPOS, Gastão Wagner. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 1998, 14(4): 863-870.

CAMPOS, Gastão Wagner. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde**. In: Merhy, E.E.; Onocko,

R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

_____. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos**. São Paulo: Editora HUCITEC. 2000.

CARVALHO SANTOS, Rogério. **A Reforma Sanitária do SUS Sergipe**. Texto elaborado para a coleção de livros técnicos da Secretaria de Estado da Saúde - Sergipe. 2008-2009 (mimeo).

CECCIM, Ricardo. **“Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde”! O dever da educação e a escuta pedagógica da saúde**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2007, 11(22):1414-3283.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2007, 11 (22): 345-351.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, 4(2): 315-329.

CHANLAT, Jean-François. **Por uma Antropologia da Condição Humana nas Organizações**. In: Torres, Ofélia (org.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Editora Atlas. 1996.

DEJOURS, Christophe. Parte I: Trajetória Teórico-Conceitual; Parte II: A Clínica do Trabalho; Parte III: Perspectivas. In: Lancman, Selma & Sznelwar, Laerte Idal (orgs.). *Cristophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2008.

DEJOURS, Christophe; Abdoucheli, E & Jayet, C. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho**. Coordenação Maria Irene Betiol; São Paulo: Ed. Atlas, 2007.

_____. Conferências Brasileiras: **Identidade, Reconhecimento e Transgressão no Trabalho**. São Paulo: FUNDAP, 1999.

_____. **Subjetividade, trabalho e ação**. Revista Produção. 2004, 14(3): 27-34.

DURAO, A. V. R.; Carvalho, V. F.; Vieira, M.; Barreto, C. M. G. **A política de Educação Permanente em Saúde: uma análise a partir de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde**. Trabalho & Educação (UFMG). 2007, I:1-16.

ENRIQUEZ, Eugène. **O Papel do Sujeito Humano na Dinâmica Social**. In: Lèvy, A. *et al*/Machado, M *et al.* (orgs.) - *Psicossociologia: análise e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994b. p.24-40.

ENRIQUEZ, Eugène. **A Interioridade está Acabando?** In: Lèvy, A. *et al*/Machado, M *et al.* (orgs.) - *Psicossociologia: análise e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994a. p. 41-55.

_____. **O Vínculo Grupal**. In: Lèvy, A. *et al*/Machado, M *et al.* (orgs.) - *Psicossociologia: análise e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994c. p. 56-69.

_____. **A Organização em Análise**. Petrópolis: Vozes. 1997.

_____. **Vida Psíquica e Organização**. In: Enriquez, E. Motta, F. & Freitas, M. (orgs.) – *Vida Psíquica e Organização*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. p.11- 22.

ESCOREL, S.; Nascimento, D. & Edler, F. **As origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: Lima, Nísia *et al* (org.). *Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 59-82.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1993.

FRANCO, Túlio. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**. In: Pinheiro, R & Matos, R. “*Gestão em redes*”. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

GIUST-DESPRAIRIES, Florence. **Representação e Imaginário**. In: Barus-Michel, J.; Enriquez, E.; Lévy, A. (orgs.). *Dicionário de Psicossociologia*. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

HUSE - HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE. Relatório de Auditoria Interna. Abril, 2008.

LEITE, José Eduardo Teixeira. “**Nós quem, cara pálida?**”: **A razão depois de Taylor**. In: Davel, E./Vasconcellos, J. (orgs.) – “*Recursos*” *humanos e subjetividade*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 80- 117.

LÈVY, André. **Conjunção, na empresa, de um projeto pessoal e familiar, com a história de uma região: o processo de criação institucional**. In: Lèvy, A. *et al*/Machado, M *et al*. (orgs.) - *Psicossociologia: análise e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 84- 96.

LÈVY, André. **A Psicossociologia: crise ou renovação?**. In: Lèvy, A. *et al*/Machado, M *et al*. (orgs.) - *Psicossociologia: análise e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994a. p. 101- 112.

_____. **A mudança: este obscuro objeto do desejo**. In: Lèvy, A. *et al*/Machado, M *et al*. (orgs.) - *Psicossociologia: análise e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994b. p. 113- 124.

_____. **Intervenção como processo**. In: Lèvy, A. *et al*/Machado, M *et al*. (orgs.) - *Psicossociologia: análise e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994c. p. 174-198.

MACHADO, Maria Helena. **Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária.** In: Lima, Nísia *et al* (org.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 257-284.

MACHADO, Marília; Roedel, Sonia. Apresentação. In: Lévy et al./Machado *et al.* (orgs.) – *Psicossociologia: análise social e intervenção.* Petrópolis: Vozes. 1994.

MEDICI, André; Machado, M.H.; Nogueira, R. & Girardi, S. **O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: Estrutura e Conjuntura.** Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992. p. 9-26.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, 4(2): 305-314.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Ed. HUCITEC. 2002.

_____. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, 9(16): 161-177.

_____. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção.** In: Merhy, E.; Magalhães Jr, Helvécio; Rimoli, J.; Franco, T. & Bueno, W. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Ed. HUCITEC. 2003. p. 15-36.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo.** Porto Alegre: Sulina, 2006.

NOGUEIRA, Roberto. **O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização.** In: Negri, B. *et al*(orgs.) – *Recursos Humanos em saúde. Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho.* Campinas: UNICAMP.IE, 2002. p. 257-273.

ONOCKO CAMPOS, R. **A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas.** In: Campos, Gastão. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. p. 122-149.

PASCHE, D.; Hennington, Elida. **O Sistema Único de Saúde e a promoção da saúde.** In: Castro, A. & Malo, M. *SUS. Resignificando a promoção da saúde*. São Paulo: ed. HUCITEC, 2006. p. 19-40.

PEREIRA, Larissa D. **A Gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90.** Rio de Janeiro. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 2004, 14(2): 363-382.

PIRES, Denise. **A estrutura objetiva do trabalho em saúde.** In: Leopardi, M. T. *et al. O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade*. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC (org.) – Ed. Papa Livros, 1999. p. 25-48.

SÁ, Marilene. **Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2001, 6(1): 151-164.

SÁ, Marilene; Azevedo, Creuza. **Trabalho Gerencial e Processos Intersubjetivos: uma experiência com diretores de hospitais públicos.** Rio de Janeiro: *Revista de Administração Pública*, 2002, 36(1):507-27.

SÁ, Marilene; Carreiro, Teresa Cristina & Fernandes, Maria Inês. **Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência.** Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2008, 24(6): 1334-1343.

_____. **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: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho; 2005.

_____. **A Abordagem Clínica Psicossociológica de Pesquisa e Intervenção.** Slides da disciplina “Seminários Avançados I” realizada na Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 2007.

_____. **A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 651-664.

SANTOS, Milton. **A transição em marcha.** In: *Por uma outra globalização. Do pensamento único a consciência universal.* São Paulo: Ed. Record, 2000. p. 141-174.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/SERGIPE. Diretrizes da Política de Atenção Hospitalar. 2008-2009 (mimeo).

SENNETT, Richard. **A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo.** Rio de Janeiro: Record, 2008. (Original publicado em 1943).

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em <http://www.saude.se.gov.br>. Acessos em maio e setembro/2009.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2005, 39(3):507-514.

ANEXOS**CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**

Atividades	2008	2009										
	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov
	Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X						
Elaboração do projeto e questionários			X	X	X							
Qualificação e CEP						X	X					
Estudo exploratório							X					
Observação participante/aplicação de entrevistas/análise documental							X	X				
Análise do material do campo									X			
Finalização da dissertação										X		
Entrega da Dissertação											X	
Defesa												X

Roteiro para as entrevistas semi-estruturadas com os Profissionais de Saúde

Local da entrevista: Setor de Pediatria do Hospital de Urgências de Sergipe – HUSE:

- Há quanto tempo trabalha neste hospital? E nesta unidade?
- Qual a sua formação profissional complementar (especialização/residência/pós-graduação)? (para profissionais de nível superior)
- Qual é seu vínculo empregatício/situação funcional?
- Qual é o seu regime de trabalho (plantonista/ diarista)? Qual carga horária?
- Você trabalha somente neste setor ou em outros, desse mesmo hospital? Em qual outro setor trabalha? Trabalha em outros hospitais?
- Fale um pouco de sua trajetória profissional.
- Fale um pouco desse hospital e, particularmente, do seu setor.
- Se você pudesse fazer uma imagem desse hospital, qual seria?
- Fale um pouco sobre o seu trabalho.
- Como você se sente trabalhando aqui?

Roteiro para a observação participante

Setor de Pediatria do HUSE:

1. Observação da recepção aos usuários;
2. Funcionamento do setor e organização do serviço;
3. Observação das interações entre os trabalhadores, dos diversos níveis e categorias profissionais, e destes com a chefia/direção do setor;
4. A interação entre profissionais e usuários, e com familiares dos usuários.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais de Saúde

O (a) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de dissertação de Mestrado Profissional “Os vínculos subjetivos com o trabalho em um hospital público no Estado de Sergipe: desafios para os processos e dispositivos de gestão” desenvolvido para obtenção do título de Mestre pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ. Este estudo pretende examinar os vínculos – simbólicos e imaginários - que os trabalhadores de uma organização de saúde do setor público no Estado de Sergipe mantêm com essa organização e com seu trabalho e discutir, a partir daí, dispositivos para o cotidiano da gestão que favoreçam a criatividade e a responsabilização dos trabalhadores para com seu trabalho e com a população atendida.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semi-estruturada, com informações sobre o trabalho no hospital, seu vínculo, e impressões sobre as atividades cotidianas. A entrevista será gravada em gravador digital, para ser transcrita posteriormente. Este material será guardado pela pesquisadora por um período de 05 (cinco) anos, após o que deverá ser destruído.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o Sr.(a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ. Contudo, sua participação na pesquisa contribuirá para a produção de conhecimento sobre os fatores que intervêm na construção dos vínculos entre trabalhadores e a instituição.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados na forma de dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, em artigos e trabalhos publicados em eventos científicos.

O (a) Sr.(a) receberá uma cópia deste Termo de Consentimento, no qual constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, utilizando o número de telefone abaixo.

Maria da Conceição de S. Lima

Maria da Conceição de S. Lima

Sob orientação da Prof^a Dr^a Marilene de Castilho Sá

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Av. Brasil, 4036

Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ - CEP 21040-361

Telefone: (21) 25982525/25982600

E-mail: maria.lima@funesa.se.gov.br

Tels.: 0055 (21) 93182663

Fax: (21)

E-mail: maria.lima@saude.se.gov.br

Endereço eletrônico: www.ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional

de Saúde Pública Sérgio Arouca – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 Térreo

Manguinhos-Rio de Janeiro/RJ – CEP 21041-210

Tel e fax: (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Declaro que entendi os termos do presente documento, e concordo em participar do referido trabalho de pesquisa.

Sujeito da pesquisa

Nome:.....

Cargo:.....

Data: __/__/__

Termo de Autorização do Hospital

Pelo presente, autorizo Maria da Conceição de Santana Lima, mestranda da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, sob orientação da pesquisadora doutora Marilene de Castilho Sá, a realizar neste hospital a pesquisa de campo integrante de seu projeto de dissertação de Mestrado, intitulado “Os vínculos subjetivos com o trabalho em um hospital público no Estado de Sergipe: desafios para os processos e dispositivos de gestão”.

Objetivo geral:

Examinar os vínculos simbólicos e imaginários que os trabalhadores do Hospital de Urgências de Sergipe – HUSE mantêm com essa organização e com seu trabalho, e discutir, a partir desse conhecimento, possíveis dispositivos para o cotidiano da gestão que favoreçam a criatividade e a responsabilização dos trabalhadores para com seu trabalho e com a instituição.

Objetivos específicos:

1. Apreender o imaginário compartilhado pelos trabalhadores do HUSE sobre a instituição e o seu trabalho;
2. Identificar a natureza dos vínculos predominantes entre os trabalhadores e o HUSE;
3. Examinar as implicações ou condicionamentos desse imaginário sobre os vínculos com o trabalho e a instituição;
4. Identificar quais desafios os vínculos e o imaginário organizacional observado impõem para os processos e dispositivos de para a gestão.

Procedimentos metodológicos:

- Estudo exploratório composto por visitas ao hospital;
- Observação direta do cotidiano dos trabalhadores;
- Análise documental;
- Realização de entrevistas individuais com profissionais do setor escolhido.

Todas as entrevistas serão individuais, realizadas com o consentimento livre e esclarecido dos participantes, em termo próprio, segundo as diretrizes e normas estabelecidas pela resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Aracaju, ____ de _____ de 2009.

(Direção do Hospital)

ORGANOGRAMA DO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - Fonte: Setor de Recursos Humanos – atualizado em janeiro/2009.

ORGANOGRAMA DO HUSE

